

Bibliothèque numérique

medic@

**Chauffard, Émile. - Parallèle de la
goutte et du rhumatisme**

1857.

Paris : Imprimerie de L. Martinet

Cote : 90975

4

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

CONCOURS POUR L'AGRÉGATION.

(SECTION DE MÉDECINE).

PARALLÈLE

DE LA

GOUTTE ET DU RHUMATISME

THÈSE

PRÉSENTÉE ET SOUTENUE A LA FACULTÉ DE MÉDECINE

PAR

M. le Dr Émile CHAUFFARD,

Médecin en chef de l'hôpital civil et militaire de la ville d'Avignon, etc.

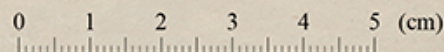


PARIS

IMPRIMERIE DE L. MARTINET,

RUE MIGNON, 2.

1857.



FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.
CONCOURS POUR L'AGRÉGATION.
(SECTION DE MÉDECINE).

Juges du concours.

MM. BÉRARD, président.
BÉGIN.
DENONVILLIERS.
P. DUBOIS.
N. GUENEAU DE MUSSY.
MICHEL LÉVY.
ROSTAN.
VELPEAU.

AMETTE, secrétaire.

Compétiteurs.

MM. AXENFELD.	MM. HÉRARD.
BARNIER.	LORAIN.
CHARCOT.	MONTANIER.
CHAUFFARD.	RACLE.
DURIAU.	THOLOZAN.
EMPIS (SIMONIS).	

PARALLÈLE

DE LA

GOUTTE ET DU RHUMATISME



*Morbos aggredior difficiles, varios,
multiformes..... opus sanè arduum.
(MUSGRAVE.)*

Tout parallèle de la goutte et du rhumatisme a pour but la solution de cette question : La goutte et le rhumatisme constituent-ils une ou deux espèces morbides ?

Ce problème obscur est posé dans la science depuis Baillou, qui le résolvait dans le sens de la distinction des espèces, et ce sentiment s'est perpétué jusqu'à Boerhaave et Van-Swieten, lesquels, le dernier surtout, hésitent : « *Plures certe vidi auctores qui de rhumatismo scripserunt, sed mihi visa fuit semper aliqua remanere difficultas in distinctione adæquata inter rhumatismum et arthritidem.* » (Van-Swieten. *Comment.*) Stoll prétend que la goutte et le rhumatisme sont seulement des variétés de la même maladie, et bien des médecins disent qu'elles sont réciproquement susceptibles d'être converties l'une dans l'autre. L'hésitation, ou mieux les croyances contraires continuent jusqu'à nos jours. Barthez et Guilbert, au commencement de ce

siècle, admettent la séparation des deux maladies, et cependant ils ne savent pas toujours éviter la confusion ; MM. Chomel, Requin, Grisolle et Pidoux affirment, par contre, l'identité de ces affections.

Néanmoins, nous devons le dire, le sentiment traditionnel, l'instinct général des médecins, grave autorité, militent en faveur de la distinction que nous-même allons essayer d'établir.

Toute maladie offre à étudier les points essentiels qui suivent : 1° les causes ; 2° les symptômes et leur enchaînement ; 3° les altérations des solides et des liquides, s'il en existe, qu'elles soient d'ailleurs cause ou effet ; 4° l'action des agents modificateurs fournis par l'hygiène ou par la thérapeutique ; 5° enfin, comme couronnement et synthèse de cette étude, il faut tenter la recherche de la nature de la maladie, autant du moins qu'il nous est donné d'en approcher. Nous avons donc à poursuivre notre étude parallèle de la goutte et du rhumatisme sur les divers points que nous venons d'énumérer.

Notre intention n'est pas de tracer une histoire complète de l'une et de l'autre maladie, et d'écrire ainsi une double monographie. Nous voulons embrasser plus étroitement notre sujet, ne rien omettre d'un côté de ce qui peut conduire au but, à la conclusion que nous voulons atteindre, délaissier de l'autre tous les faits accessoires, les détails secondaires. Nous avons à cœur surtout de ne pas éloigner les uns des autres les points correspondants de cette double histoire. Placées à distance, ces diverses parties ne sauraient présenter d'une manière aussi frappante les similitudes et les dissemblances qu'elles peuvent offrir. Aussi, dans le désir de faciliter, de mettre mieux en relief les rapprochements et les comparaisons, nous opposerons l'une à l'autre, par exemple, l'étiologie de la goutte et l'étiologie du rhumatisme, l'étude des symptômes de celle-ci à l'étude des sym-

ptômes de ce dernier, et ainsi de suite. Pour terminer, nous grouperons dans un résumé succinct les traits saillants et vraiment caractéristiques du long parallèle que nous aurons parcouru. De la sorte nous aurons, ce semble, traité, dans son esprit comme dans sa lettre, la question proposée.

ÉTIOLOGIE DE LA GOUTTE.

On peut, sous le rapport étiologique, diviser la goutte en deux classes : *héréditaire, acquise*.

Goutte héréditaire. — L'hérédité de la goutte est un des faits les mieux acquis : « *Podagra sæpe fluit à parentum initio*, » disait Van-Helmont. Il n'est pas un auteur ayant écrit sur la goutte qui ne signale l'extrême fréquence de l'hérédité. Il est rare qu'un père franchement goutteux ne transmette pas la goutte à ses enfants. On ne peut que rarement aussi répudier cet héritage, même par la plus sévère hygiène, par la prophylaxie de la goutte la mieux entendue. Il faut subir le mal de ses pères. Dans ces cas-là, la goutte débute ordinairement sans cause occasionnelle manifeste, quel que soit le mode d'invasion, lent ou brusque, qu'elle affecte.

Goutte acquise. — Dès la plus haute antiquité, les excès de table, l'abus des plaisirs vénériens, une vie oisive, ont été signalés comme causes évidentes de la goutte : « *Vinum, Venus, otium, sunt primi parentes calculorum et podagræ*, » écrivait Baglivi. Aussi la goutte était-elle regardée alors comme une maladie honteuse. C'est là aussi ce qui rend raison de ce fait, que la goutte frappe les classes riches et épargne les pauvres. Parmi les causes précédentes, la plus puissante est une alimentation habituellement succulente, composée surtout de matières animales très azotées et de vins généreux, et ce qui accompagne

si souvent ce genre d'alimentation, la coutume de manger beaucoup, et de tenir ainsi l'estomac dans un état de réplétion presque continuelle. Ces habitudes hygiéniques favorisent la formation surabondante de l'acide urique et des urates, et nous verrons plus tard que la lithiase graveleuse et la goutte ont entre elles d'étroites affinités.

Le passage d'une vie active, pleine d'excitations physiques et morales, à une vie calme, réglée et monotone, est aussi une cause efficace de goutte. C'est ce qui explique la fréquence de cette maladie chez les militaires en retraite.

Une trop grande application à l'étude, les veilles laborieuses, et surtout la contention de l'esprit, immédiatement après le repas, sont des habitudes qui peuvent, à la longue, amener la goutte.

Sydenham, Cullen, Barthez, Guilbert, ont prétendu que certaines formes extérieures annonçaient communément une prédisposition goutteuse constitutionnelle : elles consistent, en général, dans un corps plein et robuste, une grosse tête, de gros os et une peau épaisse.

La vraie podagre est fort rare chez les femmes, et se rencontre seulement chez celles qui se rapprochent des hommes par leur constitution, *apud viragines*, dit Guilbert. S'il fallait en croire Sénèque, les femmes de son temps, adonnées à tous les vices, à toutes les débauches des hommes, étaient, comme ces derniers, sujettes à la goutte. (Sénèque, épître xcv (1),

(1) Je cite ce passage entier de Sénèque qui contient toute une énergique étiologie de la goutte : « Maximus ille medicorum et hujus scientiæ conditor, feminis nec capillos defluere dixit, nec pedes laborare. Atque hæc jam, et capillis destituuntur, et pedibus ægræ sunt. Non mutata feminarum natura, sed vita est. Nam quum virorum licentiam æquaverint, corporum quoque virilium vitia æquaverunt. Non minus pervigilant, non minus potant, et oleo et mero viros provocant; æque invitis ingesta visceribus per os reddunt, et vinum omne vomitu remetuntur : æque nivem rodunt, solatium stomachi æstuantis. Libidine

citée par Requin.) De nos jours, sur 80 gouteux, Petit note 78 hommes et 2 femmes. L'aphorisme d'Hippocrate : « *Mulier podagra non laborat, nisi ipsam menstrua defecerint,* » n'est pas absolument exact. Cullen, Van-Swieten, MM. Chomel et Requin, ont observé la goutte chez des femmes encore réglées.

L'âge exerce aussi une influence marquée sur l'apparition de la podagre : *Puer podagra non laborat antè Veneris usum.* Hippocrate voulait dire par là que la goutte ne se déclare qu'après la puberté. L'âge viril et la vieillesse sont les périodes de la vie affectées à la goutte. Quand ce mal se déclare dans la jeunesse, il faut l'attribuer, comme le fait remarquer Sydenham, à une influence héréditaire très prononcée. C'est d'ordinaire entre 35 et 40 ans qu'éclatent les premières attaques de goutte.

Toutes ces causes tendent à créer une prédisposition à la goutte, un état général de l'organisme dont la podagre est la manifestation ultérieure, la diathèse gouteuse, en un mot. Souvent la goutte suit, sans autre provocation, sans cause occasionnelle accidentelle. C'est même là, peut-être, le cas le plus ordinaire, surtout pour une première attaque de goutte. Cette première invasion, en effet, ne semble reconnaître d'une façon bien manifeste, ni l'influence des saisons, ni les changements brusques de température, ni les refroidissements; rarement, mais plus souvent cependant, un excès de table ou de plaisir plus prolongé que d'habitude, ou une vive émotion morale, ou

vero, nec maribus quidem cedunt, pati natae. Dii illades aequè male perdant : adeo perversum commentæ genus impudiciæ : viros ineunt. Quid ergo mirandum est, maximum medicorum ac naturæ peritissimum, in mendacio prehendi, quum tot feminae podagricæ calvæque sint? Beneficium sexûs sui vitiiis perdidderunt; et quia feminam exuerunt, damnatae sunt morbis virilibus. » Quel effroyable tableau!

toute autre cause perturbatrice, et dont l'action porte plus spécialement sur les fonctions digestives ou le système nerveux. Disons néanmoins que Sydenham regarde la fin de l'hiver comme le moment ordinaire de l'apparition de la goutte.

Après les premières atteintes, et lorsque la podagre a, pour ainsi dire, établi pleinement sa domination sur l'organisme, les causes occasionnelles les plus diverses, et souvent les plus légères, suffisent pour ramener la manifestation aiguë du mal. Pour les uns, ce sera le changement des saisons, et principalement le printemps et l'automne; pour d'autres, une variation brusque de température, en quelque saison que ce soit, ou un bain froid; souvent une méditation profonde, une attention extrême donnée au travail. Barthez et Guilbert rapportent que Van-Swieten avait connu un mathématicien vivant d'une manière sage, mais affecté d'une goutte héréditaire, dont il accélérât l'accès à volonté; il lui suffisait de s'appliquer fortement à la résolution d'un problème difficile. Un mouvement de colère a parfois déterminé, dans l'instant, un violent accès de goutte. Une fatigue insolite du corps, une longue marche, une chaussure neuve ou étroite, ont souvent rappelé une attaque de goutte. Chez quelques personnes, l'ingestion d'un aliment inusité suffit. Enfin nous citerons la suppression d'exutoires anciens, de flux hémorrhagiques; la répercussion d'efflorescences et de dartres; l'omission d'évacuations habituelles. La diminution de la transpiration, la disparition de sédiments crétacés dans les urines, ont aussi été citées comme causes déterminantes très actives de la possession goutteuse; mais ici l'effet n'a-t-il pas été pris pour la cause, et n'est-ce pas parce que la goutte était en puissance déjà, ou déclarée, que la transpiration diminuait, que les urines devenaient limpides, et ne laissaient déposer aucun sédiment.

Telle est à peu près, dans son ensemble, l'étiologie de la goutte; elle forme un point capital de l'histoire de cette affec-

tion. Nous verrons que c'est sur elle qu'il faut se fonder, en grande partie, pour établir la caractéristique de la maladie, surtout dans les cas douteux.

ÉTIOLOGIE DU RHUMATISME.

L'étiologie du rhumatisme se sépare profondément de celle de la podagre. L'hérédité est rare ici, comparée à sa fréquence dans la goutte. Je sais bien que les soutiens de l'identité de la goutte et du rhumatisme vont jusqu'à reconnaître l'hérédité comme cause dans la moitié des cas. Mais l'opinion de ces médecins infirme la valeur des résultats statistiques qu'ils présentent sur ce sujet. L'hérédité qu'ils admettent ne se rapporte pas au rhumatisme seul, mais au rhumatisme et à la goutte réunis; n'est-il pas naturel, dès lors, de rapporter à la goutte la majorité des cas héréditaires? C'est ce qui ressort, ce nous semble, du paragraphe étiologique consacré à l'hérédité dans le livre de MM. Chomel et Requin : « La plupart des observateurs, disent-ils, ont reconnu la transmission héréditaire du rhumatisme articulaire et surtout de la goutte, qui, on le sait, n'est pour nous pas autre chose qu'une forme de celui-ci. » Nous en tenant donc au sentiment général des médecins, nous n'admettons l'hérédité rhumatismale que comme exceptionnelle. Il est commun d'observer des pères rhumatisants ne pas léguer de rhumatismes à leurs enfants, et aussi, des rhumatisants dont les pères avaient été préservés de cette affection pendant leur vie entière. Il y a plus de rhumatismes acquis que de rhumatismes héréditaires.

Les hommes sont plus fréquemment affectés que les femmes dans la proportion de 10 à 7, ou, suivant M. Monneret, de 65 à 28 sur 93 cas analysés par lui; proportion bien différente de celle observée pour la podagre, qui est de 39 hommes pour 1 femme.

On signale comme plus particulièrement disposés à cette maladie les individus doués d'un embonpoint médiocre, à muscles peu développés, à peau blanche, avec le teint clair et un peu animé, et les cheveux châtons.

Le maximum de fréquence de la maladie est de 15 à 30 ans, suivant MM. Chomel et Requin; avant 15 ans comme après 60, les exemples en sont fort rares; ici encore nous sommes à l'opposé de ce que la goutte nous a présenté: celle-ci est la maladie de l'âge viril et de la vieillesse, et sa plus grande fréquence est dans cette période de la vie qui suit l'âge de 35 ans.

Enfin la cause prédisposante la plus efficace est une atteinte antérieure de rhumatisme, quand même la guérison de cette première atteinte aurait été parfaite. Il reste là comme un souvenir morbide, qui appelle le retour des mêmes actes à une occasion déterminante; et lorsque ces retours, ces récidives se sont reproduits un certain nombre de fois, leur impression semble subsister ou subsiste visiblement sur l'organisme, et il y a comme une sorte de vraie diathèse rhumatismale.

Telles sont les conditions qui prédisposent au rhumatisme; elles ont peu de caractère, et sont bien loin de produire dans l'organisme ces modifications profondes qui préparent, comme dans la goutte, l'invasion du mal, et la rendent inévitable dans un temps donné.

Mais, en revanche, les causes occasionnelles ont une influence majeure: parmi ces causes, une capitale est le froid, et surtout le froid humide. « Sur 100 rhumatismes, dit Bosquillon, il y en a 99 dont le développement tient manifestement à cette cause. » L'action du froid humide est surtout nuisible lorsqu'elle est longtemps prolongée: ainsi le séjour ou l'habitation dans des logements bas et humides, les nuits passées en couchant sur la terre. D'autres fois, la cause évidente est une impression subite de froid sur un corps échauffé par le travail

ou la marche, ou seulement un courant d'air froid sur une partie du corps en repos. Les saisons froides, ou qui offrent de grandes variations atmosphériques, favorisent le développement des rhumatismes. Ces maladies peuvent même, sous cette influence, sévir presque épidémiquement.

