

dans les cas de calcul, surtout provoqué par la marche ou les mouvements. Il peut se produire pendant le repos, ce qui est très rare dans le calcul. Il va sans dire que la névralgie sera l'exception et *le calcul* la cause habituelle. Des calculs rénaux datant de l'enfance peuvent rester insidieux et faire penser, chez un sujet névropathe, à de la névralgie idiopathique. L'épreuve radioscopique permettra souvent de s'orienter.

D'autres causes peuvent provoquer des douleurs analogues à celles des calculs. Ce sont d'abord des névralgies du *tabes*, ou liées à des lésions autres du système nerveux. Les injections mercurielles de sels solubles à hautes doses (0^{sr},02 à 0^{sr},05 de benzoate de Hg) ou plutôt les injections de calomel 0^{sr},05, Babinski) répétées tous les huit jours en viendront à bout. Ce sont encore des névralgies dues à des lésions de l'appareil urinaire. Des *calculs vésicaux* peuvent entraîner par voie réflexe une douleur de reins (Morris, Legueu). Les *maladies de la prostate* avec hypertrophie et induration peuvent se révéler par des signes identiques. Dans un cas, un abcès développé entre le rectum et la vessie était le point de départ de crises paroxysmiques dans le rein droit.

Une *pyélite légère*, la simple acidité de l'urine chez un *goutteux* ont parfois suffi pour provoquer des douleurs rénales vives.

Dans les cas de *rein mobile*, ce qui se produit chez la femme et principalement à droite, les malades peuvent être atteints de pseudo-coliques néphrétiques. Le port d'une bonne ceinture abdominale (ceinture élastique sans baleines ni lacets), vient à bout de la douleur ; les malades garderont la position horizontale et resteront étendues sur le dos pendant les paroxysmes douloureux. Parfois la fixation de

l'organe avec décapsulation (Legueu)¹ mettra fin aux accidents. La *tuberculose rénale* produit la douleur de rein avec ou sans obstruction urétérale (Tuffier). Une bonne hygiène, les diurétiques, parfois une intervention chirurgicale, seront indiquées. Quant aux *autres tumeurs*, elles sont souvent indolentes chez l'enfant ; mais chez l'adulte, la douleur est plus ou moins vive, se traduisant par une pesanteur de la région avec symptômes névralgiques à distance (irradiations intercostales, sciatiques, inguinales, testiculaires). La palpation de la tumeur, l'existence d'hématurie, la présence de varicocèle symptomatique permettront souvent de se reconnaître, et l'intervention chirurgicale est le seul remède.

En présence d'une douleur de reins, le médecin doit passer en revue presque toute sa pathologie. Dans la mesure du possible, il convient qu'il porte un diagnostic précis. Le pronostic en découle, et c'est sur la sûreté de ses pronostics qu'on juge la valeur d'un praticien.

Nous n'avons pas la prétention d'épuiser le sujet. Il nous suffit d'indiquer les grandes lignes directrices. Ces renseignements ne se trouvent point dans les livres, ou plutôt ils sont répartis au cours de chapitres très distincts. Il nous a paru intéressant d'en esquisser une vue d'ensemble.

II

Le traitement du rhumatisme articulaire chronique.

Un malade se présente porteur d'une arthropathie chronique. Il s'impatiente ; car cela dure depuis longtemps.

¹ Legueu. *Le rein mobile. Les Actualités Méd.* J.-B. Baillière, 1906.

Il a passé par bien des cabinets de médecins : les traitements ordonnés n'ont pas abouti. Aujourd'hui il frappe à votre porte. C'est vous qui devez le guérir.

Soit, et vous promettez, vous pouvez à bon droit promettre la guérison : dans la majorité des cas, la maladie est tout à fait curable ; dans d'autres, un soulagement manifeste couronnera vos efforts. Mais de quoi s'agit-il au juste ? On connaît les diverses formes de rhumatisme : 1° Le *rhumatisme chronique*¹. Celui-ci est d'origine infectieuse ou diathésique. La tuberculose, la syphilis, la blennorrhagie, d'autres infections encore plus ou moins déterminées (rhumatisme articulaire aigu, scarlatine, etc.) sont capables de lui donner naissance. Dans d'autres cas, le rhumatisme chronique est d'origine diathésique (goutte, arthritisme). C'est une auto-intoxication, liée à l'arthritisme du sujet qui lui donne naissance. Le début et les signes cliniques du rhumatisme infectieux et du rhumatisme diathésique sont les mêmes ; quelques nuances toutefois les séparent. La forme aiguë ou subaiguë est plus souvent notée à l'origine du rhumatisme infectieux ; la durée est aussi moins longue. Un rhumatisme infectieux, une fois que les toxines ont épuisé leur action, guérit communément. Dans le rhumatisme diathésique, c'est autre chose. Toute la nutrition intime du sujet est faussée et il faudra des mois de traitement et de régime pour espacer les récurrences.

