

voit la maladie rétrocéder, les déformations disparaître, les mouvements se produire de nouveau dans les jointures atteintes, une amélioration notable se manifester, et, dans quelques cas, la guérison. Celle-ci peut être complète ou seulement relative; la maladie ayant laissé à sa suite un état de faiblesse générale, de relâchement des tissus fibreux et des ligaments, cause de troubles fonctionnels peut-être permanents. La durée totale varie de un an et trois mois à dix-neuf ans.

« Il est exceptionnel chez l'enfant que le rhumatisme nouveau suive une marche progressive, amène des lésions incurables et conduise le malade à la cachexie.

« Dans la majorité des cas, s'il marche d'une façon envahissante, c'est pour rétrocéder ensuite; et le terme rhumatisme chronique progressif, applicable à la maladie lorsqu'elle affecte les adultes et les vieillards, ne lui convient plus quand elle atteint les enfants. »

On voit coïncider quelquefois, bien rarement, des *cardiopathies* chroniques avec le rhumatisme nouveau, surtout les affections aortiques et la péricardite.

Mais il y a loin de cette coexistence possible à la fréquence des complications cardiaques du rhumatisme articulaire aigu.

On a encore relevé comme coïncidences la néphrite interstitielle, les dermatoses (eczéma, psoriasis, acné rosacée), l'asthme, la migraine et les névralgies.

On voit assez fréquemment les malades atteints de polyarthrite chronique déformante devenir *tuberculeux* et *phtisiques*. M. Bouchard trouve dans ce fait un argument en faveur de l'opinion qui fait de cette affection une maladie de misère, un vice de nutrition distinct de la diathèse rhumatismale.

Nous avons dit plus haut qu'en se basant sur la symétrie des lésions, l'envahissement progressif et régulier des articulations sur la raréfaction du tissu osseux, l'atrophie séleuse des muscles frappés par groupes systématiques, M. Bouchard avait cru pouvoir chercher des points de comparaison entre les arthropathies du rhumatisme nouveau et celles qui se montrent dans l'ataxie, l'hémiplégie, la paralysie agitante, arthropathies de cause névrotrophique.

C'est aussi l'opinion défendue par M. Lancereaux que toutes les altérations dans le rhumatisme chronique ont leur origine dans des désordres matériels ou fonctionnels du système nerveux.

M. Spender dit avoir observé chez des malades atteints d'arthrite rhumatoïde des douleurs fulgurantes, la tachycardie sans lésions organiques du cœur et des taches blanches ou bronzées de la peau, qui lui paraissent constituer des points d'affinité entre l'arthrite rhumatoïde et la maladie de Basedow et qui témoigneraient en faveur de l'origine neurotrophique de l'arthrite rhumatoïde⁽¹⁾.

D'autres auteurs, comme Vulpian et M. Ern. Bernier, concèdent seulement, en raison de la symétrie des lésions, que l'affaiblissement ou exaltation de l'influence trophique des centres nerveux favorise le développement des arthropathies, mais à la condition d'admettre comme cause primordiale et essentielle l'action du rhumatisme. Il reste à savoir ce que c'est au juste que le rhumatisme, et c'est une question à laquelle nous ne nous chargeons pas de répondre⁽²⁾.

⁽¹⁾ *Brit. méd. Journ.*, 50 mai 1891. — *Anal. in Semaine médicale.*

⁽²⁾ Pour le diagnostic du rhumatisme chronique progressif avec la maladie ostéo-périostique de Paget, les fausses acromégalies, l'ostéo-arthropathie pneumique, nous renvoyons le lecteur aux chapitres où seront traités ces divers états morbides.

P. Londe considère le rhumatisme chronique « comme une affection régionale dont les districts relèvent sans doute d'un trouble trophique d'origine centrale (d'où l'influence de la tare héréditaire) et dans laquelle à l'arthropathie, phénomène essentiel (d'origine infectieuse ou autre), s'adjoignent des phénomènes purement nerveux, contracture, atrophie musculaire, névrite. Le rhumatisme chronique ressemble surtout à l'arthropathie névritique ». (Nouvelle iconographie de la Salpêtrière.) Cf. Massalongo (8^e Congrès de la Société italienne de Médecine interne, 1897).

Récemment une tendance s'est manifestée à dissocier les diverses formes de rhumatisme chronique au point de vue étiologique, mais à les fusionner, au point de vue de la description des lésions et des symptômes, en un syndrome unique, aboutissant de causes disparates, le *syndrome rhumatismal chronique déformant* (Barjon)⁽¹⁾.