Une cause qui tend à entraîner l'économie dans la diathèse rhumatismale, c'est lorsqu'à la suite de causes déterminantes, le froid humide par exemple, le rhumatisme se déclare chez un sujet lymphatique, appauvri, scrofuleux. La disposition lymphatique ou scrofuleuse sert alors de soutien au rhumatisme, et celui-ci tend à se prolonger outre mesure, entretenu, pour ainsi dire, par les autres vices organiques. Dans ces cas, la diathèse rhumatismale s'établit dans toute son intensité.

Enfin l'état puerpéral, la débilité qui accompagne certaines convalescences, ou qui succède à d'autres causes, sont regardés aussi comme occasion prochaine de rhumatisme.

On voit combien toutes ces conditions diffèrent, dans leur ensemble, de celles qui président à l'établissement de la goutte. Pour la goutte, causes diathésiques, longuement prédisposantes, préparant lentement l'organisme à l'éclosion du mal; et causes occasionnelles rares, variables, essentiellement individuelles. Pour le rhumatisme, le long travail des causes antécédentes fait le plus souvent défaut; les causes occasionnelles semblent presque toutes puissantes. Si ces dernières causes pouvaient être évitées, le rhumatisme, manquant de sa principale raison d'être, ferait défaut, et l'état de santé ne serait pas troublé. Quand, au contraire, la diathèse goutteuse existe, la goutte doit presque suivre nécessairement.

Cette séparation profonde entre l'étiologie de la goutte et celle du rhumatisme est un fait capital dans l'histoire de ces deux maladies, et dans la question de l'identité ou de la distinction de ces deux affections. La cause, en effet, gouverne l'acte mor-

bide et lui donne sa valeur, sa signification propre. La similitude ou la dissemblance apparentes des symptômes ne sont que secondaires : les symptômes peuvent paraître semblables ; si la cause pathogénique est radicalement différente, la maladie sera différente, et la réciproque est vraie.

Ces principes ont ici toute leur valeur, et les meilleurs auteurs les ont pris pour guide dans cette question : « Quelles sont donc, dit Guilbert, les différences de la goutte et du rhumatisme, et le vrai moyen de diagnostic entre ces deux affections ? On les trouve dans la considération des causes qui les produisent. La cause du rhumatisme est l'application intempestive du froid à notre économie, tandis que la goutte est le résultat de ces causes diverses que nous avons exposées tout à l'heure. »

Voyons si la symptomatologie de ces affections ne conserve pas, elle aussi, cette distinction avec une suffisante évidence.

SYMPTOMATOLOGIE DE LA GOUTTE.

Je décrirai d'abord la goutte articulaire, appelée régulière, commune, aiguë : c'est la forme type de la maladie, et sur laquelle notre étude de comparaison doit surtout porter. Je traiterai ensuite de la goutte irrégulière, anormale, dite interne, viscérale, métastatique, et enfin de la goutte articulaire chronique. Je ferai suivre cette description des symptômes, de l'étude des lésions. Je ne puis séparer ces deux ordres de faits, destinés à s'éclairer et à se compléter mutuellement.

A chacune de ces divisions de l'histoire de la goutte, nous opposerons plus tard des divisions correspondantes de l'histoire du rhumatisme ; nous espérons ainsi suivre sans dévier les voies parallèles que nous avons à parcourir.

Goutte articulaire, appelée régulière ou aiguë.

Voici quels sont, d'après Scudamore, les phénomènes précurseurs de l'attaque : Abattement, assoupissement et bâillements fréquents ; cauchemar, sommeil inquiet ; aigreur, acidité de l'estomac, et quelquefois vomissements de matières acides, flatulence ; appétit irrégulier, avec oppression après le repas ; sensations fréquentes de froid et de douleur à la région épigastrique (*podagra archæum primò digestionis affectat*, Van Helmont) ; démangeaison générale de la peau ; constipation ; urines rares et colorées, devenant troubles en se refroidissant, ou quelquefois copieuses et pâles ; picotements et engourdissement des extrémités inférieures ; pincements musculaires dans le jour et crampes dans les membres supérieurs et inférieurs, plus particulièrement dans celui qui doit être attaqué ; froid des jambes et des pieds et frissons de temps à autre ; sensations fébriles universelles avec froid des extrémités, chaleur de la tête avec douleur, et rougeurs fréquentes au visage. On a observé encore, comme phénomènes moins constants, un appétit extraordinaire pendant les quatre ou cinq jours qui précèdent l'attaque ; une salivation aussi considérable que le ptyalisme produit par le mercure ; une lassitude générale, avec une agitation d'esprit toute particulière ; des palpitations de cœur et des battements à la région épigastrique. Quelquefois des songes pénibles ont précédé l'invasion de la goutte ; on a vu encore des écoulements de l'urèthre se manifester dans les mêmes circonstances. On observe aussi des phénomènes précurseurs dans les jointures, tels que faiblesse extraordinaire et sensibilité de ces parties, avec élancements, engourdissements et picotements, gonflement des veines du membre et couleur sombre de la peau dans la partie qui doit être affectée ; l'enflure des pieds après un léger exercice ; la cessation subite de la transpiration habituelle

de ces parties, un état de sécheresse et de chaleur de la plante des pieds et de la paume des mains.

L'attaque débute après l'apparition d'un plus ou moins grand nombre de ces symptômes avant-coureurs. A l'exemple de Fr. Hoffmann, nous emprunterons à Sydenham la description de l'attaque de goutte régulière, ou encore, à Guilbert, qui a copié et parfois complété Sydenham.

La veille de l'attaque, en général, l'appétit est plus vif que de coutume ; la région de l'estomac est débarrassée de la gêne qui l'opprimait. L'homme que va saisir la goutte se sent très bien portant ; il a plus d'esprit et de gaieté qu'à l'ordinaire ; il se couche et s'endort tranquillement. Mais après quelques heures de sommeil, il est réveillé par une douleur qui se fait sentir d'ordinaire au gros doigt du pied, ou sur d'autres parties du pied. Cette douleur est comparée à celle qui accompagnerait la dislocation des os de ce membre ; elle existe souvent avec la sensation comme d'une eau à peu près froide que l'on répandrait sur le lieu affecté ; bientôt il survient un frisson horripilatoire général et une fièvre légère.

La douleur, supportable d'abord, devient par degrés plus fâcheuse ; le froid et l'espèce de tremblement qui l'accompagne diminuent à mesure qu'elle s'accroît, mais la fièvre augmente avec elle. Ainsi se passent la fin de la nuit et la pénible journée qui lui succède. Parvenue sur le soir à son plus haut point, la douleur s'est étendue et s'accommode, en quelque sorte, aux différentes formes des petits os du tarse et du métatarse. Le malade la compare alors à une tension violente, ou à un déchirement, ou à une brûlure, etc. Cette douleur est si vive et si exquise, que la partie affligée ne peut supporter le poids d'une couverture. Cependant le malade s'agite continuellement et fait mille tentatives pour donner à son corps, et à son pied en particulier, une situation moins douloureuse. Il n'y réussit pas.

Mais, vers le lendemain matin, vingt-quatre heures environ s'étant écoulées depuis le commencement de l'accès, il se trouve très soulagé, et presque subitement, en sorte qu'il attribue d'ordinaire ce soulagement à la dernière position qu'il vient de donner à son pied malade ; la peau, qui avait été sèche pendant tout le temps des douleurs, s'humecte doucement, et le goutteux s'endort. A son réveil, il se retrouve, sous le rapport de la douleur, au point où il était quand il s'est endormi ; mais la partie malade est devenue enflée ; auparavant, on avait pu remarquer autour du pied un léger gonflement des veines. Ce qu'on voit alors, c'est une tumeur rouge et avec chaleur ; toutefois cette tumeur n'est pas un phlegmon, et elle aura une terminaison toute différente de celle que subissent les tumeurs phlegmoneuses ; elle a beaucoup plus de ressemblance avec l'érysipèle. Après ce premier accès, et jusqu'à ce que l'attaque de goutte soit terminée, tous les soirs la maladie subit un petit paroxysme, qui consiste dans une augmentation de la douleur avec fièvre.

Quelquefois, chez des sujets vigoureux, ces phénomènes se passent sur les deux pieds ensemble, et avec une violence égale ; plus souvent, on les observe d'abord, pendant quelques jours, sur un seul pied ; ensuite la maladie semble se transporter et se renouveler sur l'autre avec tous les caractères indiqués ; et alors le pied qui a souffert le premier, tantôt reste en partie affecté, tantôt se montre exempt de douleur et même de faiblesse, comme s'il n'avait point été entrepris par la goutte. Ce nouvel accès terminé, il est suivi de ces petits paroxysmes dont il a été question. Un troisième accès, suivi des mêmes paroxysmes, peut se produire encore sur d'autres articulations, en particulier sur celles des mains ; ensuite la goutte peut occuper de nouveau le pied qu'elle avait quitté, et avec toutes les douleurs qu'elle lui a déjà fait sentir ;

enfin, elle ira peut-être entreprendre le genou, l'épaule, le coude, etc.

Cette espèce de chapelet goutteux, composé d'accès et de paroxysmes, forme ce qu'on appelle l'*attaque de goutte*, laquelle dure d'ordinaire quinze jours lorsqu'elle est parfaitement aiguë et régulière. En général, l'attaque de goutte dure d'autant moins que les douleurs ont été plus violentes.

Pendant le cours de cette attaque, le malade a éprouvé dans tout son corps une pesanteur pénible et une espèce d'inquiétude générale. Il n'a point eu d'appétit; ses urines, peu abondantes, ont été le plus souvent rouges et sédimenteuses.

Mais considérons en particulier les principaux symptômes de l'attaque de goutte, savoir : la douleur, la fièvre et la tumeur.

La douleur qui accompagne un accès de goutte n'a point un caractère unique; elle est plutôt remarquable par sa variété : tantôt elle s'exerce sous forme d'une tension déchirante, ou, au contraire, d'une constriction, d'une compression énormes; tantôt le malade ressent comme un coin qui serait enfoncé entre ses os; d'autres fois, c'est comme du feu qui brûle la partie souffrante, ou comme un animal qui la broierait entre ses dents.

L'attaque de goutte a été étudiée avec beaucoup d'attention sous un autre rapport intéressant, celui de cette suite d'accès et de paroxysmes qu'elle offre, et de l'espèce de fièvre qu'ils semblent former. Ces accès sont communément en tierce, surtout dans les premiers temps de l'attaque; mais cette fièvre peut ne pas conserver ce type, être changée en double-tierce, ou être rendue longue et irrégulière, sous des influences insalubres. Après le premier accès, le pouls n'est pas entièrement calme, ni la langue nette, ni la peau fraîche, ni l'urine très chargée de sédiment; ce n'est qu'une rémission remarquable.

La fièvre continue d'être rémittente jusque vers le huitième

jour; si elle a été traitée convenablement et dans des circonstances favorables, elle devient presque intermittente. Mais ce qu'il est fort important de noter, c'est que cette fièvre, suivant l'observation de Plenciz, prend facilement le caractère des fièvres régnantes. Stoll fait remarquer qu'après chacun des accès qui composent la fièvre goutteuse, il se fait des crises partielles, lesquelles ont lieu : par une légère moiteur; par des urines, qu'il appelle *bilieuses*, avec un sédiment briqueté; par une congestion d'humeurs dans la cavité de l'estomac et des intestins. Il fait observer qu'à la fin de chaque exacerbation, la bouche est amère et chargée de pituites. Stoll regarde encore l'espèce de tumeur érysipélateuse dont on a fait mention, comme appartenant à des crises partielles.

Cette tumeur que produit un accès de goutte se termine, dans l'espèce dont il s'agit, par une transsudation locale et par la desquamation de l'épiderme. Le liquide transsudé est quelquefois d'une odeur forte, ordinairement collant et visqueux. La desquamation de l'épiderme est accompagnée de démangeaisons quelquefois insupportables.

La nuit est le moment où la goutte éclate d'ordinaire; mais on l'observe aussi naissant au milieu du jour et de la veille; alors, le plus souvent, c'est à l'instant où l'on fait un effort quelconque, ou bien à l'instant où l'on est livré à une affection morale un peu vive, qu'elle se montre tout à coup.

L'attaque de goutte terminée, le malade rentre bientôt dans un état complet de santé. Ce prompt rétablissement peut faire espérer que l'attaque suivante n'aura lieu qu'après un long intervalle, si toutefois on n'obtient pas d'éloigner à jamais les retours de cette maladie en se soumettant à des règles d'hygiène bien entendues.

L'attaque de goutte est souvent périodique; elle revient à des époques constantes, et le malade peut, jusqu'à un certain point, en prévoir l'arrivée.

Dans cette description de la goutte aiguë, on l'a vue faisant irruption sur les pieds et commençant par les envahir avant de passer à d'autres articulations; c'est là ce qui est le plus ordinaire. Cependant il est beaucoup d'exemples de goutte commençant par s'attaquer aux poignets, aux mains, aux genoux, avec tous les caractères de goutte aiguë, bien que Sydenham pense que les pieds sont en quelque sorte le siège propre de cette espèce de goutte.

Scudamore a cherché à déterminer avec précision dans quelle proportion les parties étaient affectées lors de la première attaque de goutte. Voici sa statistique basée sur l'analyse de 198 cas :

Gros orteil d'un seul pied	130
Gros orteil de chaque pied	10
Petit orteil et celui d'à côté	1
Gros orteil et cou-de-pied	3
Gros orteil et cou-de-pied de chaque pied	2
Gros orteil d'un pied et cou-de-pied de l'autre	1
Gros orteil, cou-de-pied, et cheville d'un pied	1
Gros orteil et chaque main	1
Côté externe du pied et gros orteil	1
Côté externe d'un pied, et gros orteil de l'autre	1
Tendon d'Achille, et gros orteil du même membre	2
Côté externe d'un pied	4
Côté externe de chaque pied	1
Partie interne de la plante du pied	1
Talon d'un pied	1
Talon de chaque pied	2
Talon et cou-de-pied du même pied	1
Talon de chaque pied, chaque main, chaque coude	1
Cou-de-pied d'un seul pied	5
Cou-de-pied de chaque pied	3
Cou-de-pied d'abord, après chaque genou, chaque poignet, chaque coude et chaque épaule	1
Une cheville	10
Chaque cheville	1
Cheville d'un pied, gros orteil de l'autre	1

Chevile et cou-de-pied d'un seul pied	4
Tendon d'Achille.	1
Pouce, genou, cheville, et gros orteil d'un côté, et gros orteil de l'autre pied	1
Tendon d'Achille et la cheville	1
Genou droit et main gauche.	1
Dos de la main.	3
Poignet	1

« D'après ces observations, ajoute Scudamore, il paraît que, quoique le mot *podagre*, comme indiquant la partie affectée dans la première attaque, soit le plus applicable, cependant il y a tant d'exceptions, que le terme est trop limité pour distinguer même le premier accès. Je remarque que dans les exemples de goutte héréditaire, le gros orteil a été la partie la plus fréquemment affectée dès le commencement de l'accès, et que les exceptions les plus remarquables se sont rencontrées chez ceux où la maladie était entièrement acquise. » (Scudamore, *Traité de la goutte*, trad. par Deschamps, p. 25.)

Un fait sur lequel nous devons revenir, c'est la grande fréquence, dans la podagre, des troubles de la sécrétion et de l'excrétion urinaires. L'urine des gouteux est très acide, ordinairement d'une couleur foncée, offre pendant les attaques une diminution des principes aqueux, et présente, comme caractère distinctif, une proportion anormale d'acide urique ou d'urates. Aussi se trouble-t-elle peu après l'émission, et l'acide urique se dépose sous forme de petits grains cristallins, ou d'un sédiment pulvérulent jaune briqueté, formé principalement d'urate d'ammoniaque. D'après quelques observateurs, l'acide urique et les urates, pendant l'acuité paroxystique, sont amorphes ; dans l'intervalle des attaques, au contraire, la forme cristalline reparaît. Cette circonstance expliquerait la fréquence de la colique néphrétique et de la gravelle chez les gouteux. « Les gouteux, dit Scudamore, sont tous atteints de gravelle à une époque quel-

conque de leur vie, ou bien ils rendent des sédiments briquetés. » Gravelle urique et goutte seraient donc le plus souvent les manifestations d'une même diathèse morbide ; on cite même des cas où les attaques de goutte alternaient avec des coliques néphrétiques.