Du rhumatisme chronique généralisé, on a distrait deux autres sortes de rhumatismes : le *rhumatisme chronique partiel* qui ne se cantonne qu'à quelques articulations (*morbus coxæ senilis*, *nodosités d'Heberden*) et le *rhumatisme chronique fibreux* où ce ne sont pas les articulations,

¹ Pr Teissier (de Lyon). *Les rhumatismes chroniques*. Congrès de Méd. Liège, 1903.

mais les tissus fibreux (tendons, ligaments, aponévroses), qui sont touchés. Le rhumatisme chronique fibreux se montre surtout aux mains ; il entraîne des attitudes vicieuses et des déformations des doigts.

Dans l'étude qui va suivre, nous nous occuperons du rhumatisme chronique simple. C'est lui qui intéresse surtout le praticien. Les médications qui réussissent contre le rhumatisme chronique simple pourront être également employées contre le *rhumatisme chronique partiel* ; quant au rhumatisme fibreux, le traitement général par les iodures, local par les massages, n'en font pas, au point de vue thérapeutique, une forme spéciale. Le traitement chirurgical dirigé contre certaines formes de *rhumatisme fibreux* (rétraction de l'aponévrose palmaire) demeure absolument aléatoire et les praticiens seront bien avisés de n'y pas recourir. A côté du rhumatisme articulaire chronique plus ou moins généralisé, nous réserverons une place importante à une forme de rhumatisme qui fait le désespoir des malades et des médecins : le *rhumatisme nouveau*.

Le malade souffre de plusieurs jointures (genoux, coudes-pied, poignets) ; il n'existe pas de déformations. C'est d'un *rhumatisme chronique simple* qu'il s'agit.

La notion causale pourra dans certains cas aboutir à une thérapeutique efficace. Le malade avoue une syphilis ancienne. S'agirait-il d'une *arthropathie syphilitique*, tumeur blanche, rhumatisme chronique ou nouveau ? On institue le traitement spécifique (injections hypodermiques de benzoate de mercure (0,02 à 0,05) ou de biiodure (5 milligr. à 2 centigr.). Le traitement ne produit aucun résultat. Au bout de trois semaines, on renonce à l'idée d'une arthropathie syphilitique et l'on recourt à l'un des

traitements dont nous allons parler tout à l'heure. Faut-il parler de la confusion possible avec l'*arthropathie tabétique*? Dans les arthropathies tabétiques, les douleurs sont absentes et si les déformations sont considérables, elles n'entravent par contre que peu les mouvements. Or le malade souffre et se trouve gêné dans le jeu de ses articulations. Il ne peut s'agir que de rhumatisme.

Le malade est-il en puissance d'une *blennorrhagie*? Il faut lui guérir son écoulement, avoir recours aux émoullients dans la période aiguë; les médications internes et les lavages interviendront dans les périodes chroniques (Renault, *Hôpital Cochin annexe*). Le praticien connaît les diverses formes que peut revêtir l'arthropathie blennorrhagique chronique. Suite d'une arthrite blennorrhagique aiguë, il persiste des douleurs sourdes, une certaine tuméfaction de la jointure et le tout se réveille à l'occasion d'une recrudescence de l'écoulement urétral; la maladie peut se prolonger longtemps ainsi, ce qui est assez rare; une ankylose rapide fait plus souvent suite et s'établit de six mois à un an après le début des accidents. Une autre forme de l'arthropathie blennorrhagique chronique est le rhumatisme déformant ou noueux. Ces formes ne comportent pas un traitement spécial. Elles s'accommodent des médications opposées au rhumatisme chronique en général.

