

tase. 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 ordinairement 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 (voyez. 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 rhumatismes articulaires aigus jusqu'à un maximum annuel de 12,3 pour 100 (années 1864 et 1865). Les raisons de ce fait sont inconnues. Pourtant je crois pouvoir avancer que la médication n'est pas sans influence sur la production de ces accidents, car je n'en ai pas observé un seul exemple chez les rhumatisants soumis à mon traitement par le tartre stibié, et mon observation comprend actuellement une période de plus de douze années, c'est-à-dire plusieurs centaines de cas.

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 (*folie rhumatismale*), et il présente alors entre autres traits distinctifs des hallucinations de la vue et de l'ouïe, et une tendance marquée à la mélancolie; parfois pourtant le calme est interrompu par des symptômes de manie; dans d'autres cas enfin, 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 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.

Dans quelques cas on observe des ACCIDENTS SPINAUX qui présentent les caractères symptomatiques de la méningite spinale ou de la myélite; ces phénomènes ne sont point accompagnés d'une hyperthermie comparable à celle du rhumatisme cérébral proprement dit, et ils n'ont pas à beaucoup près la même gravité; car alors même qu'ils vont jusqu'à la production d'une paraplégie, ils peuvent se terminer par la guérison. Cependant il n'en est pas toujours ainsi, et cette détermination spinale peut amener la mort durant la période aiguë du rhumatisme; cette issue est surtout à craindre lorsque les symptômes dénotent une méningite ou une myélite cervicale.

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 le 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 fréquente, 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'imposent 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. Depuis les travaux de Buss, de Moeli, de Riess, de Stricker, des médecins anglo-américains, et de G. Sée, la médication par l'acide salicylique et le salicylate de soude (1) est

(1) Buss, *Ueber die Anwendung der Salicylsäure als Antipyreticum*. Basel, 1875. et *Arch. f. klin. Med.*, 1875. — Le même, *Die antipyretische Wirkung der Salicylsäure* (*Corresp. Blatt Schweizer Aerzte*, 1875). — Le même, *Même sujet* (*Centralblatt f. d. med. Wissens.*, 1875). — MOELI, *Ueber den Ersatz der Salicylsäure als Antifebrile durch das salicylsaure Natron* (*Berlin. klin. Wochen.*, 1875). — RIESS, *Ueber die innerliche Anwendung der Salicylsäure* (*Berlin. klin. Wochen.*, 1875).

STRICKER, *Ueber die Resultate der Behandlung der Polyarthritidis rheumatica mit Salicylsäure* (*Berlin. klin. Wochen.*, 1876). — Le même, *Nachtrag. Ueber die Resultate der Behandlung der Polyarthritidis rheumatica mit Salicylsäure* (*Eodem loco*). — RIESS, *Nachtrag zur innerlichen Anwendung der Salicylsäure, insbesondere bei dem acuten Gelenkrheumatismus* (*Eodem loco*). — SCHULTZE, *Zur Wirkung der Salicylsäure auf den acuten Gelenkrheumatismus* (*Memorabilien*, 1876). — SCHUMACHER, *Klin. Mittheilungen über Versuche mit Salicylsäure bei acutem Gelenkrheumatismus* (*Deuts. med. Wochen.*, 1876). — GRÄFFNER, *Zur Salicylsäurebehandlung des Gelenkrheumatismus* (*Deuts. Zeit. f. pract. Med.*, 1876). — BARDENHEWER, *Die Behandlung der Polyarthritidis rheumatica mit Salicylsäure* (*Berlin. klin. Wochen.*, 1876). — SCHREYER, *Salicylsäure bei Polyarthritidis* (*Bayr. ärztl. Intellig. Blatt*, 1876). — DROSDORFF, *Ueber die Behandlung des acuten Gelenkrheumatismus mit Electricität und Salicylsäure* (*Petersburg. med. Wochen.*, 1876).