Ces traces de la persistance de l'influence morbide, cette permanence de la diathèse urique, graveleuse ou goutteuse, car c'est tout un ici, justifient bien ce que disait déjà Van Helmont : « *Podagricus, extra dolorem sive paroxysmum, est quoque morbosus.* »

Tels sont les symptômes et telle est la marche de la goutte articulaire régulière aiguë. Mais les accidents les plus divers peuvent troubler l'évolution normale de la podagre ; la goutte est alors irrégulière.

Goutte irrégulière, anormale, interne, rétrocedée, métastatique, viscérale, etc.

J'aborde ici un côté difficile et très controversé de l'histoire de la goutte, attrayant cependant, et qui présente à la spéculation médicale les plus vastes horizons qu'elle puisse embrasser. Je n'ai pas la prétention de traiter à fond cet inépuisable sujet ; je ne le dois pas ; je veux seulement en faire entrevoir l'ensemble, montrer les transformations générales que peut subir la goutte, et le génie de ces transformations ; comment tout d'un coup elles apparaissent sous les traits les plus accusés, et comment elles s'évanouissent comme un souffle.

Je dirai d'abord avec quel esprit j'aborde ce sujet, traité avec tant d'affection et même de supériorité par les anciens. Cet esprit n'est ni celui d'une confiance aveugle, ni celui d'une défiance imméritée. Sans doute, une saine critique fait justice, dans les ouvrages des grands médecins des deux derniers siècles, de

quelques faits mal interprétés ; erreurs que le manque de toutes les connaissances acquises aujourd'hui ne justifie que trop. Mais dans le plus grand nombre des cas, on ne saurait trop admirer avec quelle perspicacité ces hommes illustres démêlaient, au milieu des manifestations symptomatiques les plus diverses, l'influence morbide souveraine, l'élément caché et dominant, et triomphaient ainsi du mal par la connaissance profonde qu'ils en avaient acquise. Car au bout de toutes ces analyses, que l'on peut vraiment appeler cliniques, l'indication thérapeutique se trouve toujours. Si l'on recherche quelle était la pierre de touche dont ils se servaient si merveilleusement, on reconnaît que presque toujours c'est le fait étiologique ; la découverte de la cause amène pour eux toutes les autres. Or, en fait de maladies gouteuses, la cause, plus encore qu'ailleurs, enferme toutes les vraies solutions ; et c'est pourquoi de Sydenham à Barthez et à Guilbert, l'autorité des grands médecins qui ont écrit sur la goutte me paraît le plus souvent irrécusable. Quand un organisme a été lentement imprégné de goutte par l'action des causes manifestes, ou lorsqu'il est héréditairement né gouteux, il me paraît rationnel d'admettre que les manifestations morbides qui se dessineront sur ce fonds bien accentué de podagre soient plus ou moins soumises à cette influence funeste. Les maladies se font goutte, et la vie organique elle-même en est saturée.

Aussi ne puis-je accéder sans réserve à l'opinion exprimée par M. Monneret dans sa thèse de concours sur la goutte et le rhumatisme : « En examinant de près, dit ce médecin distingué, toutes les observations de goutte interne, on voit d'abord qu'un certain nombre d'entre elles sont des exemples de maladies intercurrentes ou de complications survenues pendant les attaques de goutte ou de leur intervalle, chez des gouteux, sous l'empire des causes morbifiques diverses ; les autres, des maladies dont le siège et la nature sont très différents (érysipèle, ro-

séole, névralgies, otorrhée), qui cessent au moment où une attaque de goutte se manifeste. Les observations de ce genre rentrent dans la loi commune de l'action révulsive exercée par une maladie sur une autre affection, et ne prouve pas du tout une influence pathogénique spéciale de la goutte sur la production de ces maladies. »

Un organisme vivant, qu'on me permette cette comparaison, n'est pas comme un damier où les maladies semblent jouer aux échecs, et se déplacent, se combattent, s'annihilent comme des forces hostiles et que nul lien ne reliait entre elles. Les maladies tiennent à la vie de l'individu dont elles ne sont qu'une manifestation particulière, et ce qui domine la vie, domine la maladie. Les érysipèles, par exemple, et les névralgies d'un gouteux nous paraissent gouteux, et nous ne saurions voir entre ces maladies et la goutte un isolement réel; nous ne saurions croire que ceux-ci disparaissent parce que celle-là apparaît, et cela sous la seule influence révulsive; nous croyons fermement que les uns et les autres sont des déterminations variées d'une seule force morbide, et que leur succession est un effet de la mobilité de cette activité morbide, des formes changeantes qu'elle revêt, sous telle ou telle cause indéterminée.

D'ailleurs, il n'est pas exact de dire que les manifestations gouteuses internes ou anormales cessent quand la goutte vient à se manifester, exactement comme toute autre maladie cesse devant une autre affection. Il y a certainement dans la disparition de la goutte interne, comme dans son apparition et dans son développement, quelque chose d'insolite qui attirera inévitablement par son étrangeté l'attention d'un clinicien exercé. L'apparition, en effet, de ces phénomènes gouteux, anormaux, est en général subite; violente; le développement morbide devient extrême à l'instant; la vie semble menacée à bref délai; et souvent avec cela quelques signes particuliers ne semblent pas

confirmer le péril attesté par l'ensemble. Puis, tout à coup, et la plupart du temps sans médication active, ou sous l'influence d'une médication topique, provocatrice de la goutte à l'extérieur, tous les symptômes alarmants cessent, non pas par une décroissance plus ou moins rapide, mais brusquement et à l'étonnement de tous et du médecin. Il y a une telle promptitude dans le déplacement de l'activité morbide, et une nouvelle prise de possession si instantanément complète dans la partie où migre le travail pathologique, que j'oserais presque en faire le caractère d'un grand nombre de gouttes rétrocedées, internes, viscérales ou de métastases goutteuses. Notez, en outre, que ces transports si subits ont lieu, non sur des sujets jeunes et irritables, à sensibilité hygide et morbide très éveillée, à activité organique surexcitée; mais qu'ils se passent sur des corps le plus souvent émoussés par l'âge, usés par les fatigues, par le genre de vie antécédent, par tous les abus, et par la maladie enfin; car les métastases goutteuses sont d'autant plus fréquentes que la goutte est depuis plus longtemps en possession du corps.

Tels sont les caractères généraux des gouttes internes. J'ai cherché à en présenter l'interprétation telle que je la conçois; irai-je maintenant m'attacher à dévoiler toutes les formes que peut emprunter le travail goutteux alors qu'il se jette sur telle ou telle partie de l'organisme? Ce serait là un immense travail et que je ne pourrais qu'indiquer. La goutte, en effet, sait revêtir toutes les apparences morbides; elle peut foudroyer les centres nerveux, enrayer l'action respiratoire, frapper le cœur, porter sur l'estomac et l'intestin des flux de tout genre, troubler les sécrétions de toutes les séreuses et celles de tous les organes spécialement sécréteurs, susciter tous les tourments névralgiques, entraîner enfin jusqu'à la démence; et cela souvent sans laisser trace matérielle de son passage, surtout lorsque son action a été brusque et violente.

**Goutte articulaire chronique, dite aussi
asthénique, consécutive.**

Chez les gouteux, qui sont sous une influence diathésique très intense et ancienne, les attaques de podagre deviennent plus fréquentes, durent plus longtemps, et donnent ainsi naissance à la goutte chronique. Nous continuerons à emprunter à Guilbert et à Sydenham les traits principaux de notre description.

La goutte articulaire chronique est composée, comme la goutte aiguë, d'accès et de paroxysmes, mais plus prolongés, moins caractérisés, et pour ainsi dire chroniques eux-mêmes. En effet, tandis que, dans l'attaque de goutte aiguë, il ne se passait guère entre un accès et l'accès suivant que deux ou trois jours, dans celle-ci deux semaines pourront s'écouler, et les paroxysmes se multiplier sans que l'on distingue les stades d'augmentation d'avec ceux qui se rapportent à l'état de la maladie, à la crise et à la terminaison de l'attaque; ou si l'on peut reconnaître quelque apparence confuse de ces stades, ceux-ci seront disproportionnés entre eux. Dans la goutte aiguë, l'affection d'une articulation était d'une durée à peu près semblable à celle d'une autre articulation; dans celle-ci on verra une articulation, faiblement envahie et comme seulement traversée par la goutte, à côté d'une autre longuement tourmentée par elle. En outre, la goutte chronique est sujette à des rétrocessions plus communes; elle se transporte avec plus de facilité, et pour des causes légères, sur les organes intérieurs.

Elle dure des mois et peut même durer toute l'année, à l'exception de deux ou trois mois en été; pendant tout ce temps, elle se promène douloureusement sur la plupart des articulations. Dans cette espèce de goutte, les désordres gastriques sont plus marqués et plus tenaces. Le malade a perdu entièrement l'appétit; s'il mange, ses digestions sont très laborieuses. L'u-

rine n'est point d'une couleur foncée, ni en petite quantité, ni sédimenteuse; au contraire, elle est abondante et de la couleur de celle qu'on rend dans le diabète. Le malade est encore affligé de plusieurs autres symptômes pénibles, tels que des douleurs aux veines hémorroïdales, des démangeaisons en diverses parties du corps, des lassitudes spontanées, des crampes, et mille autres souffrances internes variées à l'infini. Les articulations, dans les mouvements qu'elles exécutent, font entendre un bruit, une sorte de crépitation, signalée déjà par Cœlius Aurelianus. Un autre symptôme de la goutte invétérée, signalé par Sydenham, c'est que si le malade s'étend pour bâiller, surtout le matin, il survient dans les ligaments des os du métatarse comme une convulsion violente, avec sensation d'une constriction non moins forte. D'autres fois, et sans bâillement précurseur, le malade s'étant endormi, ressent tout à coup une douleur atroce, comme si on lui brisait le métatarse d'un coup de massue. Quelquefois les tendons des muscles extenseurs de la jambe sont atteints d'un spasme violent, et avec une douleur horrible.

Mais l'état du gouteux peut devenir, sinon plus douloureux, du moins plus fâcheux encore, par les engorgements et les altérations diverses que produit souvent la goutte chronique. En effet, tandis que, dans l'attaque de goutte aiguë, une tumeur se formait avec rougeur et chaleur, puis s'effaçait par une transsudation et la désorganisation de l'épiderme, et rendait promptement libre et délivrée de douleur la partie précédemment affectée : dans la goutte chronique, la tumeur, souvent moins prononcée, quelquefois sans rougeur, ne s'efface que lentement; la transsudation et la desquamation sont peu marquées, ou même n'existent pas; et si une tumeur ne laisse point de dépôt et finit par s'effacer, néanmoins le lieu sur lequel elle reposait n'est point entièrement débarrassé, il reste plus ou moins longtemps douloureux et gêné.

La goutte chronique est donc remarquable par les tumeurs et les désordres qu'elle peut accumuler autour de toutes les articulations. Quelquefois, dit Sydenham, la matière morbifique se jette sur les coudes et y forme une tumeur blanchâtre, qui est presque de la grosseur d'un œuf, et qui peu à peu s'enflamme et devient rouge ; d'autres fois, elle occupe la cuisse et fait sentir comme un poids qui y serait suspendu ; de là, passant au genou, elle l'afflige davantage et empêche son mouvement. Vient-elle à tourmenter les doigts de la main, elle les rend comme tordus et semblables à une *botte de panais*. Lorsqu'elle s'attache aux pieds, ils deviennent retirés, rétractés. Elle produit des effets analogues sur les autres articulations.

Guilbert a tenté de classer les désordres et les altérations articulaires qu'engendre la goutte chronique ; il en reconnaît cinq sortes :

La première est l'*œdème goutteux*, c'est-à-dire la tumeur goutteuse elle-même, mais existant sans rougeur, et occupant une large surface, n'ayant qu'une élasticité faible, et compliquée de l'œdème ordinaire.

La seconde est la *contracture*, ou rigidité des muscles et des tendons plus ou moins longtemps soumis au travail goutteux.

La troisième, les *gonflements ligamenteux* et les *nodosités tendineuses*. Ce sont des épaisissements partiels des ligaments et des tendons avec plus ou moins de consistance. Ces engorgements, d'abord mous, et en général douloureux, cessent de l'être au bout d'un certain temps, pendant lequel ils se sont plus ou moins durcis, mais ils continuent de gêner les mouvements des articulations.

La quatrième, les *ankyloses*. Elles peuvent être fort variées, et se rattacher aux conditions d'immobilité prolongée du membre, de roideur et de gonflement des tendons et des ligaments, et aussi à l'altération consécutive des os, et même à

l'inflammation chronique de la synoviale. Mais le plus souvent, dans cette espèce de goutte, les ankyloses sont causées par des concrétions d'une nature particulière, et ces concrétions forment la cinquième sorte des principales altérations que peut produire la goutte articulaire chronique.

La cinquième, les *concrétions goutteuses*. Elles ont encore été appelées *tufs*, *tophus*, *calculs arthritiques*. Elles sont formées par une matière dont l'aspect est à peu près celui du plâtre, de la craie, et qui, primitivement, a été liquide, comme gélatineuse. Ces concrétions ne sont point irritantes de leur nature, mais elles le sont mécaniquement par leur volume, leur forme, leur situation, comme le seraient les corps étrangers, et le sont même assez pour occasionner souvent des douleurs à peu près constantes et déterminer ainsi un état goutteux habituel, qu'on appelle la *goutte fixe*.

Ces concrétions tophacées sont caractéristiques des affections goutteuses ; aussi croyons-nous nécessaire d'entrer dans quelques détails sur leur mode d'évolution et de développement.

La tumeur qui doit donner naissance à ces concrétions n'est point, dans l'origine, différente de la tumeur goutteuse ordinaire, de cette tumeur érysépilateuse que Stoll a regardée comme un des moyens de crise de la goutte ; elle contient, ainsi qu'Arétée l'avait reconnu, un liquide qui donne au doigt la sensation de la fluctuation ; au bout d'un certain temps, une partie de ce liquide est résorbée, et il reste dans la tumeur une substance molle d'abord, et comme argileuse, laquelle devient ensuite d'une consistance solide et friable. Que dans cet état de choses une nouvelle attaque de goutte survienne et affecte les mêmes parties, ce qui est l'ordinaire, une nouvelle tumeur se formera dans le même lieu, au moyen d'une nouvelle effusion d'un liquide qui sera en partie résorbé, et laissera un nouveau dépôt,

une nouvelle concrétion ajoutée à l'ancienne : telle est l'origine, tel est le mode de développement des tophus goutteux.

Mais l'effusion du liquide goutteux propre à former des concrétions ne se fait pas seulement pendant les attaques de goutte, elle se fait encore dans les intervalles de ces attaques. Il est à remarquer, d'ailleurs, que dans chaque tumeur goutteuse, la portion destinée à constituer la concrétion est extrêmement petite, en comparaison de la partie séreuse susceptible de résorption ; il faut des effusions très répétées pour fournir une concrétion volumineuse. Ces concrétions sont en général d'autant plus dures qu'elles sont plus anciennes.

La matière qui forme les tophus goutteux n'est jamais renfermée dans un kyste ; on la trouve ordinairement épanchée dans les mailles du tissu cellulaire qui environne les tissus fibreux, ou même dans les cavités articulaires. Quelquefois, à l'état encore liquide, elle fuse au travers du tissu cellulaire, et on l'a vue sortir entre la peau et l'épiderme ; et même, dit-on, on l'a vue suinter par les pores dilatés de la peau, sous la forme d'un liquide visqueux et chargé de petites granulations calculeuses. Il peut arriver encore qu'un fragment sec et solide de cette matière perce la peau, se montre au dehors, et demeure comme une excroissance, sans exciter d'inflammation ; mais cela est fort rare.

