

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).

Foot qui concernent des jeunes gens de dix-sept et dix-huit ans. Le rhumatisme noueux est beaucoup plus fréquent chez la femme que chez l'homme, plus fréquent aussi dans les classes pauvres (*arthritis pauperum*); il est de tous les pays et de tous les temps, ainsi que l'a prouvé l'étude d'ossements anciens exhumés dans diverses contrées. — La transmission héréditaire n'est pas sans influence sur le développement de la maladie, dont la seule cause déterminante est le froid; non pas le refroidissement brusque et momentané, mais l'impression prolongée qui résulte de l'habitation ou du séjour dans les lieux bas et humides. Dans bon nombre de cas, une semblable étiologie n'est pas saisissable, et la spontanéité du mal est complète. — La dyscrasie urique, qui n'est peut-être pas constante, mais qui a été constatée par les observateurs les plus compétents, notamment par Lebert, établit une certaine affinité entre l'arthrite noueuse et la goutte.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE.

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

Une seconde période est constituée par la luxation ou la subluxation des os; ces déplacements, qui ont pour conséquences une déformation bien plus notable que la précédente, et une impuissance motrice à peu près complète, sont produits par des causes multiples qui peuvent être réunies ou isolées: ce sont les épanchements liquides initiaux qui peuvent écarter les extrémités osseuses de vive force, et les laisser, après résorption, dans leur position vicieuse; — le gonflement même des têtes

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

Dans la forme secondaire, on peut rencontrer les mêmes lésions cardiaques que dans le rhumatisme articulaire commun; mais dans la forme primitive, ces complications sont très souvent absentes, et lorsqu'elles existent ce ne sont pas des lésions valvulaires qui sont ordinairement observées; c'est la péricardite, c'est l'athérome artériel, et sa suite ordinaire l'hypertrophie du cœur.

SYMPTOMES ET MARCHE.

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

Dans les premiers temps, le GONFLEMENT est le seul changement notable dans les jointures; ce gonflement porte sur l'ensemble de l'article; il est parfois imputable en partie à un épanchement liquide, mais le plus ordinairement il est dû tout entier à la tuméfaction des tissus, et lorsque la turgescence additionnelle qui accompagne chaque paroxysme est dissipée, on constate aisément que la tumeur est due en grande partie à l'augmentation de volume des têtes osseuses. Dans la forme fibreuse, elle procède simplement de l'épanchement liquide ou de l'hyperplasie des tissus fibreux. Dans bon nombre de cas, on observe des CONTRACTIONS MUSCULAIRES au niveau des jointures malades; ce phénomène n'a pas toujours la même origine: la contracture peut être un acte réflexe provoqué et entretenu par la douleur et les lésions articulaires; elle peut être l'effet direct de douleurs musculaires causées par une myosite, celle-ci étant elle-même une des terminaisons du processus rhumatismal;

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

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

L'urine présente fréquemment, mais non pas d'une manière permanente, les caractères de l'uricémie (*dépôts uratiques, acide urique en excès*); en outre la proportion d'acide phosphorique y est généralement diminuée, elle peut tomber à un gramme pour vingt-quatre heures. On a dit que cette anomalie est propre au rhumatisme noueux et qu'elle peut servir à le différencier des arthrites goutteuses, mais les recherches de Stokvis ont établi que cette opinion n'est pas fondée, et que la diminution de l'acide phosphorique peut également être observée dans la goutte.

TRAITEMENT.

C'est à prévenir la phase d'infirmité que le médecin doit appliquer tous ses soins, et dans ce but il faut agir sans relâche tant que le processus inflammatoire n'est pas éteint, tant que les luxations ne sont pas effectuées. A une période encore voisine du début, deux médications offrent certaines chances de succès: c'est la médication iodée (par l'iode de potassium ou la teinture d'iode), et la médication arsenicale (liqueur de Fowler, arséniate de soude, acide arsénieux), dans laquelle rentrent les bains arsenico-alcalins conseillés par Gueneau de Mussy,