CURTIS, *Acute Rheumatism* (*Boston med. and surg. Journ.*, 1876). — WARREN, *Salicylic acid in acute Rheumatism* (*Eodem loco*). — GAWITH and SWORDER, *Rheumatic fever treated by salicylic acid* (*The Lancet*, 1876). — WEIR, *Salicylic acid in acute Rheumatism* (*Brit. med. Journ.*, 1876). — CLARKE, *Three cases of Polyarthritidis treated by salicylic acid* (*Boston med. and surg. Journ.*, 1876). — REMINGTON, *Three cases of acute articular Rheumatism* (*Eodem loco*). — WOOD, *Case of Rheu-*

devenue le moyen fondamental du traitement dans le rhumatisme articulaire aigu; je l'ai étudiée dès 1876, et je me suis convaincu de-

matis following mild scarlet fever in which salicylic acid was used (*Eodem loco*). — JONES, *Cases of acute Rheumatism treated with Salicylate of soda; rapid recovery* (*Brit. med. Journ.*, 1876). — LEAKE, *Salicylic acid in acute Rheumatism* (*New York med. Record*, 1876). — HUSE, *Salicylic acid in acute Rheumatism* (*Boston med. and surg. Journ.*, 1876). — HODGKINS, *Salicylic acid in acute Rheumatism* (*Eodem loco*). — SMITH, *Case of acute Rheumatism treated with salicylic acid* (*Eodem loco*). — PUTNAM, *Salicylic acid in acute Rheumatism* (*Eodem loco*). — CLARK, *Salicylate of soda in Rheumatism* (*New York med. Record*, 1876). — PAGE, *Salicylic acid in Rheumatism* (*Eodem loco*). — BRIGHAM, *Five cases of Rheumatism treated with salicylic acid* (*Boston med. and surg. Journ.*, 1876). — TOWLE, *Salicylic acid in acute Rheumatism* (*Eodem loco*). — RICHARDSON, *Caution in regard to the treatment of acute Rheumatism with salicylic acid* (*Philad. med. Times*, 1876). — BROADBENT, *Treatment of rheumatic fever by salicylic acid* (*The Lancet*, 1876). — TUCKWELL, *Rheumatic fever treated by salicylic acid; symptoms of poisoning produced by the acid* (*The Lancet*, 1876). — ERSKINE STUART, *Action of salicylic acid on the mucous membranes of the throat and nose* (*Brit. med. Journ.*, 1876). — JACOB, *Two fatal cases of acute Rheumatism* (*Med. Times and Gaz.*, 1876). — MACLAGAN, *The treatment of Rheumatism by salicin and salicylic acid* (*Brit. med. Journ.*, 1876). — PAUL, *Treatment of Rheumatism by salicin and salicylic acid* (*Eodem loco*). — CARTER, *Eodem loco*. — JACOB, *Cases of acute Rheumatism treated by salicin and salicylic acid* (*The Lancet*, 1876).

STRICKER, *Die Behandlung des acuten Gelenkrheumatismus mit den Salicylsäure-Präparaten* (*Deut. militärärztl. Zeits.*, 1877). — VON IBELL, *Zur Salicylsäurebehandlung des acuten Gelenkrheumatismus* (*Deut. med. Wochen.*, 1877). — ZELLER, *Ueber Acidum salicylicum bei Rheumatismus acutus* (*Württemb. med. Corresp. Blatt*, 1877). — SCHREYER, *Einige Bemerkungen über Rheumatismus acutus* (*Bayr. ärztl. Intellig. Blatt*, 1877). — WEBER, *Cases illustrating the treatment of Rheumatic fever and some other febrile diseases by Salicin and its congeners* (*Med. Times and Gaz.*, 1877). — CARTER, *Cases of rheumatic fever treated by Salicin and salicylic acid* (*Eodem loco*). — PRICE, DALE, CLIPPINGDALE, *Même sujet* (*Eodem loco*). — BROWN, *Analysis of one hundred and nine cases of Rheumatism treated with Salicylic acid and Salicine* (*Boston med. and surg. Journ.*, 1877). — FANUELE, *L'acido salicilico e il Reumatismo articolare acuto* (*Il Morgagni*, 1877). — MOORE, *Salicylic acid in acute Rheumatism* (*Dublin Journ. of med. Sc.*, 1877). — COATES, *Notes of cases of acute Rheumatism treated by salicylic acid* (*Eodem loco*). — RUSSEL, *Eight cases of acute Rheumatism treated by salicylic acid* (*Brit. med. Journ.*, 1877). — MONIER, *Des résultats fournis par la médication salicylée en Angleterre dans le trait. du rhumat. artic. aigu*. Thèse de Paris, 1877.