La *tuberculose* peut donner lieu à des arthropathies diverses (Poncet). Dans leur nombre, prennent place l'arthrite fongueuse, qui est l'ancienne tumeur blanche, et le rhumatisme chronique. On connaît le traitement de l'arthrite fongueuse (redressement du membre, immobilisation, pointes de feu, injections modificatrices intra-articulaires (Calot). A ces méthodes peut être adjoint le procédé de Bier: la congestion locale. Pour obtenir

cette congestion locale, on enserme par quelques tours de crépon Velpeau ou de bande d'Esmarch légèrement serrée la portion du membre sus-jacente à l'articulation malade. La bande reste en place de quatre à huit heures par jour pendant douze à quinze jours. Les arthrites tuberculeuses fermées se trouvent fort bien de cette méthode: de même aussi les arthrites blennorrhagiques. En outre de ces méthodes, M. Hoffa préconise un moyen thérapeutique à la portée de tous (*Congrès de Madrid, 1903*): les frictions au savon mou de potasse. Trois fois par semaine, 30 grammes de savon sont utilisés; chaque friction demande 15 à 20 minutes. On laisse le savon en place 20 minutes; puis on enlève à l'eau chaude. Ces frictions ne pourront guère être employées qu'à la période de déclin de l'arthrite, quand les douleurs ont disparu. En pleine activité inflammatoire, les frictions de même aussi que les mouvements, risqueraient d'augmenter le mal au lieu de le réduire.

Reste maintenant toute une *classe de rhumatismes chroniques*, faisant suite au *rhumatisme articulaire aigu*, à la *scarlatine*, ou à d'autres infections mal déterminées.

Ces rhumatismes sont parfois malaisés à distinguer d'autres formes de rhumatismes, ceux-ci d'origine diathésique. Cette difficulté n'entraîne guère d'inconvénients pratiques. Aux deux formes de *rhumatisme infectieux ou diathésique*, le praticien agira sagement en prescrivant un régime alimentaire sévère. Le régime lacté mitigé ou lacto-végétarien ne pourra que favoriser l'élimination des toxines infectieuses dans le rhumatisme infectieux; dans le rhumatisme diathésique le régime alimentaire pourra amener une guérison complète qui surviendra, il est vrai, avec lenteur. Que si la guérison complète ne se produit pas, le

retour des crises douloureuses sera au moins fortement espacé. Nous possédons à cet égard plusieurs observations confirmatives très concluantes. Ainsi une dame de 63 ans, forte mangeuse de viande. Depuis deux ans, elle souffre de douleurs dans les deux genoux avec épaissement de la synoviale, douleurs sourdes au repos, fortement exagérées par la marche. Trois mois de régime lacto-végétarien aidé de quelques applications de pointes de feu amènent une amélioration que tous les traitements antérieurs (iodures, vésicatoires, pointes de feu) institués sans le secours du régime alimentaire, avaient été impuissants à amener. Autre exemple : un homme de 45 ans présente tous les deux ou trois mois des poussées douloureuses dans les genoux et les cous-de-pied. Cela durait depuis quelques années, était accompagné d'un léger mouvement fébrile et se dissipait ensuite peu à peu. Plusieurs saisons à Aix avaient été impuissantes à modifier cet état. L'un de nous voit le malade en 1887 pour la première fois ; à ce moment il était atteint d'une lésion rénale qu'il n'avait pas soupçonnée jusque-là. Les urines renfermaient 2 à 3 grammes d'albumine et des cylindres hyalins et granuleux. Soumis au régime lacté exclusif, le malade n'alla pas seulement mieux du côté de son albuminurie qui baissa fortement ; en même temps apparut un grand retard dans le retour des crises articulaires. Ces dernières tardèrent quinze à dix-huit mois, soit un retard de près d'un an sur le retour habituel. Jamais le malade ne s'était trouvé à pareille fête. Aussi continua-t-il son régime lacté exclusif pendant vingt mois. Il buvait 4 à 5 litres de lait par jour et engraisa de trente livres. Plus tard il se soumit au régime lacto-végétarien. Le mieux persista.

Dans le régime lacto-végétarien, deux aliments, outre le lait, sont à recommander : les potages maigres aux légumes

et les fruits. Ces aliments renferment beaucoup de sels de potasse : ils agissent de ce fait très favorablement chez les arthritiques par les oxydations qu'ils activent et la diurèse qu'ils augmentent.

Ajoutons toutefois que si le régime alimentaire jouit d'une efficacité qui semble certaine dans le rhumatisme diathésique, le rhumatisme infectieux en tire un bénéfice moins assuré. Quant aux malades atteints de *rhumatisme nouveau*, quel que soit le régime alimentaire employé, la marche de la maladie n'en semble guère modifiée. Et ce sont, de la part de ces malheureux, toujours les mêmes gémissements.