L'auteur rappelle qu'on a compris de trois manières les relations entre le rhumatisme articulaire aigu et le rhumatisme chronique déformant : comme deux maladies essentiellement différentes, la seconde ne dérivant jamais de la première (Lancereaux); — comme pouvant coexister, mais sans lien direct, la première pouvant tout au plus prédisposer à la seconde; — comme deux maladies de la même famille, mais le rhumatisme chronique dérivant tantôt du rhumatisme aigu (rhumatisme infectieux), tantôt s'installant d'emblée (rhumatisme diathésique, trophonévrose). M. Barjon ne trouve aucune distinction à établir entre ces deux formes ni au point de vue des cardiopathies concomitantes, ni au point de vue des autres états pathologiques coexistants : diabète, obésité, asthme, artério-sclérose avec néphrite chronique, tuberculose pulmonaire. Il rappelle que M. Bouchard a tiré du chaos du rhumatisme aigu les arthropathies infectieuses sous le nom de pseudo-rhumatismes et admet que certains pseudo-rhumatismes infectieux peuvent devenir chroniques et déformants : type blennorrhagique, type scarlatineux, type tuberculeux non encore connu et que M. Barjon décrit (polyarthropathies simulant l'aspect du rhumatisme chronique chez des tuberculeux ou fils de tuberculeux et coïncidant avec d'autres arthropathies qui ont l'aspect typique des tumeurs blanches).

M. Barjon repousse la théorie qui attribue une origine nerveuse au rhumatisme chronique; il combat les arguments qui ont été invoqués : ressemblance entre le rhumatisme chronique et les arthropathies incontestablement nerveuses (tabes, syringomyélie, paralysie générale), — coexistence de symptômes nerveux (atrophie musculaire, spasme, contractures, exagération des réflexes, troubles trophiques, de la peau, etc.). Les arthropathies nerveuses ont un début brusque, non douloureux, une évolution chronique progressive indolore, une localisation sur une ou deux grandes articulations seulement, l'absence de symétrie, la dislocation totale et précoce, les mouvements anormaux étendus sans tendance à l'ankylose. — L'amyotrophie signalée dans toute arthrite chronique, et les troubles trophiques des téguments sont toujours consécutifs dans le rhumatisme déformant. Les névrites périphériques et les altérations des cellules de la moelle signalées par Pitres et Vaillard, Klippel, Moussous, Massalongo, n'ont été vues que dans des cas trop peu nombreux encore pour servir d'appui à la théorie nerveuse.

Quant aux rapports du rhumatisme chronique et de la goutte, M. Barjon les

⁽¹⁾ *Du syndrome rhumatismal chronique déformant*. Lyon, 1897.

résume en disant que dans une première période on les a confondus et dans la période suivante totalement séparés, dans la période contemporaine on a admis le rhumatisme goutteux comme un rhumatisme chronique évoluant sur un terrain qui semblait préparé pour la goutte, et il y a des auteurs qui voient une parenté entre le rhumatisme chronique simple, le rhumatisme vague, ostéalgique, la rétraction de l'aponévrose palmaire, les nodosités d'Heberden. Mais le rhumatisme goutteux s'attaquerait de préférence aux synoviales, et, demeurant bénin, n'aboutirait pas aux déformations et à la griffe du rhumatisme chronique.

M. Barjon conclut ainsi : les diverses formes de rhumatisme chronique, infectieux, tropho-névrotique, goutteux, souvent liées entre elles par un syndrome articulaire fixe, peuvent être rangées dans un même groupe nosologique sous le nom de syndrome rhumatismal chronique déformant, évoluant en trois périodes. Dans la première (période articulaire), on assiste à l'éclosion des manifestations articulaires qui sont toujours primitives, à des poussées aiguës, subaiguës ou chroniques d'emblée, mais toujours douloureuses; parfois à l'établissement d'une complication viscérale. Dans une seconde période (névro-trophique) se produisent les troubles trophiques : amyotrophie, troubles vaso-moteurs ou cutanés, contracture, rétraction. Dans la troisième (myélopathique), les symptômes nerveux prédominent sur les symptômes articulaires. Les malades prennent l'aspect de médullaires. Le syndrome rhumatismal chronique déformant se développe chez des débilités, des prédisposés, des héréditaires, sous des influences pathogéniques multiples : rhumatisme articulaire, pseudo-rhumatismes (maladies infectieuses diverses, blennorrhagie, scarlatine, tuberculose, diphtérie, etc.); il s'accompagne toujours des mêmes lésions anatomiques essentielles au niveau des articulations et des extrémités osseuses et avec une courbe urosémiographique identique (1).

Traitement. — En premier lieu, il est indispensable d'instituer une hygiène excellente. Pour soustraire les sujets à l'influence du froid humide, il faudra quelquefois les faire changer de pays ou de climat, ou simplement d'habitation, en tous cas, les habiller chaudement. Il devront n'avoir que des étoffes de laine en contact avec la peau, et coucher dans des draps de flanelle. Il faudra élever le taux de leur vitalité dans la forme torpide par une alimentation reconstituante, chez certains sujets à bon estomac par de hautes doses d'huile de foie de morue, par le fer chez les individus anémiques encore jeunes; chez tous, par des frictions sèches, alcooliques, térébenthinées sur la peau (2).