SÉE, *Traitement du rhumatisme, de la goutte aiguë et chronique et de diverses affections du système nerveux par le salicylate de soude* (*Bullet. Acad. de méd.*, 1877 — et tirage à part. Paris, 1877). — JACCOUD, *Résultats du traitement de 21 cas de rhumat. art. aigu par le salicylate de soude* (*Bullet. Acad. de méd.*, 1877). — HARDY, HÉRARD, OULMONT, GUENEAU DE MUSSY, EMPIS, *Même sujet* (*Eodem loco*).

J'arrête ici cette bibliographie dont les éléments ultérieurs n'ont plus le même intérêt. — JACCOUD. — *Path. int.*, 7^e édit.

puis lors qu'elle peut être érigée en méthode générale, *sous la réserve expresse qu'il n'existe aucune des contre-indications* que je préciserai dans un instant.

En raison de sa solubilité et de son action topique moindre sur la muqueuse digestive, le salicylate de soude doit être préféré; suivant la vivacité de la fièvre et l'intensité des douleurs, la dose initiale est de six à huit grammes par jour, en solution simple, qui est prise par cuillerées à bouche toutes les heures ou toutes les deux heures; comme le médicament diminue et concentre la sécrétion urinaire, j'ai l'habitude de faire ingérer avec chaque cuillerée de la solution un verre d'eau pure ou aiguisée d'une ou deux cuillerées à café de cognac ou de rhum. Dès le second jour, il y a une diminution de la température et un apaisement notable des douleurs; les deux actions fondamentales du remède, l'action antipyrétique et l'action analgésique, déjà signalées par Riess et par Stricker, sont ainsi manifestes; pour compléter et maintenir ces effets, il convient, sauf intolérance particulière, de donner la même dose le second et souvent aussi le troisième jour; après quoi, il faut diminuer de moitié; mais quelle que soit l'amélioration obtenue, il ne faut pas cesser immédiatement le traitement, sinon il y a grande chance de voir reparaitre les accidents dans leur acuité initiale; en donnant chaque jour de deux à quatre grammes de salicylate pendant la semaine qui suit l'amélioration primitive, on prévient dans la mesure du possible la reprise de la fièvre et des douleurs, et cette amélioration est vraiment alors le signal de la convalescence et de la guérison. Mais il importe de savoir que l'application la plus scrupuleuse de ces règles ne met pas certainement à l'abri de ces rechutes, de sorte que si l'action sédative de la médication est constante, son influence sur la durée totale de la maladie n'est point aussi certaine; toutefois dans la généralité des cas, *je parle du rhumatisme sans complications viscérales*, on peut compter sur le bénéfice de cette abréviation.

Aux doses que j'ai indiquées, et toute réserve faite des idiosyncrasies exceptionnelles, le salicylate de soude ne produit pas d'autres inconvénients que des bourdonnements d'oreille et des vertiges analogues à ceux de la quinine; l'intolérance proprement dite est révélée par l'inten-

térêt; les années 1875, 1876 et le commencement de 1877 ont vu la naissance et la généralisation, en Suisse, en Allemagne, en Angleterre et aux États-Unis, de la nouvelle méthode thérapeutique; par conséquent la série des documents appartenant à cette phase initiale représente l'évolution même et le progrès de la question; mais à dater du milieu de 1877, la bibliographie perd tout intérêt de ce genre, car la méthode est devenue définitivement classique en France à la suite du remarquable travail de Sée, et des communications qu'il a suscitées à l'Académie de médecine. En fait la magistrale intervention de mon savant collègue, les débats académiques qu'elle a provoqués, marquent le terme de l'histoire du sujet.