selon la formule suivante : carbonate de soude, 100 grammes ; arséniate de soude, 1 à 2 ; eau, 500 ; pour un bain. On peut aussi faire des baignonnages de teinture d'iode pure sur les jointures, ou bien recourir aux bains de vapeur térébenthinés, qui sont réellement utiles. Parmi les eaux minérales, celles d'Aix en Savoie, de Nérès, du Mont-Dore, celles de Wildbad, de Töplitz, de Pfäfers, sont les plus recommandables. Le *salicylate de soude* est plus puissant que les médications précédentes pour calmer les douleurs et abrégé la durée des phases aiguës ou subaiguës ; les observations de G. Sée établissent même que cet agent peut enrayer les progrès de la maladie, mais c'est là un résultat qu'il ne m'a pas été donné de constater jusqu'ici, et aujourd'hui, comme à l'époque de ma communication à l'Académie (1877), je suis obligé, ainsi que Stricker, de dénier au salicylate de soude une action curative réelle sur les formes chroniques du rhumatisme. — Tant qu'on en est encore aux douleurs, au gonflement paroxystique transitoire, tant qu'on constate sous l'influence de ces médications une amélioration positive, on peut persévérer dans cette voie, il n'y a pas péril imminent ; mais dans les conditions opposées, lorsque l'amélioration s'arrête ou manque, lorsqu'il y a déjà du gonflement osseux et fibreux, des nodosités ou des stalactites, il serait dangereux de perdre du temps avec des méthodes dont l'impuissance en pareil cas est parfaitement démontrée ; il faut sans retard faire intervenir la seule médication qui offre alors quelque chance de succès, c'est l'électrisation méthodique des jointures au moyen des courants constants.

CHAPITRE III.

RHUMATISME MUSCULAIRE.

GENÈSE ET ÉTIOLOGIE.

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

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

GOTTSCHALK, *Darstellung der rheumat. Krankheiten auf anatomische Grundlage*. Köln, 1845. — VALLEIX, *Études sur le rhumatisme musculaire* (Bulletin thérap., 1848). — VIRCHOW, *Archiv f. path. Anat.*, IV. — FÜHRER, *Eodem loco*, V. — KUSS-

D'après l'absence ou la présence de lésions appréciables dans les tissus intéressés, ce rhumatisme a été divisé en *rhumatisme nerveux* et *rhumatisme vasculaire* ; on admet généralement que cette dernière variété est très rare, exceptionnelle même ; je ne puis me ranger à cette opinion. Qu'il y ait des degrés dans les lésions, que certaines soient tellement légères qu'elles s'effacent après la mort (lorsque celle-ci est fortuitement amenée par quelque maladie intercurrente), cela va de soi ; mais qu'il y ait des cas sans lésion aucune, il est illogique de l'admettre. La fluxion est le point de départ de tout processus rhumatismal ; quand elle existe seule, elle est mobile, se déplace ou disparaît ; à un degré de plus, elle provoque dans le tissu qu'elle occupe une transsudation séreuse, qui peut être ou ne pas être constatée à l'autopsie ; plus intense, elle marche avec une exsudation fibrineuse coagulable, et alors elle se présente, suivant son âge, sous forme d'une infiltration diffuse (Hasse) ou de nodosités circonscrites (Froriep, Virchow) substituées au tissu musculaire ; dans d'autres circonstances, ce n'est point le périmysium qui est le siège de l'altération, c'est le névrilème que l'on trouve épaissi, induré et adhérent (Vogel). Il y a là une série ascendante qui répète dans les tissus musculo-nerveux, sous des dimensions moindres, l'ensemble des lésions articulaires propres au rhumatisme. Les altérations légères et

MAUL, *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, *Rheumatisme du diaphragme* (*Montpellier méd.*, 1861). — POSTEL, *Diaphragmie rhumatismale* (*Gaz. hôp.*, 1862). — BEAU, *Arch. gén. de méd.*, 1862. — HOLLSTEIN, *Edema acutum des Zellgewebes und der Muskeln* (*Deutsche Klinik*, 1863). — DUPUY, *Traité du rhumatisme*. Paris, 1864. — CHAPMAN, *Rheumatisme du diaphragme* (*Journ. de méd. de Bordeaux*, 1864). — BIERBAUM, *Acuter Gelenk- und Muskelrheumatismus* (*Deutsche Klinik*, 1866).