Il est bien plus ordinaire de voir une violente attaque de goutte éclater sur les parties que cette matière irrite mécaniquement, et les frapper d'une inflammation grave. Alors une effusion abondante de liquide goutteux s'ajoute à l'ancien dépôt, occasionne une enflure prodigieuse ; la peau est distendue au point de faire craindre qu'elle ne se déchire ; quelquefois elle est amincie tellement, que le liquide séreux peut être vu au travers. Cette enflure est environnée d'une large auréole d'un rouge extraordinaire, d'une couleur pourprée, qui menace de

mortification en même temps ; les douleurs sont intolérables. A la fin, la peau s'ouvre et donne passage à une grande quantité de sérosité ; la rémission de tous les symptômes s'ensuit communément, mais la substance topheuse demeure au fond de l'abcès ; il est très rare, du moins, qu'on soit assez heureux pour expulser immédiatement toute cette matière et empêcher les suites que nous allons décrire.

En général, avec cette sérosité, il ne sort point de pus par l'ouverture qui vient de se faire ; mais les écoulements subséquents en montreront : le pus et la matière topheuse sortiront ensemble de l'ulcère ; mais cette dernière, comme nous l'avons déjà dit, ne peut sortir que très lentement, en sorte que son expulsion complète demande des mois et même des années. L'ulcère ne peut donc se cicatriser que fort tardivement. Néanmoins il peut arriver, au contraire, qu'il se cicatrise assez promptement, enfermant sous la peau des portions de cette matière topheuse ; cette cicatrice peut demeurer longtemps, mais plus communément elle se rouvre bientôt pour livrer passage à des calculs goutteux.

Hors le temps des exacerbations goutteuses, l'état des malades affectés de podagre chronique est assez supportable ; les articulations, au repos, sont exemptes de douleurs.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE DE LA GOUTTE.

Les détails dans lesquels nous sommes entré au sujet des lésions articulaires de la goutte articulaire chronique, nous permettront de traiter brièvement l'anatomo-pathologie de la goutte. Ce qui nous reste à dire a trait surtout à l'analyse chimique des concrétions tophacées, et des liquides organiques des sujets podagres.

Quelques mots pourtant sur les altérations des parties constituantes de l'articulation frappée de goutte. La synoviale, dans la goutte aiguë, est injectée, rouge, parsemée de végétations, ou même ulcérée. Les tissus environnants offrent également des traces de congestion vasculaire, sont gonflés et ramollis. Si la goutte est chronique, la synoviale est largement détruite, les cartilages friables, ulcérés, usés, rouges, couverts de bourgeons charnus; les os sont gorgés de sang, ramollis, ou bien leur tissu est devenu dense, induré, éburné. L'articulation renferme souvent du sang liquide ou coagulé, du pus, de la synovie jaune et épaisse ou mêlée à la matière des conerétions tophacées; en outre, des abcès, des fistules, des ulcérations à fond rempli de matière crayeuse; ou bien, l'artiele est ankylosé, et les surfaces articulaires plus ou moins détruites et déplacées.

Le dépôt de matière tophacée est l'altération pathognomonique de la goutte. Sa présence n'est pas constante, surtout lors des premières attaques; d'autres fois, au contraire, elle est presque partout, et toutes les articulations du corps en présentent à la fois; on peut la rencontrer dans tous les tissus, soit à l'état d'infiltration, soit agglomérée en masses plus ou moins considérables. Les tophus sont formés principalement d'urate de soude et d'urate de chaux. Voici, d'après une analyse faite par M. Lehmann, la composition d'un dépôt tophacé :

Urate de soude.	52,12
Urate de chaux	1,25
Sels fixes	14,16
Tissu cellulaire, eau, etc.	32,47

Les sels autres que l'urate de soude et l'urate de chaux peuvent être le carbonate et le phosphate de chaux, l'urate d'ammoniaque, le phosphate et l'hydrochlorate de potasse, le chlorure de sodium.

État du sang. — Haller avait déjà dit qu'on ne rencontrait pas seulement aux articulations la matière tophacée, mais encore qu'on la trouvait dans le sang, dans l'urine, la sueur et même les crachats de certains gouteux. La présence de l'urée dans le sang des gouteux a été admise depuis par presque tous les médecins. C'était pourtant plutôt une présomption qu'une certitude; l'analyse chimique est venue le démontrer pleinement. En effet: « Lehmann a constaté dans le sang d'un gouteux la présence de l'urée : sur 1000 parties de sérosité, 0,03 de nitrate d'urée. Chez un autre gouteux, le sérum du sang, dont la pesanteur spécifique était de 1029, contenait pour 1000, acide urique 0,7. Dans trois autres cas semblables, il a toujours trouvé de l'urée. » (M. Monneret.)

Enfin nous trouvons encore dans la thèse de M. Monneret ces conclusions d'un mémoire de M. Garrod : 1° Le sang, dans la goutte, contient de l'acide urique, sous forme d'urate de soude; 2° la quantité de cet acide diminue dans l'urine avant l'attaque de goutte; 3° il est toujours dans le sang en proportion notable, lorsque la maladie est chronique et accompagnée de dépôts tophacés; 4° l'acide urique est diminué dans l'urine d'une manière absolue ou relative par rapport aux autres éléments qui y sont contenus; 5° les dépôts crétacés dépendent d'une altération des fonctions des reins; 6° le sang renferme parfois une petite quantité d'urée.

Disons enfin, pour terminer, que pendant un accès de goutte aiguë, le sang est légèrement couenneux, et offre sans doute une faible augmentation de fibrine.

SYMPTOMATOLOGIE DU RHUMATISME (1).

Je commencerai par l'étude du rhumatisme articulaire aigu, étude qui répondra à celle de la goutte articulaire aiguë; puis, viendront les complications et les métastases rhumatismales, qui correspondront à notre goutte anormale, interne, viscérale, métastatique; enfin j'opposerai à la goutte articulaire chronique, décrite plus haut, le rhumatisme chronique ou noueux, dit aussi et improprement, suivant moi, rhumatisme gouteux, goutte asthénique primitive, arthrite sèche, etc.

Rhumatisme articulaire aigu.

Les prodromes du rhumatisme articulaire aigu sont de courte durée ou même manquent, et alors l'invasion de la maladie se fait brusquement, à la manière des phlegmasies. Les symptômes prodromiques sont généraux ou locaux. Les premiers sont analogues à ceux qui précèdent les phlegmasies fébriles : frissons

(1) Je déclare à l'avance que je n'entends m'occuper que du rhumatisme articulaire, et que je laisse de côté le rhumatisme musculaire. C'est qu'en effet, le premier seul a des affinités très marquées avec la goutte, et quand on a pour but d'établir un parallèle entre ces deux affections, il faut évidemment choisir les points les plus comparables. En outre, le rhumatisme articulaire constitue le grand côté des affections rhumatismales, et trancher vis-à-vis de lui la question de l'identité ou de la distinction de la goutte et du rhumatisme, c'est résoudre véritablement le problème. Je n'ignore cependant pas que certaines formes de rhumatisme musculaire, fibreux, ou erratique et à détermination vague, peuvent être confondues avec certaines déterminations gouteuses; mais ce ne sont là que des côtés exceptionnels de cette étude, que des points tout particuliers et que nous pouvons délaissier sans trop d'inconvénients. D'ailleurs, dans ces cas douteux, la solution est toujours fournie par l'étiologie, par les antécédents, et les conditions d'être innées ou acquises du malade. Si l'étiologie se tait absolument, il faut savoir douter et attendre.

irréguliers, courbature, inappétence, soif, chaleur, mouvement fébrile. Les symptômes locaux précurseurs sont la gêne, la roideur des articulations, la difficulté à les mouvoir. Ces prodromes sont, en général, de très courte durée; après un ou deux jours la maladie éclate.

La différence est déjà prononcée entre la goutte et le rhumatisme. La première, comme toutes les affections profondément diathésiques, a son long cortège de prodromes spéciaux, qui permet au malade habitué au mal à présager l'attaque bien à l'avance. Le second ne s'annonce qu'à bref délai et par quelques-uns de ces troubles généraux, pressentiments inévitables de toute altération grave de l'état de santé; à peine les articulations présentent-elles à l'avance quelque indice de la détermination morbide qui les menace.

L'invasion du rhumatisme articulaire aigu s'opère avec plus ou moins de violence, et l'intensité de la maladie est en général en rapport avec l'intensité des phénomènes au début. Les symptômes articulaires, et en particulier la douleur, sont ceux qui attirent d'abord l'attention du malade et du médecin.

Ces douleurs siègent ordinairement sur plusieurs grandes articulations; elles peuvent offrir tous les degrés: tantôt modérées, elles sont comparables à de l'engourdissement, et augmentent légèrement à la pression; mais bien plus souvent, elles acquièrent une intensité extrême, sont comme contusives, lancinantes, déchirantes, et arrachent des cris au malade, au moindre mouvement imprimé à la jointure. La pression opérée par les couvertures est quelquefois elle-même insupportable. Quelquefois ces douleurs se propagent dans la continuité du membre; dans quelques cas rares elles occupent cette continuité avant d'atteindre les articulations. Notons ce fait, que la douleur articulaire n'est pas circonscrite en un point limité, mais qu'elle envahit l'article tout entier; c'est là, pour beaucoup de médecins un carac-

tère qui distingue la douleur du rhumatisme de celle de la goutte. Dans celle-ci, la douleur est plus particulièrement fixée sur un point, térébrante, en forme de coin, ou dessinant la forme d'un corps osseux, comme au métatarse, par exemple; distinction que nous ne croyons pas seulement subtile, mais exacte.

Les articulations affectées sont gonflées et tendues; elles présentent en même temps une coloration rouge ou plutôt rosée, parfois très peu prononcée, d'autres fois intense, et comme érysipélateuse. La tuméfaction est due ou à la turgescence vasculaire des tissus péri-articulaires, ou plus ordinairement à un épanchement synovial dans l'intérieur de l'article. On peut, dans ce dernier cas, percevoir une fluctuation manifeste. Ces symptômes, tuméfaction, rougeur, fluctuation, ne sont perceptibles que sur les articulations superficielles, comme les poignets, les genoux, les coudes et les pieds; on ne peut les percevoir aux épaules et aux hanches.

L'affection articulaire dans le rhumatisme est essentiellement mobile; n'occupant d'abord qu'une ou deux jointures, elle en gagne successivement plusieurs autres. En occupant de nouvelles articulations, elle abandonne quelquefois celles qui étaient primitivement envahies. Ces migrations s'opèrent le plus souvent durant la nuit. Le nombre des articulations saisies à la fois est extrêmement variable: lorsque la maladie est grave, les jointures sont presque toutes malades ensemble, soit celles des membres, soit celles du tronc. Les douleurs articulaires sont essentiellement continues, vives à toute heure du jour, mais s'exaspérant cependant durant la nuit. Le sommeil manque ou est court, fréquemment interrompu par des douleurs vives et subites, spontanées ou provoquées par un mouvement involontaire.

Nous avons présenté, d'après Scudamore, un tableau destiné à montrer quelles étaient les articulations que la goutte envahissait de préférence, et dans quelles proportions ces articula-

tions étaient affectées les unes par rapport aux autres. M. Monneret a fait un travail analogue et a analysé dans ce but quatre-vingt-treize observations de rhumatisme articulaire recueillies par lui. Nous reproduisons ici les résultats obtenus par M. Monneret :

Articulations affectées pendant la durée du rhumatisme.

(93 cas.)

Articulation sterno-claviculaire. Droite 2, gauche 3.	Articulation métacarpo-phalangienne du médus seule.
Articulation claviculaire. Droite 1.	gauche 1.
Articulation scapulo-humérale. Droite 34, gauche 33.	Articulation métacarpo-phalangienne des quatre derniers doigts. gauche 1.
Articulation huméro-cubitale. Droite 19, gauche 15.	Articulation métacarpo-phalangienne de l'annulaire seule. gauche 1.
Articulation radio-carpienne. Droite 49, gauche 44.	Symphyse pubienne une fois.
Articulations métacarpo-phalangiennes, ou phalangiennes de tous les doigts. Main droite 8, main gauche 4.	Articulation coxo-fémorale. Droite 8, gauche 9.
Articulation métacarpo-phalangienne du pouce seule. Droite 2, gauche 2.	Articulation fémoro-tibiale. Droite 62, gauche 54.
Articulation métacarpo-phalangienne de l'index. Droite 1, gauche 1.	Articulation tibio-tarsienne. Droite 38, gauche 41.
Articulations métacarpo-phalangiennes de l'index et du médus réunis. Droite 2, gauche 1.	Articulation de tous ou de la plupart des orteils. Pied droit 2, gauche 3.
	Articulation métatarso-phalangienne du gros orteil seule. gauche 1.

Cette statistique démontre numériquement ce que l'observation médicale commune avait très bien reconnu, à savoir, que dans le rhumatisme articulaire : 1° les articulations des membres supérieurs et inférieurs sont presque toujours simultanément affectées (90 fois sur 93); 2° les grandes jointures, celle du

genou, l'articulation tibio-tarsienne et le poignet, etc., soit au début, soit dans le cours de la maladie, sont le siège presque constant du mal ; 3° l'articulation du gros orteil n'a été prise que 1 fois sur 93.

Quelle différence donc au point de vue de la localisation articulaire entre la goutte et le rhumatisme ! Qu'on se rappelle que dans la goutte, d'après la statistique de Scudamore, le gros orteil, isolément ou simultanément avec d'autres jointures, est affecté 156 fois sur 198 ; que les articulations des membres inférieurs sont bien plus fréquemment frappées que celles des supérieurs, les petites articulations que les grandes ; que très rarement les membres supérieurs et les inférieurs sont saisis en même temps, et l'on aura des distinctions irrécusables dans ce qui constitue pourtant le fonds commun de ces deux maladies, la détermination articulaire.

Je reviens à la description du rhumatisme articulaire aigu. Aux phénomènes locaux étudiés déjà se joignent des phénomènes généraux plus ou moins graves. Ils se rapportent à l'état fébrile, le plus souvent intense, qui accompagne l'inflammation des articulations, à la fièvre dite communément rhumatismale. Cette fièvre se caractérise par un pouls fréquent, large, plein, dur et vibrant ; la peau est chaude, la face animée et vultueuse, la soif vive, l'urine peu abondante, foncée en couleur ; il y a une céphalalgie gravative avec exacerbation, la nuit insomnie et agitation nocturne. Bientôt se déclarent d'abondantes sueurs, générales, acides, nauséabondes, inondant le corps du malade, surtout le matin, décollant profuses sur le visage durant tout le jour et la nuit. A la suite de ces sueurs, les sudamina, les éruptions miliaires, se développent sur les parties latérales du cou, puis s'étendent sur la poitrine, le ventre, la face interne des bras. Ces sueurs, qui fatiguent beaucoup le rhumatisant, ne sont pas ordinairement critiques, et n'amènent aucune diminution de la fièvre ni des

autres symptômes généraux. Elles sont caractéristiques, appartiennent en propre au rhumatisme articulaire aigu, et ajoutent une nouvelle distinction entre cette affection et la goutte aiguë. La peau des gouteux, en proie à une attaque avec fièvre, reste sèche ou s'humecte à peine au déclin du mal, et seulement aux premières heures du jour.

Les phénomènes qui se rattachent aux fonctions digestives, dans le rhumatisme articulaire, sont peu prononcés; la langue est blanche, le ventre indolore, les selles rares; l'appétit est nul. Quelquefois, sous l'influence de conditions particulières tenant à l'individu ou aux qualités régnantes de l'air, l'embarras gastrique s'associe à la maladie; la bouche est alors mauvaise, amère, la langue saburrale, l'épigastre un peu ballonné, résonnant, légèrement sensible à la pression; il y a des nausées, un accablement plus prononcé, une céphalalgie souvent plus vive: c'est une sorte de complication de la maladie.