sité insolite des phénomènes cérébraux, ou par l'affaiblissement de l'action du cœur, et surtout par des vomissements. Ce dernier symptôme est de beaucoup le moins grave des signes de l'intolérance; lorsqu'il est isolé, et que la médication est encore à son début, il ne constitue pas une contre-indication formelle; il faut seulement s'efforcer d'en triompher, afin de pouvoir continuer le traitement, et d'après mon expérience, la dilution des doses telle que je l'ai mentionnée plus haut, et l'adjonction de l'alcool sont les meilleurs moyens d'atteindre le but. Si en revanche les vomissements sont associés à l'un quelconque des autres signes de l'intolérance, il faut s'arrêter aussitôt sous peine d'accidents graves.

Il faut considérer comme des CONTRE-INDICATIONS ABSOLUES à la médication précédente, les diverses conditions que voici: hyperthermie en général, et particulièrement fièvre initiale dépassant 39 degrés le matin; — alcoolisme; — lésions cardiaques récentes ou anciennes, y comprises la surcharge et la dégénérescence graisseuses du cœur; — symptômes cérébraux, notamment délire; — albuminurie et affections rénales. Si ces conditions ne se développent ou ne sont appréciées qu'après que le traitement a déjà été commencé, il faut le suspendre immédiatement.

Lorsque, pour l'une quelconque de ces raisons, *la médication salicylique ne peut être employée*, j'ai recours comme par le passé au traitement par le tartre stibié, dont une expérience déjà bien longue n'a cessé de me démontrer la puissante efficacité, surtout dans les rhumatismes à *fièvre forte et à complications viscérales*. — Dans les **cas intenses** avec *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 seul exemple chez les malades soumis à cette médication. Je puis affirmer la même immunité en ce qui concerne les épanchements pleuraux et l'encéphalopathie, lorsque le traitement intervient de bonne heure; il est en effet d'autant plus efficace qu'il est institué à une époque plus voisine du début de la fièvre. Après cette intervention initiale, je continue suivant l'une des méthodes ci-après, le choix étant subordonné audegré 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 gé-

néral, 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. 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 et surtout *du lait* en aussi grande quantité que possible.

Chez les INDIVIDUS DÉBILITÉS, quelle que soit l'acuité des accidents, j'associe au sulfate de quinine 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, si la médication salicylique est contre-indiquée, 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 ces mêmes 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 jointures, 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 1872, 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 Ragaz, légitimement par leurs succès leur antique réputation. Lorsqu'il existe des lésions articu-

lares, les eaux de Ragaz, 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.

Dans les périodes douloureuses, le salicylate de soude est d'une incontestable utilité au point de vue de la sédation des douleurs, mais je ne puis lui reconnaître aucune action réelle sur l'évolution générale de la maladie.

CHAPITRE II.

RHUMATISME NOUEUX. — POLYARTHRITE DÉFORMANTE.

RHUMATISME FIBREUX.

GENÈSE ET ÉTIOLOGIE.

La forme noueuse du rhumatisme chronique (1) est caractérisée non seulement par la lenteur de sa marche et l'absence des phénomènes fé-