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

MATTISON, *Myalgia and its treatment* (*Philad. med. and surg. Rep.*, 1872). — DAAE, *Epidemi i Drangedal af acut Muskelreumatisme* (*Norsk. Magaz. f. Lægevidensk.*, 1873). — HOMANN, *Om en i Kragerø Logedistrikt herskende, smiltsem Fehersydrom* (*Eodem loco*, 1873).

PETITPOISSON, *Des lésions du muscle deltoïde dans les cas de rhumatisme*. Thèse de Paris, 1874. — RICHTER, *Ueber localisirte, rheumatische Muskelnervenläsionen, unter besonderer Berücksichtigung der Rheumatismen des Deltoideus* (*Deuts. Arch. f. klin. Med.*, 1876). — DAAE, *Epidemi af akut Muskelreumatisme* (*Norsk. Magaz. for Lægevid.*, 1875). — TOMMASI, *Sul Reumatismo* (*Il Morgagni*, 1879). — TYSON, *Acute muscular rheumatism simulating nephritic colic, etc.* (*Philad. med. Times*, 1880).

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 conservées.

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 raideur 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 épicroânien*), 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. En l'absence des contre-

indications précédemment signalées, le *salicylate de soude* peut être employé avec grand avantage, en raison de son action sédative sur toutes les douleurs de nature rhumatismale.

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**

(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 podagræ nova pathologia*. Halæ, 1709. — ESCHENBACH, *Ob. 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 atrabilious 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 arthritis*. London, 1803. — BARTHEZ, *Traité des maladies gouteuses*. Paris, an X. — WILSON, *Handb. über Entzündungen, Rheumatismus und Gicht* (aus dem Englischen von Töpelmann). Leipzig, 1809. — SCUDAMORE, *Treatise on the nature and treatment of Gout and Rheumatism*. London, 1816. — CULLEN, *Med. pratique*. Paris, 1819.

GUIBERT, *De la goutte et des maladies gouteuses*. Paris, 1820. — MEYER, *Versuch einen neuen Darstellung des Unterschieds zwischen Gicht und Rheumatismus*. Hannover, 1820. — CADET DE VAUX, *De la goutte et du rhumatisme*. Paris, 1824. — DZONDI, *Was ist Rheuma und Gicht?* Halle, 1829. — SCHÖNLEIN, *Vorlesungen*. Würzburg, 1832. — TURCK, *Traité de la goutte et des maladies gouteuses*. Paris, 1837. — EISENMANN, *Die Krankheitsfamilie Rheuma*. Erlangen, 1841. — GAIRDNER, *On Gout, its history, etc*. London, 1851. — FULLER, *loc. cit.* — WISS, *Ueber Rheumatismus und Gicht*. Berlin, 1853. — VOGEL, *Rheumatismus und Gicht*, in *Virchow's Handb.* Erlangen, 1854. — DURAND-FARDEL, *Gaz. hebdom.*, 1855. — MOORE, *Apoplectic metastasis in Gout* (*Dublin quart. Journ.*, 1857). — BLONDEAU, *Du vertige gout-*

ARTICULAIRES SPÉCIFIQUES susceptibles de *métastase* et de *compensation*.

teurs (*Arch. gén. de méd.*, 1857). — L. ROYER, Thèse de Paris, 1857. — BELLI, *Metodo curativo per la gotta* (*Gazz. med. ital. Toscana*, 1857). — GILBRIN, *De la diathèse urique*. Thèse de Paris, 1858. — GARROD, *Med. Times and Gaz.*, 1858. — HAWKESWORTH LEDWICH, *On the path. relations of local gangrene to constitutional gout* (*Dublin quart. Journ.*, 1858). — GENDRIN, *Revue de thérap. méd. chir.*, 1859. — GARROD, *The specific chemical and microscopical phenomena of gouty inflammation* (*Med. Times and Gaz.*, 1859). — GALTIER-BOISSIÈRE, *De la goutte*. Thèse de Paris, 1859. — GARROD, *The nature and treatment of Gout and rheumatic Gout*. London, 1859.