L'intensité des symptômes locaux et des symptômes généraux est en général proportionnelle dans le rhumatisme aigu; cependant les douleurs articulaires peuvent céder un moment et l'état fébrile persister; dans ce cas, ou les douleurs articulaires reparaitront sous l'influence de la fièvre persistante, ou cette fièvre est due à une complication phlegmasique du côté des viscères. En d'autres circonstances, la fièvre tombe et les douleurs durent encore; celles-ci ne sauraient persister longtemps, et bientôt s'effacent d'elles-mêmes, si la fièvre ne se rallume pas. Néanmoins, dans quelques cas rares, l'affection articulaire peut passer à l'état chronique. Mais d'habitude la fièvre et les douleurs croissent et diminuent ensemble. On peut, sous ce rapport, distinguer dans les rhumatismes, comme dans les autres maladies aiguës, trois périodes: l'augment, l'état, le déclin. Chacune de ces périodes ne se sépare pas nettement de celle qui précède et de celle qui suit; il y a même souvent une marche

apparente vers le déclin, suivie d'un retour vers l'augment et l'état ; cependant, dans l'ensemble, la distinction de ces stades est possible et utile. Les signes de ces stades sont les mêmes que dans les autres maladies aiguës, et se rapportent à l'observation des symptômes généraux et des symptômes locaux ; je n'ai donc rien à en dire de bien particulier, et ce qui précède suffit à cet égard.

Rien de plus controversé et aussi rien de plus variable que la durée du rhumatisme aigu. L'estimation de Pinel, qui la faisait varier entre sept et soixante jours, est peut-être celle qui se rapproche le plus du vrai. M. Chomel fixe la durée moyenne de la maladie entre deux ou trois septénaires. La durée du rhumatisme articulaire aigu n'a été, de nos jours, le sujet de tant de controverses, qu'en vue de démontrer la supériorité des médications exclusives par lesquelles on le traitait. Nous ne croyons pas avoir à nous occuper ici de ces débats.

La convalescence du rhumatisme n'est pas sans offrir son intérêt particulier : elle est souvent marquée par une grande débilité, avec décoloration des tissus, palpitations, souffle dans les vaisseaux et au cœur, sans qu'une lésion cardiaque en livre la cause, en un mot avec tous les signes d'un état chloro-anémique. Si le traitement mis en usage peut dans quelques cas expliquer cette chloro-anémie, il n'en est pas ainsi toujours, ni même dans la plupart des cas. On l'observe, en général, lorsque la maladie a été violente, longue, avec des douleurs et une fièvre intenses, et des sueurs profuses. Cet état anémique ne se dissipe que lentement. Le rhumatisant n'a donc pas, comme le gouteux, un retour immédiat à la santé, à la force, au libre exercice des fonctions viscérales, alors que l'attaque aiguë a cessé.

Il est une forme de rhumatisme articulaire, souvent aigu, dont je n'ai pas parlé, et que l'on rencontre dans quelques cas rares : c'est le *rhumatisme fixe*, borné à une seule articulation.

Ce rhumatisme est tenace, persistant, s'accompagne rarement de complications, et chez les sujets lymphatiques ou scrofuleux, est fréquemment l'origine de tumeurs blanches. Le plus souvent il rentre dans la classe des rhumatismes articulaires chroniques dont nous nous occuperons plus tard.

Rhumatismes viscéraux, métastases rhumatismales.

Je donne le nom de *rhumatisme viscéral* à toute occupation de viscère ou de partie de viscère par le rhumatisme aigu, qui dès lors n'a plus seulement une détermination locale articulaire. Je n'établis d'autre différence entre le rhumatisme viscéral et la métastase rhumatismale, que celle qui est établie par la persistance ou la disparition de l'affection articulaire. Dans le premier cas, il y a seulement extension nouvelle de la maladie à un viscère; dans le second, déplacement du mal, abandon des jointures, concentration morbide sur le viscère occupé. L'un et l'autre cas existent, quoi qu'on en ait dit; je les ai très nettement observés, le second surtout, le plus rare et le plus grave. Toutefois, la présence ou l'absence du caractère métastatique n'apporte pas dans la nature du rhumatisme viscéral une différence essentielle; nous pouvons donc négliger ce caractère et réunir tous ces faits dans une même étude.

Un grand jour a été jeté par la médecine moderne sur l'histoire des rhumatismes viscéraux, et l'honneur doit en être principalement reporté à M. Bouillaud. Le rhumatisme viscéral n'est plus aujourd'hui une affection vague, mal dessinée, et qu'il était permis alors de rapprocher de la goutte viscérale. C'est devenu une extension parfaitement caractérisée de la phlegmasie articulaire, extension qui a ses lois, ses symptômes propres, ses signes irrécusables. Les séreuses sont le tissu organique sur le-

quel s'opère principalement cette extension morbide : en première ligne se place la séreuse externe et interne du cœur, le péricarde et l'endocarde; puis viennent les plèvres, les méninges, le péritoine. Lorsque la phlegmasie rhumatismale s'empare de ces membranes, elle y produit souvent tous les désordres fonctionnels et toutes les altérations organiques qu'y produirait la plus vive et la plus franche phlegmasie; en sorte que l'inflammation rhumatismale semble perdre, sur elles, de sa mobilité, de son inconsistance fluxionnaire, de son innocuité relative. Si la prise de possession est ardente et menace grandement l'organe et l'organisme, l'affection articulaire s'éteint; si, au contraire, elle conserve un peu le caractère fugace du rhumatisme, le mal des jointures persistera, et les dangers seront moindres.

Je ne m'étendrai pas sur les signes physiques et sur les symptômes qui révèlent l'invasion rhumatismale des organes, ou sur le plus ou moins de fréquence de cette invasion; ces détails sont en dehors de mon sujet. Je tenais seulement à signaler la précision, si je puis m'exprimer ainsi, de la lésion viscérale : cette précision, en effet, est bien à opposer à l'indéterminé de l'affection goutteuse des viscères. Dans celle-ci, les désordres fonctionnels ne s'établissent pas rationnellement, pour ainsi dire, comme dans la possession rhumatismale; ils font explosion tout à coup, et atteignent presque instantanément à l'intensité suprême; ils ne diminuent pas peu à peu, et par effacement successif, comme dans le rhumatisme; ils s'évanouissent souvent comme un songe. Dans les cas funestes, l'autopsie éclairera d'un côté; elle montrera les lésions causes de la mort, et concordantes avec les symptômes; le pus, les fausses membranes, les épanchements témoigneront de l'activité destructrice. Au contraire, la mort par métastase goutteuse nous restera presque toujours inexpliquée; les traces morbides seront souvent

inappréciables ou à peu près ; les recherches les plus minutieuses demeureront inutiles ; la raison de la mort nous échappera : ne sont-ce pas là des différences radicales et complètes sur tous les points ?

Je sais cependant que le rhumatisme articulaire n'offre pas seulement des déterminations viscérales sur les séreuses et les organes qu'elles recouvrent. J'ai pour ma part observé un certain nombre d'autres déterminations rhumatismales : ainsi, par exemple, j'ai vu un rhumatisant, jeune homme de 25 ans, d'un tempérament lymphatique sanguin et sans maladies antérieures, sur le déclin de la fièvre et alors que les douleurs articulaires étaient en grande partie effacées, pris de sourdes douleurs vésicales, avec impossibilité d'uriner, et sensibilité à l'hypogastre ; le cathétérisme devint nécessaire matin et soir, et la fièvre se ranima légèrement. Après trois jours, les symptômes vésicaux s'amendèrent, l'émission naturelle des urines redevint possible, mais une hémicranie très douloureuse se déclara ; celle-ci diminua bientôt, et fut la dernière manifestation du mal. Il peut y avoir aussi des conversions rhumatismales sur les bronches et les intestins. Ces faits-là sont rares, et ont certainement de l'analogie avec quelques-unes des métastases gouteuses. Les manifestations antécédentes, rhumatismales ou gouteuses, suffisent pour établir le vrai caractère de ces anomalies. En aucun cas, nous ne saurions admettre là un prétendu mélange de goutte et de rhumatisme, dont les auteurs ont tant abusé.

Rhumatisme articulaire chronique primitif.

Rhumatisme gouteux, goutte asthénique primitive, nodosités des jointures, arthrite sèche.

Le rhumatisme articulaire chronique primitif est certainement l'une des maladies qui ont été le plus mal interprétées. Sa na-

ture a été longtemps méconnue, quoiqu'une analyse pathologique sévère dût, ce nous semble, préserver de toute erreur à cet égard. Aussi le nombre des dénominations qui lui ont été imposées est-il considérable, et plusieurs d'entre elles trahissent l'incertitude dans laquelle étaient les observateurs. L'anatomie pathologique a commencé par jeter du jour sur cette forme du rhumatisme articulaire; et enfin une excellente thèse inaugurale de M. le docteur Charcot, ainsi que celles de MM. les docteurs Trastour et Vidal, ont parfaitement fait connaître cette remarquable affection, et ont démontré qu'à tous les points de vue, étiologique, symptomatologique, anatomique, le rhumatisme articulaire chronique se séparait profondément des maladies gouteuses chroniques. C'est d'après les travaux de ces médecins que nous tracerons l'histoire de cette forme rhumatismale, qui peut être cliniquement opposée à l'histoire de la goutte articulaire chronique, que nous avons déjà relatée.

Quoique nous ayons exposé l'étiologie générale du rhumatisme, cependant nous devons revenir en quelques mots sur celle du rhumatisme articulaire chronique, à cause de ses caractères spéciaux.

Les femmes paraissent beaucoup plus sujettes à cette affection que les hommes : opposition tranchée avec ce qui a lieu pour la goutte. La pauvreté, les privations qui la suivent, les chagrins, sont des causes prédisposantes manifestes; l'âge n'exerce pas une influence marquée; la jeunesse comme la vieillesse sont soumises au rhumatisme articulaire chronique; cependant la ménopause semble avoir une action favorable à la production du mal. La grossesse et la parturition semblent aussi, dans quelques cas, avoir déterminé l'apparition de la maladie. Mais la cause réellement active a été l'action prolongée du froid et de l'humidité. Elle a été constatée chez les trois quarts des malades. Le mal s'est déclaré, tantôt après l'habitation prolongée dans des

chambres humides dont les murs laissaient suinter l'eau ; tantôt après l'exposition, durant nombre d'années, au contact continu de l'eau froide, ou à toutes les vicissitudes atmosphériques.

L'hérédité est douteuse ; on l'a constatée dans quelques cas, mais dans ces mêmes cas les malades avaient été soumis aussi à l'influence délétère du froid humide. Toutes ces conditions étiologiques ne sont pas seulement différentes de celles qui amènent la goutte : elles en sont directement l'opposé. Je ne pense pas avoir à insister pour le démontrer.

Le rhumatisme chronique, dit rhumatisme goutteux, succède très rarement à un rhumatisme articulaire aigu ; il est, dans la grande majorité des cas, primitivement chronique ; c'est donc une maladie chronique primitive. Le mal débute lentement, progressivement, avec une bénignité trompeuse. L'invasion s'opère ordinairement par les petites articulations ; c'est là un rapprochement de ce rhumatisme avec la goutte. Mais tandis que dans la goutte, c'est le gros orteil, ou les petites articulations des pieds qui sont le premier siège du mal, dans le rhumatisme chronique primitif, ce sont les mains et les doigts qui sont d'abord saisis. Tel est du moins le cas le plus fréquent. A mesure qu'il s'étend, le rhumatisme chronique peut se porter sur toutes les jointures, aucune n'est à l'abri ; elles sont toujours affectées en grand nombre ; mais toujours les doigts et les mains sont frappés dans le cours de la maladie, s'ils ne l'ont pas été dès le principe. Les genoux, les poignets, et, en troisième lieu seulement, les orteils, sont ensuite les parties les plus fréquemment atteintes.

La maladie une fois établie, peut s'apaiser par moments, mais elle ne cesse jamais complètement. Des périodes d'acuité, des exacerbations douloureuses viennent varier et activer son cours, et se succèdent à intervalles plus ou moins éloignés. Ces exacerbations naissent souvent sans cause appréciable, quelquefois

à l'occasion d'un refroidissement, d'un changement de temps, d'une contrariété vive; leur durée est très variable, tantôt de un à deux jours seulement, tantôt de huit à quinze jours et même davantage. Lorsqu'un certain nombre de jointures, surtout plusieurs des grandes jointures, sont atteintes simultanément d'un de ces redoublements de douleurs, il y a parfois un léger mouvement de fièvre, ordinairement fûgace et passager. Mais souvent aussi, malgré de très vives douleurs qui torturent les malades, et leur font croire qu'ils ont une fièvre violente, celle-ci manque.

Le caractère de ces douleurs est variable; le plus souvent c'est une sensation de brûlure, de cuisson insupportable, quelquefois d'arrachement et de dislocation. De temps en temps il y a des élancements. La douleur n'est pas continue; elle laisse au malade des moments de calme; elle est vive, surtout la nuit.

Lorsque la période d'acuité est passée, les douleurs spontanées cessent, ou à peu près; mais la pression et les mouvements rappellent la douleur. Il en est toujours ainsi quand la maladie est intense et ancienne. Dans ces cas, la plus faible pression est quelquefois assez pénible pour que les malades ne puissent supporter le poids des couvertures; et comme la chaleur du lit augmente ordinairement les souffrances, beaucoup ne gardent que leurs draps. La douleur provoquée par les mouvements est toujours vive, et souvent atroce; pendant les accès, les malades jettent des cris au plus petit déplacement comme au plus léger contact.

A la douleur se joint le gonflement articulaire; ce n'est d'abord qu'un simple empâtement œdémateux des parties molles péri-articulaires, augmentant pendant les crises, diminuant ou disparaissant après elles; mais souvent il persiste en l'absence de toute douleur, surtout aux articulations phalangiennes et métacarpo-phalangiennes. Bientôt les os eux-mêmes augmentent

de volume dans leurs extrémités articulaires. C'est aux genoux, aux poignets et aux doigts qu'on apprécie le mieux ce gonflement des extrémités osseuses ; elles se renflent subitement à partir de leur union avec la diaphyse, et, sur cette masse renflée, on distingue les saillies normales hypertrophiées et des végétations osseuses anormales. La tête du cubitus et des métacarpiens proémine parfois tellement, que le dos de la main offre une concavité très remarquable et caractéristique. Sur les parties latérales des extrémités phalangiennes, sur la circonférence des condyles du fémur, on sent des saillies anormales, des crêtes irrégulières. Ces saillies ressemblent aux concrétions tophacées ; elles en sont cependant entièrement distinctes. Ce ne sont pas des tumeurs séparées, elles adhèrent à l'os et n'en sont qu'un élargissement. Cet aspect extérieur et sa similitude grossière avec les tophus sont cependant la principale cause des confusions qui se sont produites au sujet de la maladie qui nous occupe ; et, contre toute raison, il a valu à cette affection le nom de rhumatisme goutteux. L'anatomie pathologique établira mieux encore cette essentielle distinction.

A la douleur et au gonflement articulaire s'associe rarement de la rougeur, et seulement pendant les exacerbations. Même alors elle est peu prononcée, pâle, rosée, circonscrite sur un point limité des articulations, et persiste au plus pendant trois ou quatre jours.

Enfin, l'un des phénomènes locaux le plus saillant est la déformation des articulations. Le gonflement des os a déjà altéré la forme des jointures ; cette déformation s'aggrave encore par la position qu'adoptent les malades pour éviter, pendant les douleurs, tout mouvement des parties affectées. Il en résulte des attitudes vicieuses. La position fléchie est la plus fréquente, comme dans toutes les maladies articulaires. Cette flexion s'établit souvent d'une manière permanente, à des degrés divers, et

plus ou moins fixe, pour l'avant-bras et la jambe. Il en résulte, en conséquence, pour les ligaments attachés aux coudes et aux genoux dans le sens de l'extension, une distension continue, plus ou moins violente, et pour les os une saillie souvent considérable et une tendance au déplacement; d'où des luxations ou des demi-luxations spontanées, des amincissements, et même des érosions des téguments par les éminences osseuses.