Dans les manifestations douloureuses aiguës ou subaiguës, on a obtenu parfois quelque sédation par le salicylate de soude; mais le plus habituellement il n'y a guère à y compter. L'antipyrine rend plus de services; le salol aussi. M. J. Simon préconise pour les enfants la teinture de colchique, à la dose de 4 à 10 gouttes par jour, en deux fois; ce médicament sera donné pendant 15 jours de suite, à doses croissantes, puis décroissantes, et devra être repris tous les mois pendant 15 jours, jusqu'à ce que les douleurs aiguës aient disparu depuis longtemps. Comme calmants des douleurs, le chloral, la phénacétine ne m'ont pas donné grands résultats. Desnos a vanté l'hexalgine. J'ai vu tout échouer dans les cas vraiment graves, sauf les opiacés. Charcot

(1) Cf. M. CASAL, De l'étiologie du rhumatisme chronique déformant des extrémités à la Salpêtrière. Thèse de Paris, 1897, n° 472.

(2) OETTINGER, Thérapeutique du rhumatisme. O. Doin, 1896.

déclarait déjà en 1866 que, dans les cas où il y a des phénomènes d'acuité, on devrait prescrire l'opium; il conseillait aussi le sulfate de quinine.

Le traitement auquel il accordait alors le plus de confiance, d'après son expérience personnelle, était l'emploi des *alcalins à haute dose*, combiné à la quinine. Il a souvent prescrit de 50 à 40 grammes de carbonate de soude par jour, pendant plusieurs semaines, avec des résultats avantageux; il n'a jamais vu se produire les symptômes d'une « dissolution du sang », cette fameuse cachexie alcaline dont la crainte paraît avoir hanté certains médecins d'une autre génération et dont on n'a plus guère vu d'exemples. Les malades ainsi soumis à la médication alcaline intensive ont souvent paru à Charcot avoir une certaine tendance à engraisser, et ils ont éprouvé au moins un certain soulagement pendant les exacerbations fébriles de la maladie.

En dehors des phases d'acuité et de subacuité, comme médication prétendant à modifier profondément la nutrition et à guérir, nous nous trouvons en présence de deux : la médication iodique et la médication arsenicale.

L'iode a été employé surtout sous la forme d'iodures alcalins, d'iodure de potassium surtout, de sodium, de calcium (Trastour), de lithium.

Lasègue préconisait exclusivement la *teinture d'iode* (1). Il insistait beaucoup sur la différence d'action qu'il y a entre celle-ci et l'iodure de potassium. « De ce que l'un des remèdes a été actif ou impuissant, on n'a pas le droit de conclure à l'activité ou à l'inefficacité de l'autre. Après des expériences multiples, Lasègue affirmait que, même à des doses qui dépassent celles qu'on a prescrites habituellement, l'indigestion de l'iode est exempte d'inconvénients. Seulement comme le fer, et plus encore que pour les préparations martiales, il doit être de règle absolue de n'administrer l'iode qu'au moment du repas. L'estomac, à l'état de vacuité, le tolère difficilement, et il occasionne des gastralgies qui ont une frappante analogie avec celles que les ferrugineux provoquent chez certains malades. Pris pendant le repas, il active la digestion plutôt qu'il ne l'entrave, et, sous ce rapport même, il ne serait pas déplacé parmi les stimulants digestifs. Jamais il ne cause ni douleurs, ni vomissements, ni diarrhée, ni accidents gastriques d'aucun ordre, quelle que soit la susceptibilité des sujets. » La dose que Lasègue prescrivait était élevée progressivement de 8 ou 10 gouttes deux fois par jour, à 5 ou 6 grammes pendant le repas, en prenant pour excipient une peu d'eau sucrée ou de préférence de vin d'Espagne qui masque mieux la saveur. Il n'y a jamais eu d'ivresse iodique ou d'amaigrissement appréciable; les malades n'ont même jamais accusé le dégoût qu'entraîne si souvent un remède d'une saveur très prononcée longtemps continué.

L'arsenic a été employé par les médecins de tous pays. Il a produit quelquefois une amélioration notable, d'autres fois il a échoué complètement. Charcot le croit sans effet ou même nuisible dans les cas très invétérés de rhumatisme nouveau et lorsque la maladie s'est déclarée dans un âge avancé. « L'un des premiers effets de l'emploi du médicament, dit-il, est souvent de réveiller les douleurs et de les exaspérer, dans les jointures habituellement et

(1) *Études médicales*, t. II, p. 679.