BRAUN, *Beiträge zu einer Monographie der Gicht*. Wiesbaden, 1860. — POTTON, *Gaz. méd. Lyon*, 1860. — CORRADI, *Della odierna diminuzione della podagra e delle sue cause*. Bologna, 1860. — TROUSSEAU, *Gaz. hóp.; Union méd.*, 1861. — *Clinique méd.* — DURAND-FARDEL, *Gaz. hóp.*, 1861. — GRAVES, *Clinique méd.* (traduct. de Jaccoud). Paris, 1862. — BRYANT, *Deposit of urate of soda in the shaft of a bone* (*Med. Times and Gaz.*, 1862). — STRICKER, *Heilung arthritischer Ablagerungen durch Natron-Lithion-Wasser* (*Virchow's Archiv*, 1863). — CHARCOT, *L'intoaxication saturnine exerce-t-elle une influence sur le développement de la goutte* (*Gaz. hebdom.*, 1863). — RITTER, *Zur Geschichte der Cynanche arthritica* (*Württemb. Corresp. Blatt*, 1863). — KOLLMANN, *Studien über die physiol. und path. Verhältnisse der Harnsäure* (*Aerztl. Intelligenzblatt*, 1864). — CHARCOT et CORNIL, *Allérations du rein chez les gouteux* (*Gaz. hóp.*, 1864).

SCHEIDER, *De arthritide*. Berolini, 1865. — GARCIA, *De l'asthme gouteux*. Paris, 1865. — FRANCESCO, *Annal. univ. di med. Milano*, 1865. — DESNOS, art. ARTHRITIS, in *Nouv. Dict. de méd. et chir. pratiques*, III, 1865. — CHARCOT, *Gaz. hóp.*, 1866. — MALHERBE, Thèse de Paris, 1866. — LEGRAND DU SAULLE, *Gaz. hóp.*, 1866. — ROTH, *Das Vorkommen der Gicht in der Kur zu Wiesbaden* (*Virchow's Archiv*, 1866). — MARTINI e UBALDINI, *Giornale Veneto di sc. med.*, 1866. — GARCIN, Thèse de Strasbourg, 1867. — CHARCOT, *Gaz. hóp.* — *Bullet. de thérap.*, 1867. — DURAND-FARDEL, *Bullet. de thérap.*, 1867. — BOURGUET, *Etude sur la goutte viscérale*. Thèse de Paris, 1867. — HARTMANN, *Ueber einen Fall von Arthritis urica*. Berlin, 1868. — VIRCHOW, *Seltene Gichtablagerungen* (*Dessen Archiv*, XLIV, 1868). — FÉRÉOL, *Union méd.*, 1869. — SIMON, *Gaz. hóp.*, 1869. — POTTON, *Lyon méd.*, 1869. — FALCK, *Bemerkungen über die antarthritische Wirkung des kohlensauren Lithions* (*Deutsche Klinik*, 1869).

WYSS, *Zur Casuistik der Arthritis urica* (*Memorabilien*, 1870). — BAUD, *Maladies des organes génito-urinaires et goutte*. Paris, 1870. — FONTAINE, *Bullet. Acad. méd.*, 1870. — WILKS, *The association of gout with plumbism* (*Guy's Hosp. Reports*, 1870). — DEWAR, *Rheumatism and rheumatic gout treated on antiseptic principles*. London, 1871. — DICKINSON, *On the tonic treatment of gout*. London, 1871. — HOOD, *A Treatise on gout, rheumatism and the allied affections*. London, 1871. — JACCOUD et LABADIE LAGRAVE, art. GOUTTE in *Nouv. Dict. de méd. et chir. pratiques*, 1872.

MELDON, *A new theory of gout* (*The Lancet*, 1872). — ALTHAUS, *On the treatment of rheumatic gout by the aid of the constant galvanic current* (*Brit. med. Journ.*, 1872). — WAGNER, *Ueber die Lithionsalze* (*Corresp. Bl. f. Schweizer Aerzte*, 1873).

JACCOUD. — *Path. inf.*, 7^e édit.