C'est aux doigts que le rhumatisme chronique primitif produit les déformations les plus remarquables. Elles peuvent être ramenées à deux types : type de flexion, type d'extension. Les deux se rencontrent rarement ensemble sur la même main; quelquefois cependant un ou plusieurs doigts sont fléchis et les autres étendus, ou réciproquement. Mais cette flexion et cette extension des doigts ne sont ni uniformes, ni complètes; les phalanges prennent souvent des positions impossibles à reproduire à l'état normal. Ainsi, on observe fréquemment une déviation latérale de la troisième phalange sur la seconde; mais ce qu'il y a de plus remarquable et de plus ordinaire, c'est l'opposition presque constante de l'attitude de la deuxième phalange par rapport aux autres. La phalange et la phalangette sont-elles fléchies (type de flexion), la phalangine sera dans l'extension; au contraire, la phalange et la phalangette sont-elles étendues (type d'extension), la phalangine sera fléchie.

Telles sont les déformations les plus ordinaires des doigts, tantôt à peine indiquées, tantôt aussi exagérées que possible jusqu'à luxation complète. Le type de flexion est deux fois plus fréquent que le type d'extension. Ces altérations dans les rapports articulaires s'accompagnent nécessairement d'altérations dans les mouvements: au commencement, c'est une simple gêne; bientôt c'est de la roideur; enfin les crises se multiplient. Les douleurs devenant plus violentes et continues, l'immobilité tend à devenir complète, quelle que soit la position vicieuse

des membres. Les tendons, les ligaments, les muscles se rétractent, se raccourcissent de façon à ne plus permettre le plus léger mouvement. Il y a alors ankylose, ou plutôt fausse ankylose. Dans quelques cas rares, il y a ankylose vraie, non-seulement celluleuse, mais encore osseuse.

Les personnes affectées de rhumatisme articulaire chronique sont accessibles à toutes les maladies qui peuvent se présenter chez les autres individus. Mais on ne remarque aucun rapport entre la manifestation de ces maladies et la maladie antérieure ; les observateurs n'ont signalé aucun accident qui pût être appelé métastatique. On sait, au contraire, combien dans la goutte articulaire chronique, les métastases goutteuses sont communes et redoutables.

Le rhumatisme articulaire chronique ne cesse qu'à la mort ; mais on voit que par lui-même il ne menace nullement la vie.

Les malades parviennent donc souvent à un âge fort avancé. Il en est qui ont vécu jusqu'à quatre-vingts ans et même quatre-vingt-douze ans. Les crises et les douleurs persistent ordinairement jusqu'à la fin de l'existence ; dans quelques cas rares, les douleurs se sont éteintes après dix, vingt ou trente ans de souffrances.

Il nous resterait, pour compléter l'histoire du rhumatisme articulaire chronique primitif, à étudier les lésions anatomo-pathologiques des jointures qui le caractérisent. Mais comme ces lésions rentrent dans l'ordre des lésions propres au rhumatisme articulaire proprement dit, nous en traiterons tout à l'heure dans l'étude générale de l'anatomie pathologique du rhumatisme.

J'ai tenu à présenter, avec toute l'exactitude possible, l'étiologie et la symptomatologie de cette maladie, à cause de l'incertitude où la science était demeurée jusque dans ces derniers temps, et que quelques médecins conservent encore, relativement à la nature propre de cette forme morbide. Cette incertitude se

trahit par l'association même des mots par lesquels on dénommait l'affection, *rhumatisme goutteux*. Ces mots s'excluent suivant nous, et c'est le dernier qu'il faut supprimer. Le rhumatisme chronique primitif est l'opposé d'une maladie goutteuse. La confusion n'a pu s'établir que sur une ressemblance extérieure grossière, sur la durée indéfinie du mal et sur l'état cachectique qui finit par l'accompagner. Les excroissances et les gonflements osseux étaient assimilés aux tophus ; la durée du mal était celle de la goutte chronique, les exacerbations ressemblaient aussi à celles de la podagre ; enfin la cachexie qui suivait ces longues souffrances retraçait la cachexie goutteuse, quoiqu'elle fût de nature bien dissemblable. Aussi Landré-Beauvais se demandait-il, à propos de cette maladie rhumatismale chronique : *Faut-il admettre une goutte asthénique primitive ?* Aujourd'hui la distinction nous semble impérieuse et méconnaissable et les fausses ressemblances dissipées. C'est un progrès sérieux dans l'histoire de la goutte et du rhumatisme, et qu'il importait de signaler.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE DU RHUMATISME

ARTICULAIRE AIGU ET CHRONIQUE.

Lésions articulaires.

Le rhumatisme articulaire aigu étant une phlegmasie essentiellement résolutive, se trahit rarement par des lésions articulaires très manifestes. « Il m'a été permis depuis vingt ans, dit M. Grisolle, d'examiner moi-même cinq fois les articulations d'individus qui, par suite de quelque complication, avaient succombé promptement dans le cours d'un rhumatisme articulaire ; et dans tous ces cas, les jointures, qui le jour même de la mort étaient encore le siège de douleurs violentes, ne m'ont cepen-

dant pas même présenté de l'injection, ni de la rougeur : les surfaces articulaires étaient blanches, lisses, polies, sans gonflement, et les parties fibreuses environnantes, de même que les parties molles, ne présentaient aucune lésion appréciable. » Mais il n'en est pas toujours ainsi, et le rhumatisme laisse parfois des traces d'inflammation évidente : ainsi la membrane synoviale présente soit partiellement, soit dans toute son étendue, une rougeur intense, et d'innombrables vaisseaux finement injectés et formant un réseau fin et très serré. En outre, la synovie peut être épanchée en quantité anormale, et être altérée dans sa qualité ; elle est épaisse, jaunâtre, trouble, gluante et très rarement mélangée de pus. La présence de ce dernier produit a été constatée par de bons observateurs et nous ne refusons pas d'y croire ; cependant nous devons répéter que c'est un fait des plus rares. A un degré plus avancé, la synoviale est œdémateuse, rougeâtre, fongueuse, ou bien séparée de l'os et criblée d'ulcérations. Les cartilages eux-mêmes peuvent être érodés, rugueux, ou d'apparence veloutée, et formés de filaments longs de 6 à 7 millimètres, flexibles et distincts les uns des autres. Les ligaments interosseux peuvent également être injectés, érodés, ramollis ou détruits.

Quant aux *lésions viscérales*, nous avons déjà dit qu'elles se concentraient presque toutes sur les séreuses, et en particulier sur celles du cœur. Les lésions sont celles de la péricardite et de l'endocardite. Nous n'avons pas à les exposer plus longuement.

Altération du sang. — De tout temps les médecins ont signalé la couenne épaisse et dense recouvrant un caillot petit et rétracté, qu'offre le sang coagulé des rhumatisants, et que Sydenham comparait à la couenne du sang des pleurétiques. Les analyses faites par MM. Andral et Gavarret ont donné la raison de ces phénomènes, et confirmé l'opinion unanime des médecins qui voyaient

dans le sang des rhumatisants un type du sang inflammatoire : ces analyses, en effet ont révélé une augmentation considérable des quantités de fibrine : la moyenne de cette augmentation oscille entre 7 et 8 pour 1000, tandis que la moyenne normale est de 3 pour 1000. Aucune phlegmasie n'offre une plus forte élévation dans le chiffre de la fibrine. C'est là un caractère dont il faut tenir grand compte dans le jugement définitif que l'on doit porter sur la nature du rhumatisme articulaire aigu.

Dans le rhumatisme, M. Garrod dit que le sang ne contient pas plus d'acide urique qu'en santé, et que la présence de l'urée n'a pas pu y être démontrée (*Thèse* de M. Monneret). Le dernier point me paraît une erreur ; on sait aujourd'hui que l'urée existe à l'état normal dans le sang, et il me semble difficile que le rhumatisme ait pour effet de détruire cette condition normale.

Rhumatisme articulaire chronique primitif.

Je vais résumer brièvement l'anatomo-pathologie de cette forme rhumatismale. La membrane synoviale, le tissu cellulaire sous-synovial, les ligaments, présentent un épaissement notable, une injection prononcée ; autour de plusieurs jointures paraissait une couche fibreuse très résistante, distincte des ligaments péri-articulaires, contribuant beaucoup à l'immobilité, et incrustée de quelques productions cartilagineuses et osseuses. La synovie était de couleur normale et en très petite quantité.

Les cartilages présentent d'abord un ramollissement de tissu ; puis ils prennent un aspect tomenteux, pareil à celui du velours d'Utrecht, se ramollissent davantage, et des points rouges apparaissent. Le microscope y permet de voir des vaisseaux venant de l'os, et s'élevant dans les intervalles de la trame fibreuse. Enfin les cartilages, plus altérés, semblent érodés, ulcérés ; des

surfaces irrégulières en sont privées, et l'os se montre à nu, ayant subi une condensation telle, qu'on l'a appelée *éburnation*.

Les os présentent l'hypertrophie en masse dont nous avons parlé dans la description de la maladie, les saillies naturelles sont augmentées de volume, et en outre des végétations osseuses, des ostéophytes, se développent particulièrement sur les bords des condyles du fémur, la circonférence de la tête du tibia, les extrémités des métacarpiens, des métatarsiens et des phalanges. Quant aux concrétions tophacées, aux dépôts crayeux, autour ou dans l'intérieur des articulations, il n'en existe jamais.

Les extrémités articulaires des os ne sont pas seulement augmentées de volume; elles sont altérées dans leur structure intime, ramollies, et se laissent facilement couper par tranches avec le scalpel. Les aréoles du tissu sont agrandies, imbibées d'un suc graisseux, jaunâtre, se laissent aisément déprimer et déchirer par les doigts. Ce sont les condyles du fémur, la tête du tibia, les extrémités des métacarpiens, des métatarsiens et des phalanges, qui offrent surtout ces remarquables modifications.

Telles sont les lésions principales que le rhumatisme articulaire chronique primitif produit dans les jointures. Si l'on veut bien se reporter à la description anatomo-pathologique que nous avons tracée au sujet de la goutte articulaire chronique, on verra s'il est possible de tenter entre ces deux affections le moindre rapprochement. Ici encore l'anatomie pathologique est venue donner une force nouvelle aux distinctions que le clinicien avait déjà perçues. La science est une harmonie, et toutes ses parties se répondent sans dissonance, se soutiennent sans se heurter.

TRAITEMENT DE LA GOUTTE.

Mon intention ne peut être d'entrer dans tous les détails thérapeutiques que comporte le traitement de la goutte; ce serait sortir de mon sujet, et le parallèle que j'ai à tracer n'a pas à se continuer entre toutes les médications et tous les médicaments qu'avec plus ou moins de bonheur les médecins ont opposés, soit à la goutte, soit au rhumatisme.

Mais il rentre dans le plan de ce travail de rechercher quelles sont les indications prophylactiques et curatives qui découlent naturellement de la double histoire que nous avons reproduite. Quels enseignements, quelles déductions pratiques peuvent nous fournir l'étiologie, la symptomatologie, la marche, la terminaison de ces deux maladies, la goutte et le rhumatisme?

Là se bornent les recherches que la question posée nous permet. Elles nous fourniront un nouveau et bien légitime sujet de comparaison, et viendront encore confirmer une distinction si puissamment motivée déjà. D'ailleurs ces recherches, exclusivement cliniques en apparence, commandent toutes les décisions thérapeutiques, et une médication vraiment salubre doit y satisfaire d'abord. Nous commencerons par nous occuper de la goutte.

L'étiologie de la goutte nous donnera les principaux éléments de la prophylaxie; et pour la goutte la prophylaxie est l'étude thérapeutique capitale, de même que pour toutes les maladies franchement diathésiques.

Or, si l'habitude des excès alcooliques et d'une alimentation forte, succulente, prise en grande abondance; si, en même

temps, l'abus des plaisirs vénériens et une vie molle et oisive sont les causes accoutumées de la goutte acquise, il s'ensuit que lorsque l'on a à redouter un héritage gouteux, ou que l'on a ressenti les premiers avertissements d'une podagre menaçante, il faudra demander à une hygiène sévère de conjurer l'imminence ou les progrès du mal.

On devra d'abord bien régler l'alimentation au point de vue de l'abondance et de la qualité. Diminuer la quantité des aliments est toujours utile. Je laisserai parler l'admirable Sydenham, qui s'est surpassé lui-même dans l'exposition du traitement de la goutte : « D'abord il est nécessaire d'observer une certaine modération dans le boire et le manger, en sorte que, d'un côté, on ne prenne pas plus de nourriture que l'estomac n'en peut digérer, et que, d'un autre côté, on ne l'affaiblisse pas par trop d'abstinence; deux extrémités qui sont également nuisibles, comme je l'ai plus d'une fois éprouvé, tant sur moi-même que chez les autres. Quant à la qualité des aliments, quoique en général ceux qui sont faciles à digérer doivent être préférés aux autres, il faut néanmoins avoir égard au goût des malades; car souvent une chose indigeste, mais que l'estomac désire fortement, se digérera mieux qu'une autre qui d'elle-même est plus aisée à digérer, mais que l'estomac abhorre. Cependant il faut user avec beaucoup de modération des aliments qui sont d'une digestion difficile, quoique l'estomac les demande. Au reste, à l'exception de la viande, on pourra user de tout à sa fantaisie, pourvu qu'on évite les choses salées et épicées; car, quoiqu'elles aident la digestion, elles ne laissent pas d'être nuisibles, en ce qu'elles mettent en mouvement le levain morbifique. Pour ce qui est du nombre des repas, il faut retrancher le souper, et se contenter du dîner, parce que le temps du sommeil n'est pas propre à la digestion des aliments; mais c'est alors que les humeurs s'atténuent et

se préparent. En place de souper, on boira quelques verres de petite bière, ou de quelque autre liqueur équivalente. Cette boisson, en rafraîchissant et nettoyant les reins, empêchera la génération de la pierre dans les reins, à quoi les gouteux sont sujets. »

L'usage du vin est également condamné par Sydenham ; mais ce grand praticien avait aussi reconnu les dangers du renoncement absolu au vin, alors qu'on en avait abusé, ainsi que ceux des boissons trop débilitantes : « D'un autre côté, dit-il, les liqueurs trop rafraîchissantes ne valent pas mieux ; car, quoiqu'elles n'excitent pas de douleur, elles achèvent de ruiner les digestions, éteignent la chaleur naturelle, et causent même quelquefois la mort, comme on en a vu arriver à ceux qui, ayant bu du vin avec excès jusqu'à leur vieillesse, l'ont quitté tout d'un coup pour ne boire que de l'eau ou d'autres liqueurs aussi faibles. »

Enfin, Sydenham conjure les gouteux, surtout ceux qui sont avancés en âge, de renoncer à toutes les excitations vénériennes, et je ne renonce à citer ces sages recommandations que pour abréger ce travail.

Mais tous ces préceptes hygiéniques, dit l'illustre Anglais, doivent être mis en usage pendant longtemps et avec tout le soin imaginable. « Car, comme la cause de cette maladie, et de la plupart des maladies chroniques, a passé en habitude, et qu'elle est devenue, pour ainsi dire, une seconde nature, il n'y aurait pas de bon sens à croire qu'un changement léger et momentané, produit dans l'état du sang ou des humeurs par les remèdes ou le régime, pût suffire pour la guérison. Il faut, pour cet effet, renouveler la masse des humeurs, et en quelque façon, toute la machine. »

La vie molle et oisive qui rend les combustions organiques lentes, difficiles et imparfaites, tend à produire la diathèse

goutteuse, non moins sûrement que les causes précédentes, avec lesquelles elle s'associe d'ailleurs habituellement. Sydenham a encore tracé les règles à suivre à ce sujet. « De tous les moyens capables de prévenir l'indigestion des humeurs, qui est, selon moi, la cause primordiale de la goutte, et de donner de la vigueur au sang et de l'élasticité aux parties solides, il n'en est aucun qui égale l'exercice du corps. Mais comme dans la goutte, encore plus que dans toute autre maladie chronique, il est nécessaire, ainsi que je l'ai dit plus haut, de produire un changement dans toute l'habitude du corps, l'exercice doit être quotidien : car, s'il est interrompu, il ne servira de rien ou de très peu de chose ; il pourra même être nuisible, et attirer la goutte, surtout lorsqu'on le reprendra après avoir demeuré longtemps dans l'inaction. Il ne doit pas être violent, mais tel qu'il convient aux vieillards, car les vieillards sont les plus sujets à la goutte. Un exercice violent cause une trop grande dissipation, et par conséquent affaiblit les digestions, au lieu qu'un exercice modéré et constant les fortifie. L'exercice pris en bon air est beaucoup plus utile que celui que l'on prend dans un mauvais air. L'exercice pris à la campagne vaut mieux que celui que l'on prend dans les villes, et surtout dans les grandes villes, où l'air est étouffé et rempli de vapeurs nuisibles. Les goutteux sentiront bientôt la différence qu'il y a de s'exercer dans la ville ou à la campagne. »

Les affections morales tristes, l'extrême application à l'étude, contribuent aussi à affaiblir les forces de préparation et d'assimilation organiques. « La tranquillité de l'âme, dit Sydenham, est extrêmement nécessaire, et l'on ne doit rien oublier pour se la procurer ; car les passions, en troublant les esprits qui sont les instruments des digestions, contribuent beaucoup à augmenter la goutte. Ainsi le malade doit surtout éviter avec grand soin la colère et le chagrin. Il doit aussi éviter l'excès

d'étude et le trop d'application aux choses sérieuses, ce qui épuise les forces et dérange entièrement l'économie animale. »

Telles sont les principales règles de l'hygiène qui convient aux gouteux. Les vrais thérapeutistes de la goutte s'attachent surtout à l'observance de ces règles, et les tiennent pour la partie essentielle du traitement : « Il faut traiter la goutte dans l'intervalle des accès, et non dans les accès mêmes » (Sydenham); et le régime de vie suivi dans cet intervalle des accès est le remède efficace.