Aussi bien ce ne sont pas seulement des différences dans les résultats de la diététique qui séparent le rhumatisme chronique du rhumatisme nouveau. Les différences se poursuivent dans les résultats de la thérapeutique médicamenteuse interne ou externe. S'agit-il d'un rhumatisme chronique ? L'immobilisation, les révulsifs seront utiles ; le rhumatisme nouveau s'accommode mal de l'immobilisation et des révulsifs. Dans le rhumatisme nouveau, il faut mobiliser les jointures même pendant les périodes douloureuses ; dans le rhumatisme chronique, il ne faut mobiliser les jointures que lorsque les douleurs ont disparu.

Le *traitement médicamenteux* du rhumatisme chronique consiste essentiellement dans les iodures et les arsenicaux. Le malade semble-t-il faible ? On recourra aux arsenicaux : liqueur de Fowler, V gouttes avant les deux principaux repas ; liqueur de Pearson, XV à XX gouttes de même ; arséniate de soude en solution :

Arséniate de soude.	0,05 centigr.
Eau distillée.	300 grammes.

Une cuillerée à soupe avant déjeuner et diner.

On continue trois semaines et on suspend ensuite trois semaines pour reprendre si nécessaire. Le malade paraît-il vigoureux ? On donnera la préférence aux iodures (25 à 30 centigr. d'iodure de potassium par jour) continués pendant trois semaines à un mois et alternés à l'occasion avec les arsenicaux. Seulement ici une nouvelle différence s'impose entre le rhumatisme chronique et le rhumatisme nouveau. Si l'iodure de potassium semble parfois réussir dans le rhumatisme chronique, il ne réussit pas du tout dans le rhumatisme nouveau. Et cela est assez bizarre, car l'étiologie semble similaire. De même qu'il y a des rhumatismes chroniques d'origine infectieuse ou diathésique, il semble exister dans le rhumatisme nouveau la même double origine : infectieuse ou diathésique (Marie). Et cependant la médication est toute différente. Le rhumatisme chronique se trouve bien des iodures, le rhumatisme nouveau n'est pas soulagé par les iodures. Ce qu'il faut au rhumatisme nouveau c'est l'iode et non l'iodure, comme Lasègue l'avait déjà très bien vu en 1856¹. Nous employons volontiers la teinture d'iode iodurée.

Teinture d'iode	25 grammes.
Iodure de potassium	5 —

Commencer par V gouttes dans un verre d'eau trois fois par jour au moment des trois repas. Augmenter d'une goutte par jour jusqu'à X et XV gouttes chaque fois. Continuer un mois à cinq semaines; interrompre dix jours et reprendre. La médication sera continuée pendant des mois. Si le remède est toléré par l'estomac, les douleurs ne tarderont d'ordinaire pas à s'atténuer. Quand le

¹ Arch. de Méd., 1856.

malade digère mal, le remède sera employé en injections hypodermiques.

Iode métallique	1 gramme.
Iodure de potassium	2 —
Eau distillée	100 —

Ce liquide, appelé aussi *liquide de Gram*, est employé en injections hypodermiques profondes à raison de 1 centimètre cube par jour. On peut augmenter progressivement jusqu'à 3 et 4 centimètres cubes. La médication est continuée un mois, interrompue une quinzaine et reprise. M. Alex. Renault (*Hôpital Cochin annexé*) déclare se trouver également bien de ces injections dans certaines formes d'arthrite chronique d'origine blennorrhagique.

M. Chauffard (*Hôpital Cochin*) se sert constamment de ces injections pour le traitement du rhumatisme nouveau¹.

La *pipérazine*, le *sidonal* (quinat de pipérazine) le *lycétol* jouissent-ils d'une action efficace ? On les pourra en tout cas prescrire à l'intérieur et à défaut d'iode, lequel sera administré par la peau; ils trouvent surtout leur indication en cas de ralentissement des échanges et d'excès d'acide urique.

Pipérazine ou sidonal	4 grammes.
Eau distillée	300 —

Une cuillerée à soupe avant déjeuner et dîner. Continuer 5 jours. Interrompre 5 jours et reprendre 5 jours. Ainsi 6 semaines de temps. Ou bien une cuillerée à café de lycétol granulé avant le repas de midi et du soir dans un peu d'eau.

Le *colchique* a été préconisé par différents auteurs. En dehors des cas de goutte, nous n'en avons pas retiré de résultat bien appréciable.

¹ Journ. des Pratic., 1906, n° 27.