(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 Schwieler.* Weimar, 1843. — SMITH, *A Treatise of fractures in the vicinity of the Joints.* Dublin, 1847. — ROMBERG, *Klinische Ergebnisse. — Klinische Wahrnehmungen.* Berlin, 1844-1851. — DEVILLE, BROCA, *Bullet. Soc. anat.*, 1851. — CHARCOT, Thèse de Paris, 1853. — TRASTOUR, Thèse de Paris, 1853. — VIDAL, Thèse de Paris, 1855. — GARROD, *The Nature and Treatment of Gout and rheumatic Gout.* London, 1859. — PLAISANCE, Thèse de Paris, 1858. — EISENMAN, *loc. cit.* — COLOMBEL, Thèse de Paris, 1862. — LEBERT, *Handb. der Pathologie.* Tübingen, 1863. — MENJAUD, Thèse de Paris, 1861. — FULLER, *The Lancet*, 1863. — NEFFE, *Bullet. Soc. méd. de Gand*, 1863. — BEAU, *De l'arthrite noueuse.* (*Gaz. hôp.*, 1864). — BULLEY, *Contraction of the Fingers, the Result of chronic rheumatic Affection* (*Med. Times and Gaz.*, 1864). — CORNIL, *Sur les coïncidences pathologiques du rhumatisme articulaire chronique* (*Gaz. méd. Paris*, 1864). — TROUSSEAU, *Bullet. therap.*, 1865. — BEREND, *Ueber die durch Gicht und Rheuma bedingten Gelenkverkrümmungen* (*Berlin. klin. Wochen.*, 1866).

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

JACCOUD, *Clinique méd.* Paris, 1867. — CHARCOT, *Gaz. hôp.*, 1867. — *Leçons sur les maladies des vieillards.* — BOUSAING, *Zur Therapie des acuten und chronischen*

briles, 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; toutefois elle peut être observée beaucoup plus tôt, comme le prouvent les faits de Léger et de

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 epistropheo-atlantica mit consecutiver Degeneration des Rückenmarks* (*Deuts. Arch. f. klin. Med.*, 1874).

BALFOUR, *On rheumatoid Arthritis* (*Edinb. med. Journ.*, 1876). — KENNEDY, *A case of rheumatic Arthritis of the hip* (*Med. Press and Circular*, 1876). — STOKVIS, *Nadere bijdragen tot de kennis der phosphorzuuruitscheiding bij arthritis* (*Weekbl. van het Nederl. Tijdschr. voor Geneesk.*, 1876). — MENZIES, *On certain manifestations of Gout, Rheumatism and rheumatoid disease* (*Edinb. med. Journ.*, 1877). — FÉREOL, *Sur le rhumat. ostéo-hypertrophique des diaphyses et des os plats* (*Gaz. hôp.*, 1877). — WEICHELBAUM, *Die senilen Veränderungen der Gelenke und deren Zusammenhang mit der Arthritis deformans* (*Wien. Sitzungsbericht*, 1877). — DAVIS, *Subacute rheumatic Arthritis* (*Philad. med. and surg. Reporter*, 1877). — RÉVILLIOUT, *Bains arsénicaux contre le rhumat. noueux* (*Gaz. hôp.*, 1877). — SAMARAN, *Ueber die Veränderungen der Gelenkknorpel bei Rheumatismus und Arthritis deformans.* Berlin, 1878. — DA COSTA, *Rheumatoid Arthritis with local peritonitis as a symptom* (*Philad. med. Times*, 1878). — LÉGER, *Arthrite sèche polyarticulaire précoce* (*Union méd.*, 1878). — FOOT, *Rheumatic gout* (*Dublin. Journ. of med. Sc.*, 1878). — NAMIN, *Relation des néoplasmes avec l'arthrit.* Thèse de Paris, 1878.

PIOGEY, *Rhumat. chronique primitif* (*Gaz. méd. Paris*, 1879). — CHARON, *Rhumat. chronique. Endocardite. Catarrhe chronique du gros intestin chez une enfant de quatre ans* (*Presse méd. belge*, 1879). — RINGUET, *Du rhumat. articulaire chronique, et en particulier du rhumat. chronique fibreux.* Thèse de Paris, 1879. — ORD, *On rheumatoid arthritis from a clinical point of view* (*Med. Times and Gaz.*, 1879). — TRASTOUR, *Du traitement du rhumat. articulaire chronique progressif* (*Bullet. de therap.*, 1879). — VOIGT, *Chronischer Rheumatismus des Band- und fibrösen Apparates* (*Prag. med. Wochen.*, 1880).