Cependant les attaques de goutte ne sauraient être entièrement évitées même par la plus sévère hygiène : « Les règles que nous avons établies sur le régime des gouteux, étant observées scrupuleusement, pourront bien les mettre à couvert des violents accès du mal, et procurer assez de vigueur au sang et de fermeté aux solides pour prévenir les accidents dangereux; mais elles n'empêcheront pas que la goutte ne revienne quelquefois, surtout à la fin de l'hiver. » (Sydenham.)

Quelle est la conduite à tenir pendant le cours d'une attaque? C'est la question importante qu'il nous reste à résoudre. Ici revenons aux enseignements que nous fournissent l'étude des symptômes, la marche, la terminaison, je dirai même les complications et les anomalies de l'accès de goutte; ces enseignements, Sydenham les a résumés en une phrase qui contient tout un monde de vérités : « C'est une loi essentielle et inviolable de la nature, que l'humeur gouteuse doit toujours être expulsée aux articulations. » Le clinicien doit donc favoriser la prise de possession articulaire de la goutte; il ne doit rien tenter qui puisse entraver le libre développement du mal sur les points qu'il doit occuper; et si, spontanément, ou sous une médication intempestive, la goutte tendait à abandonner prématurément les jointures, il faudrait user de tous les

moyens topiques ou internes pour la ramener à son lieu naturel d'élection vitale.

La thérapeutique de l'attaque de goutte me paraît découler sans peine de ces principes si simples. D'abord, ne rien faire qui puisse troubler l'attaque de goutte : ce premier précepte entraîne la proscription des émissions sanguines, des émétiques, des purgatifs, en un mot, de tous les moyens perturbateurs. Aussi Sydenham combat-il ces diverses médications ; il prouve qu'elles sont dangereuses, et qu'elles ne sauraient être utiles. Est-ce à dire qu'un gouteux ne devra jamais être saigné, ni purgé ? Si dès que des indications spéciales l'exigeront. Ainsi un gouteux a-t-il atteint un extrême degré de pléthore, et l'attaque gouteuse est-elle enrayée dans son développement par l'embarras pléthorique de l'organisme, il faudra saigner. Un gouteux, sous l'influence des conditions extérieures régnautes, ou d'écarts particuliers de régime, éprouve-t-il tous les symptômes de l'embarras gastrique, de la surcharge saburrale ou bilieuse, il faudra évacuer par les premières ou par les secondes voies. Mais dans ces deux cas, ce n'est pas la goutte que l'on traite par la saignée ou par les éméto-cathartiques, mais l'état pléthorique ou saburral.

L'attaque de goutte ne devra pas être davantage troublée par d'autres remèdes internes ou externes. Ainsi les narcotiques et les antispasmodiques doivent être habituellement rejetés, comme entravant l'activité du travail gouteux. Les diurétiques et les sudorifiques énergiques doivent également faire craindre qu'on ne détourne la goutte de ses voies naturelles ; et il est vraisemblable que les voies nouvelles que l'art veut ainsi ouvrir à cette activité morbide seront insuffisantes, et ne sauraient suppléer les voies que la nature lui a spécialement affectées. Dès lors, les jugements de la maladie seront imparfaits ; et

soit dans le moment présent, soit dans un avenir plus ou moins éloigné, cette intervention intempestive de l'art peut être l'occasion déterminante de métastases goutteuses, ou de gouttes anormales, qui mettent la vie en danger.

Les topiques répercussifs ou inutilement provocateurs sont pareillement à rejeter du traitement de l'attaque de podagre. Les inconvénients en sont trop évidents pour que je m'attache à les démontrer plus longuement. La seule chance qu'ils offrent, c'est de ne pas nuire, et que la goutte suive son cours sous leur action indifférente. Les seuls topiques que le clinicien consentira volontiers à recommander dans l'attaque régulière aiguë, ce sont les topiques émollients ou légèrement anodins, lesquels calmeront sans exagération les douleurs, et faciliteront l'évolution du travail morbide.

Enfin le régime, dans l'attaque de goutte articulaire aiguë, sera réglé selon l'état des fonctions digestives, et selon le mouvement fébrile qui accompagne l'attaque.

Restent les cas où la goutte, au lieu de s'éteindre sur les jointures par les crises successives et partielles dont parle Stoll, les abandonne prématurément et avant une bonne solution, et se porte métastatiquement sur les viscères ou autres parties de l'économie. L'indication dans ces cas-là est claire et pressante. Elle consiste, en premier lieu, à couvrir de topiques excitants les jointures primitivement affectées, pour rappeler le mal sur ces points où son développement est légitime, et l'y fixer, s'il est possible. On demeure souvent étonné de la merveilleuse efficacité de cet appel local, et de la rapidité avec laquelle s'évanouissent alors les plus formidables symptômes. En second lieu, il faudra, par l'usage interne de médicaments appropriés, combattre les funestes effets de la goutte ainsi transportée hors de son domaine naturel. Cette médication interne variera suivant les cas : les opiacés, les cordiaux et les alexipharmaques, les

excitants fixes et diffusibles, les toniques, seront à leur tour indiqués. Je ne peux m'attacher à déterminer ici les indications spéciales de chacun de ces remèdes ; ce serait quitter le terrain des faits généraux pour aborder celui des faits particuliers : ce que je dois éviter.

Tous les enseignements qui précèdent sont livrés par la nature des choses, par l'étiologie, les symptômes et la marche de la maladie. Irai-je, après cela, fouiller dans tout cet immense catalogue de spécifiques de la goutte, lequel commence à l'origine de l'histoire de la podagre pour se continuer jusqu'à nos jours, dont le nombre s'accroît sans cesse, et s'enrichissait dernièrement encore de nouvelles pilules et d'un nouveau sirop, pour lesquels les inventeurs inventaient aussi le mot *dialytique* (pilules dialytiques et sirop dialytique de MM. Socquet et Bonjean) ? Tous ces spécifiques, remèdes secrets ou publics, ont eu le même sort : célèbres et efficaces un jour ; oubliés et inertes le lendemain. Je dirai donc toujours avec Sydenham : « Si l'on m'objecte qu'il y a beaucoup de remèdes spécifiques contre cette maladie, j'avoue sincèrement qu'ils me sont inconnus ; et je crains fort que ceux qui les vantent ne soient aussi ignorants que moi. »

Il est pourtant une médication que je ne peux passer sous silence, et qui prétend s'adresser à la nature intime de la diathèse goutteuse : c'est la médication thermique par les eaux de Vichy. Je ne chercherai pas à résoudre cette question, si les eaux de Vichy agissent chimiquement dans la goutte, en neutralisant l'excès des acides et en aidant aux combustions (Ch. Petit) ; ou si elles exercent plutôt une action dynamique, réveillent les fonctions digestives, activent les sécrétions, et en particulier la sécrétion urinaire, raniment enfin les forces assimilatrices de l'économie (M. Durand-Fardel). Dans ce cas, les eaux de Vichy agiraient dans le même sens que le régime dont

nous avons plus haut exposé les conditions principales. A faire un choix exclusif, je serai, je l'avoue, disposé à accueillir ce second mode d'action de préférence à l'autre : mais peut-être faut-il les admettre tous les deux ; je ne vois pas pourquoi ils ne concorderaient pas, pourquoi même ils ne se prêteraient pas un mutuel appui. Quoi qu'il en soit, il reste à démontrer nettement, et cela importe, si dans quelques cas les eaux de Vichy n'agissent pas comme perturbatrices sur la constitution gouteuse, et si, s'opposant parfois à la libre manifestation articulaire de la goutte, sans pourtant déraciner entièrement la diathèse, elles ne peuvent pas imprimer une direction vicieuse à l'activité morbide, et rendre plus fréquentes les métastases gouteuses. Il faudrait aussi démontrer que les eaux de Vichy diminuent toujours la force et la fréquence des attaques de podagre, ce que les faits que j'ai observés ne m'ont pas encore suffisamment démontré. Je dois dire pourtant que les observations des médecins spécialement voués à la pratique des eaux minérales semblent attester, dans ce sens, l'efficacité réelle des eaux de Vichy.

J'ai essayé d'exposer l'ensemble des indications et de la thérapeutique propres à la goutte. J'apporterai pour conclusion une dernière parole de Sydenham : « La cure radicale et parfaite de la goutte est une de ces choses cachées dans les mystères de la nature, et je ne sais ni quand, ni par qui, elle sera découverte. »

TRAITEMENT DU RHUMATISME.

Le traitement du rhumatisme se compose de deux parties bien distinctes : traitement du rhumatisme articulaire aigu, traitement du rhumatisme articulaire chronique.

Le traitement diathésique n'occupe pas ici le premier rang, comme dans la podagre; l'attaque de goutte aiguë n'offre que des considérations presque secondaires aux yeux du clinicien; *c'est dans l'intervalle des accès que la goutte doit se traiter, et non dans l'accès même.* Pour le rhumatisme, il en est tout autrement: c'est l'attaque de rhumatisme aigu qui est importante à bien traiter; c'est de la convenance, de l'énergie, du choix du traitement de la maladie articulaire aiguë que dépend, pour le présent et pour l'avenir, la vraie solution du mal. La chronicité ne tient souvent qu'à la thérapeutique imparfaite appliquée à l'invasion première de la maladie.

Le plus souvent, d'ailleurs, le rhumatisme n'apparaît aux yeux du médecin que dans l'attaque de rhumatisme articulaire aigu; il ne préexiste pas, comme la goutte, à cette attaque, et souvent il ne lui survit pas. Il ne reste tout au plus alors qu'une prédisposition à cette affection sous l'action des causes occasionnelles. La diathèse rhumatismale ne se trahit dans bien des cas que par cette susceptibilité organique, ou que par cette disposition qui fait que sous l'action de telle ou telle influence, ce sera un rhumatisme qui éclatera au lieu de toute autre phlegmasie. Le traitement de cette diathèse devient dès lors à peu près nul; il se bornera à éviter avec le plus grand soin les causes occasionnelles, et en particulier le froid humide; à rechercher les expositions favorables pour l'habitation, c'est-à-dire le plein midi; à porter sur la peau des tissus de laine, de la flanelle, afin de la préserver, de la fortifier, d'en rétablir et activer les fonctions. Tels sont les soins qu'il faudra imposer à qui aura subi un rhumatisme articulaire aigu. Mais le traitement de ce dernier est indépendant de toutes ces considérations antécédentes; soit que la maladie éclate pour la première fois, et que les précautions hygiéniques ci-dessus indiquées n'aient pas été prises, parce que l'indication n'en existait pas; soit qu'elle

reparaissent malgré les soins appropriés. Dans tous les cas, on n'a sous les yeux qu'une maladie aiguë à traiter d'après les indications que présentent les maladies aiguës. Quant au rhumatisme articulaire chronique secondaire ou primitif, c'est une affection chronique qui présente à la thérapeutique une cause diathésique à éteindre, et la maladie articulaire à résoudre. On comprend que les traitements de ces deux formes de rhumatisme ne se joignent et ne se pénètrent pas mutuellement, comme se pénètrent le traitement de la goutte articulaire aiguë et celui de la goutte articulaire chronique : la cure des affections rhumatismales aiguës et chroniques reste distincte, comme les affections elles-mêmes auxquelles elle s'adresse.

J'aborde la thérapeutique spéciale du rhumatisme articulaire aigu. Les premières indications qui frappent le médecin sont celles que fournit la réaction fébrile, et tout le cortège de symptômes qui l'accompagne. La fièvre rhumatismale est, en effet, vive, intense, à allure franchement inflammatoire ; la peau est brûlante, la face animée et vultueuse, le pouls plein, large, vibrant, les urines foncées, la respiration accélérée, le sang fortement couenneux, et donnant à l'analyse une énorme augmentation de fibrine. Les jointures affectées sont tuméfiées, rouges, extrêmement douloureuses, ne peuvent supporter le plus léger attouchement. Tous ces symptômes, présentés le plus souvent par un sujet dans la force de l'âge, donnent pour inévitable indication, l'émission sanguine. Aussi de tout temps la saignée a joué un rôle important dans le traitement du rhumatisme articulaire aigu. Que nous voilà loin de la goutte ! La seule divergence presque qui se soit élevée entre les médecins, est relative au plus ou moins de hardiesse et de persistance qu'il faut apporter dans l'emploi des pertes de sang : les uns voulant juguler absolument le mal, l'éteindre sur place et le plus promptement possible ; les autres préférant le modérer seulement,

pourvoir aux plus pressantes indications, mais redoutant ce combat à outrance contre le développement morbide, et craignant moins la marche naturelle de la maladie.

A côté des émissions sanguines, les cliniciens ont institué d'autres médications inspirées, ou par le désir de satisfaire à certaines indications, ou par les effets thérapeutiques attribués à quelques médicaments. Parmi ces médications, les principales sont celles par l'opium, par le sulfate de quinine, par le nitrate de potasse, tous administrés à haute dose. La médication par l'opium a pour but de calmer les douleurs, et par suite l'inflammation articulaire, l'un des phénomènes majeurs de la maladie ; par là aussi on réagit favorablement sur la réaction fébrile, qui semble, le plus souvent, en rapport exact avec l'état des jointures. Ce traitement compte d'incontestables succès, et trouve surtout ses indications spéciales lorsqu'il s'adresse à des souffrances extrêmes, et à des organisations nerveuses, mobiles, à réactions excessives. De son côté, le sulfate de quinine à haute dose jouit dans le rhumatisme d'une action bien remarquable : il amène la sédation locale et souvent complète des douleurs articulaires, et en même temps apaise le mouvement fébrile, et en assure la solution plus promptement parfois que toute autre médication. Mais on ne doit jamais oublier, à propos de l'opium et du sulfate de quinine, que l'on manie là deux médicaments énergiques, et que l'action toxique est à côté de l'action thérapeutique ; et comme dans ces circonstances, leur emploi doit être prolongé et poussé à doses élevées, il faut tâter d'abord la susceptibilité médicamenteuse du malade, et redoubler de vigilance. Enfin le nitrate de potasse agit comme contre-stimulant, ainsi que le tartre stibié qu'administrant Laënnec dans le rhumatisme articulaire aigu. Ces médicaments tendent à modérer le mouvement fébrile et l'orgasme général, et par suite à amener la solution plus prompte de la maladie. Ces

diverses méthodes, combinées d'ailleurs avec des évacuations sanguines modérées, semblent avoir, sur l'emploi exclusif et très large de la saignée, l'avantage de ne pas débilitier outre mesure le malade, et de rendre ainsi les convalescences plus courtes, plus faciles et plus franches ; peut-être même exposent-elles moins aux métastases rhumatismales.

La diète sera plus rigoureuse que dans l'attaque de goutte, les boissons données en plus grande abondance. Le calme et le silence devront régner autour du malade, pendant le jour comme pendant la nuit ; car dans le rhumatisme articulaire aigu, la sédation du jour est peu manifeste, comparée surtout à la sédation diurne si marquée de l'attaque de goutte.

Telle est l'esquisse à grands traits de la thérapeutique du rhumatisme articulaire aigu ; on voit qu'il faut traiter le mal et le combattre dans ses manifestations diverses ; on n'a pas, vis-à-vis de lui, à garder ce respect presque scrupuleux dont on entoure l'attaque de podagre.

Mais le rhumatisme articulaire aigu offre de fréquentes et graves complications désignées souvent sous le nom de métastases rhumatismales. Le clinicien doit toujours être en éveil et épier leur présence. Dès qu'elle est avérée, de nouveaux devoirs thérapeutiques lui sont imposés. Le médecin n'a pas à espérer ici de ces succès heureux qu'il rencontre quelquefois dans la goutte. Le plus souvent les articulations supportent encore le mal, et la prétendue métastase rhumatismale n'est qu'une extension de la maladie. Dès lors on ne saurait appliquer aux jointures des topiques excitants, dans l'espoir de rappeler la manifestation articulaire, puisqu'elle existe toujours, et de déplacer ainsi l'affection redoutable qui envahit les sereuses. Mais, alors même que la métastase semble plus réelle et que les jointures sont subitement abandonnées par la fluxion rhumatismale, il y a bien peu d'espoir de ramener sur elles la

fluxion qui a émigré, et de soulager par là l'organe nouvellement saisi. C'est que la métastase rhumatismale aiguë n'offre, en général, pas la mobilité singulière de la métastase goutteuse. Elle est fixe, au contraire, et loin de ne frapper les organes d'aucune lésion matérielle appréciable, elle développe sur eux tout l'appareil anatomo-pathologique des inflammations aiguës. C'est donc une nouvelle maladie inflammatoire à traiter, et avec d'autant plus d'énergie, que l'organe compromis par elle est essentiel à la vie, et ne saurait sans péril supporter des désordres extrêmes. Le traitement consistera donc dans l'application des méthodes antiphlogistiques, mais dans une application mise en harmonie avec les conditions dans lesquelles se trouve le plus souvent placé le malade, plus ou moins épuisé par le traitement antérieur et par l'évolution morbide antécédente. Parfois même il faudra, dans cette lutte nouvelle, soutenir l'organisme par des médicaments excitants et diffusibles, afin qu'il ne succombe pas sous le poids morbide. Les dérivations locales auront aussi dans ces cas une grande importance, mais il les faudra énergiques et soutenues. Ainsi maniées, elles donneront souvent d'admirables résultats pratiques.

Reste enfin à établir la thérapeutique du rhumatisme articulaire chronique, consécutif ou primitif. Il faut d'abord examiner les conditions extérieures dans lesquelles vit le malade; rechercher si l'action du froid ou de l'humidité, ou la privation de lumière et de soleil, ne se rencontrent pas comme cause effective du mal; et dans l'affirmation, qui est le cas ordinaire, y remédier en plaçant le malade dans les conditions inverses. Puis on devra étudier les conditions de tempérament, innées ou acquises, du rhumatisant, afin de combattre celles de ces conditions qui s'allient si souvent au rhumatisme, l'entretiennent et le poussent à la chronicité. Les principales de ces conditions sont l'anémie, les états névropathiques et la constitution

scrofuleuse. Quand on aura constaté l'une ou l'autre de ces conditions organiques générales, le traitement devra d'abord s'y adresser. Seront indiquées alors les médications chalybées, toniques, reconstituantes, analeptiques, antiscrofuleuses, et une alimentation animale et substantielle, autant du moins que l'estomac le pourra supporter. Ces médications amèneront souvent la guérison de diathèses et de manifestations rhumatismales, qui fussent demeurées incurables si l'on n'eût attaqué la diathèse conjointe.

Cependant, même alors la guérison ne suit pas toujours, et la diathèse rhumatismale peut conserver son existence indépendante des autres diathèses auxquelles elle s'allie. En outre, la diathèse rhumatismale peut exister essentielle, sans alliance, et ses manifestations peuvent être primitivement chroniques, ou succéder à une manifestation aiguë ou subaiguë. Dans ces cas, la ressource presque unique est le recours à ces médications qui surexcitent vivement les fonctions de la peau, impressionnent l'organisme dans ses forces radicales, le modifient dans sa sensibilité spéciale et diathésique, de façon à vaincre les habitudes morbides et les sensations vicieuses. Telles sont la médication hydrothérapique et la médication par les eaux minérales thermales, surtout les eaux thermales sulfureuses. Il semblerait ici voir surgir un rapprochement entre le traitement de la goutte articulaire chronique par les eaux bicarbonatées sodiques, et le traitement du rhumatisme articulaire chronique par l'eau froide, ou par les eaux thermales salines ou sulfureuses. Mais le rapprochement n'est qu'apparent : car, chimique ou dynamique, l'action des eaux de Vichy est tout autre dans ses effets que l'action stimulante de l'hydrothérapie ou des eaux thermales. Les premières règlent surtout l'assimilation organique, les secondes raniment les fonctions cutanées, et annihilent au profit de ces fonctions le sourd travail articulaire. Le mode même

d'administration de ces eaux est différent ; les premières se donnent surtout en boisson, les secondes en bains et en douches. Ajoutons que l'on n'a jamais accusé la médication par les eaux thermales sulfureuses d'amener les rétrocessions funestes, les conversions morbides que provoquent parfois, dit-on, dans la goutte, les eaux de Vichy. Mais cela tient sans doute à la différence des maladies traitées par les unes et par les autres.

Ai-je besoin, en terminant, de faire ressortir davantage la séparation que l'étude des indications creuse encore entre la goutte et le rhumatisme ? On n'a pas à chercher, ce me semble, pour découvrir les dissemblances : elles sont partout ; en vain on voudrait trouver des rapprochements, en réalité ils n'apparaissent nulle part. Il ne nous reste qu'à justifier cette conclusion par une étude dernière, celle de la nature de ces deux maladies.

NATURE DE LA GOUTTE ET DU RHUMATISME.

Si, par tout ce qui précède, nous avons réussi à faire réellement comprendre comment, dans la goutte et dans le rhumatisme, l'étiologie, les symptômes, la marche, les complications morbides, spéciales, les altérations diverses des solides et des liquides, et enfin le caractère particulier des indications, établissent harmoniquement deux ordres bien tranchés d'affections, nous aurons réussi, en grande partie, à exposer la nature propre de ces maladies. Nous aurons d'autant mieux marché vers ce but, que nous ne nous serons pas adressé à un point isolé, mais successivement à tous les points principaux de ces affections ; à tous nous avons demandé ce qui constituait et distinguait nettement la goutte et le rhumatisme. En sorte que, de toutes ces notions acquises en chemin, a dû surgir inévitablement, et sous des formes variées, la notion de nature de l'une et de l'autre maladie. Nous allons pourtant la représenter dans ses caractères

essentiels, et pour mieux faire ressortir la séparation fondamentale que nous poursuivons toujours comme but, nous traiterons en commun, cette fois, de la goutte et du rhumatisme, sans avoir à craindre de jeter de la confusion dans cette étude, qui n'est plus une description, un ensemble à faire valoir, un tout à présenter dans son unité comme dans ses détails.

Si l'on veut bien se reporter à l'examen étiologique de la goutte, on sera frappé de ce trait commun qui relie des causes si diverses en apparence. Ces causes tendent toutes à pervertir les forces assimilatrices de l'économie. Une alimentation trop riche et trop abondante, l'excès des vins, l'abus des plaisirs vénériens, les habitudes oisives, le travail intellectuel trop prolongé, tout cela converge vers cette fin : troubler la vie assimilatrice, dénaturer la nutrition intime des tissus, et altérer par suite la constitution des liquides. La viciation de cet ordre d'actes vitaux peut être héréditairement transmise et éclater, à un moment donné, sans autre cause déterminante. Si, d'un autre côté, on envisage que cette perversion spéciale de la vitalité se traduit constamment par la production d'un excès d'acide urique et d'urates alcalins, on sera porté à placer dans cette production exagérée le caractère essentiel de la perversion vitale, de la diathèse morbigène. Et, en vérité, on peut légitimement établir ces rapprochements, cet enchaînement de causes et d'effets.

Maintenant, quelle est la signification de cette surabondance d'acide et de sels uriques? On sait que les matières azotées introduites dans l'organisme, après avoir parcouru le cercle des transformations organiques, des assimilations et désassimilations vitales, ont pour aboutissant dernier l'urée et l'acide urique, qui, le premier surtout, conduisent à l'élimination ces matières devenues impropres à l'entretien de la vie. On sait, en outre, que le degré le plus avancé d'oxydation que ces substances puissent atteindre est l'urée, et que l'acide urique est un pro-

duit imparfait de l'oxydation de ces substances. Dès lors on peut conclure que, sous l'influence de la diathèse goutteuse, les forces vitales ne conduisent plus à sa perfection dernière le travail des compositions organiques, que l'oxydation des matières azotées s'arrête avant son terme régulier, et que ces matières azotées se présentent en masse à l'élimination sous la forme d'acide urique et d'urates, et que ceux-ci, enfin, altèrent la crase des liquides par leur quantité inusitée. C'est là une théorie vraisemblable et bien en rapport avec l'observation des effets et la nature des causes.

Mais ce que le médecin doit placer au-dessus de ces résultats matériels et visibles des troubles de la chimie vivante, c'est le trouble premier de la vie, la perversion spéciale des forces organiques, de l'activité assimilatrice. Il faut s'habituer, avant tout, à voir dans l'excès urique, non la cause, mais le résultat de la goutte ; afin que l'on comprenne bien que la thérapeutique doit s'adresser, non à la présence de l'acide urique et des urates, mais aux troubles vitaux, à la cause pathogénique elle-même.

Comment se fait-il ensuite que ces perversions de la vitalité et de l'assimilation organique, avec les résultats qu'elles entraînent, l'excès d'acide urique, comment se fait-il que tout cela se traduise par une fluxion active sur les jointures avec dépôt sur elles de l'acide et des sels uriques ? C'est là le secret de la vie, et il n'y a d'autre réponse à donner que cette parole de Sydenham, que j'ai citée : « C'est une loi essentielle et inviolable de la nature, que l'humeur goutteuse doit toujours être expulsée aux articulations. »

Enfin, si l'on veut bien réfléchir à la portée des conseils hygiéniques et thérapeutiques que nous avons opposés à la goutte, on verra qu'ils sont en harmonie avec tout ce que nous venons de dire sur la nature présumable de cette maladie. Ces conseils tendent, non à remédier à l'excès de l'acide et du sel

uriques, ni à la manifestation articulaire locale, mais à modifier la diathèse pathogénique, que nous avons appelée, avec tout le monde médical, la diathèse goutteuse. Attaquer cette origine première de tous les désordres, c'est améliorer tout le reste. Les effets s'éteindront lorsque la cause qui les produit et les maintient sera elle-même éteinte. Tels ont été les principes qui nous ont toujours dominé dans l'histoire que nous avons tracée de la goutte, et ces principes dominent toute la pathologie et la médecine ; eux seuls peuvent donner une notion vraie sur la nature d'une maladie.

La théorie pathogénique du rhumatisme n'offre pas cette série de causes et d'effets que l'on saisit dans la goutte. Le rhumatisme n'est pas une affection constitutionnelle au même degré que la goutte. Les forces assimilatrices ne sont pas troublées par la prédisposition rhumatismale, et dans le rhumatisme chronique et véritablement diathésique, les forces d'assimilation ne sont atteintes que secondairement, quand elles le sont, et par la seule réaction de l'état morbide sur l'ensemble de l'économie. On ne saisit donc dans le rhumatisme articulaire aigu, comme élément général de maladie, que ce mode d'être de l'organisme qui domine les manifestations articulaires, les relie en un faisceau pour constituer une unité morbide, qui fait enfin que la maladie porte le nom de rhumatisme, au lieu d'être considérée comme une série d'arthrites indépendantes les unes des autres. Si maintenant on considère l'intensité et l'allure de la réaction générale, les phénomènes articulaires, et l'état fibrineux du sang, on sera inévitablement porté à rapprocher le rhumatisme articulaire aigu des maladies inflammatoires. Mais il n'en faudra pas moins reconnaître que le rhumatisme offre une modalité inflammatoire toute spéciale. La mobilité du travail phlegmasique, la rareté extrême de la production du pus dans les articulations enflammées, caractérisent

et spécialisent l'inflammation rhumatismale. Cette spécialisation doit être placée sous la dépendance immédiate de l'affection générale. Demandra-t-on quelle est cette sorte de modification générale de l'organisme, qui commande toutes ces manifestations locales et leur imprime un cachet si particulier ? Ce serait poser une question insoluble ; ce comment est ici impossible à pénétrer, comme il l'est dans la goutte, et dans toute maladie. Quelle est, en effet, dans la goutte, la nature du trouble vital des forces assimilatrices ? Nul ne le saura jamais. Arrivé à ce point culminant de ses recherches, le médecin ne doit pas tenter de monter plus haut, ni donner des explications qui seraient nécessairement fausses. Il doit se borner à observer, à poser comme fait premier et point de départ, la constatation de ces aberrations de la vitalité, et à y rattacher par un lien étroit les manifestations morbides. Nous n'avons que ce mode légitime de théoriser.

Nous voici arrivé à la fin de ce parallèle pathologique : il nous resterait à réfuter les objections portées contre la distinction radicale que nous avons soutenue, et les raisons données pour justifier l'identité que nous repoussons. Mais, à vrai dire, toutes ces objections, comme toutes ces raisons, trouvent déjà leur réponse dans le cours de notre travail, et les reprendre une à une serait nous condamner à de fastidieuses répétitions.

D'ailleurs la plupart de ces objections se résument en celle-ci : La goutte n'est autre qu'un rhumatisme développé sur des individus d'une constitution particulière, ou placés dans des conditions spéciales de santé, sous une véritable influence diathésique. Et la plupart des raisons se rangent sous celle-ci : Il y a entre la goutte et le rhumatisme des associations qui vont souvent jusqu'à une intime réunion ; et entre ces deux formes morbides, il y a de l'une à l'autre une dégradation successive qui défie toute séparation nette et fixe.

Toutes ces assertions nous paraissent seulement spécieuses et entièrement démenties par l'observation, par la saine critique des faits. Ainsi, en premier lieu, on admet deux états diathésiques différents pour la goutte et le rhumatisme, et on ne les identifie pas moins, sous prétexte de similitudes que tout pourtant vient démentir franchement, étiologie, symptômes, marche de la maladie, altérations anatomiques, indications thérapeutiques. D'ailleurs n'observe-t-on pas le rhumatisme sur des constitutions pléthoriques, à riche développement physique, et la goutte, surtout la goutte héréditaire, sur des constitutions d'apparence médiocre, sans que le rhumatisme dans ces cas apparaisse comme goutte, et la goutte comme rhumatisme? L'hérédité rhumatismale, quand elle existe, se peut-elle confondre avec l'hérédité de la podagre? Séparées donc jusque dans l'hérédité, et l'on voudrait les confondre!

Quant à ces prétendues et réciproques dégradations de la goutte au rhumatisme, où sont-elles? Non dans la saine observation des faits, mais seulement dans les idées préconçues de l'observateur. Le rhumatisme gouteux, qui est le type de ces dégradations imaginaires, n'est-il pas un rhumatisme nettement accusé, celui que nous avons décrit sous le nom de rhumatisme chronique primitif, ou, dans quelques cas, consécutif? Où donc se trouve cette association qui, selon nous, va contre la nature des choses et contre la véritable interprétation des faits morbides?

Nous concluons donc, sans hésitation, à la distinction absolue de la goutte et du rhumatisme. C'est là, croyons-nous, une vérité médicale incontestable, et que les progrès de notre science ne permettent plus de méconnaître.

FIN.

