

Bibliothèque numérique

medic@

**Malherbe, J. Benoît. - Des affections
viscérales dans la goutte et le
rhumatisme chronique**

1866.



(c) Bibliothèque interuniversitaire de médecine (Paris)
Adresse permanente : <http://www.bium.univ-paris5.fr/hist/med/medica/cote?TPAR1866x201>

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE,

Présentée et soutenue le 13 août 1866,

PAR J.-BENOIT MALHERBE,

né à Paray-le-Monial (Saône-et-Loire);

Ancien externe des hôpitaux de Lyon et de Paris.

DES AFFECTIONS VISCÉRALES

DANS LA GOUTTE ET LE RHUMATISME CHRONIQUE.

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.



PARIS

A. PARENT, IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE,

31 rue Monsieur-le-Prince, 31.

1866

FACULTE DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen, M. WURTZ.

Professeurs. MM.

Anatomie.	JARJAVAY.
Physiologie.	LONGET.
Physique médicale.	GAVARRET.
Chimie organique et chimie minérale.	WURTZ.
Histoire naturelle médicale.	BAILLON.
Pathologie et thérapeutique générales.	ANDRAL.
Pathologie médicale.	BEHIER.
	MONNERET.
Pathologie chirurgicale.	GOSELIN.
	RICHET.
Anatomie pathologique.	CRUVEILHIER.
Histologie.	ROBIN.
Opérations et appareils.	DENONVILLIERS.
Pharmacologie.	REGNAULD.
Thérapeutique et matière médicale.	TROUSSEAU.
Hygiène.	BOUCHARDAT.
Médecine légale.	TARDIEU.
Accouchements, maladies des femmes en couches et des enfants nouveau-nés.	PAJOT.
Clinique médicale.	BOUILLAUD.
	PIORRY.
	GRISOLLE.
Clinique chirurgicale.	N. GUILLOT.
	VELPEAU.
	LAUGIER.
	NÉLATON.
Clinique d'accouchements.	JOBERT DE LAMBALLE.
	DEPAUL.

Doyen hon. M. le Baron PAUL DUBOIS — Prof. hon., MM. CLOQUET et ROSTAN.

Agrégés en exercice.

MM. BUCQUOY.	MM. GUYON.	MM. LEFORT.	MM. POTAIN.
CHARCOT.	HOUEL.	LORAIN.	RACLE.
DESPLATS.	JACCOUD.	LUTZ.	RAYNAUD.
DESPRÉS.	JOULIN.	NAQUET.	SÉE.
DE SEYNÈS.	LABBE (LÉON).	PANAS.	TARNIER.
DOLBEAU.	LABOULBENÉ.	PARROT.	VULPIAN.
FOURNIER.	LIEGEOIS.		

Agrégés libres chargés de cours complémentaires.

Cours clinique des maladies de la peau.	MM. HARDY.
— des maladies des enfants.	ROGER.
— des maladies mentales et nerveuses.	LASÈGUE.
— de l'ophtalmologie	FOUCHER.

Chef des travaux anatomiques, M. SAPPEY, agrégé hors cadre.

Examineurs de la thèse.

MM. BAILLON, président; LAUGIER, CHARCOT, JOULIN.

M. FORGET, Secrétaire.

par délibération du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON GRAND-PÈRE

LE D^r MALHERBE

M. CHARCOT

Professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Paris,
Médecin de l'Hospice de la Salpêtrière,
Chevalier de la Légion d'honneur, etc.

A MON PÈRE, A MA MÈRE

M. GUBLER

A MA SOEUR ET A MON BEAU-FRÈRE

Membre de l'Académie Impériale de Médecine,
Chevalier de la Légion d'honneur.

A MES ONCLES, A MES TANTES.

AFFECTIONS VISCÉRALES

A MES MAÎTRES DANS LES HÔPITAUX DE PARIS :

: MES PREMIERS MAÎTRES DANS LES HÔPITAUX DE LYON :

M. CHARCOT

Professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Paris,
Médecin de l'hospice de la Salpêtrière,
Chevalier de la Légion d'honneur, etc.

M. GUBLER

Professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Paris,
Médecin de l'hôpital Beaujon,
Membre de l'Académie impériale de Médecine,
Chevalier de la Légion d'honneur.

A MES PREMIERS MAITRES DANS LES HOPITAUX DE LYON :

M. CHARCOT

M. DESGRANGES

Ex-chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu de Lyon,
Professeur à l'école de médecine de Lyon.

M. SOCQUET

Médecin de l'hôpital de la Charité (Lyon),
Professeur à l'école de médecine de Lyon.

DES

AFFECTIONS VISCÉRALES

DANS

LA GOUTTE ET LE RHUMATISME CHRONIQUE

Établir entre la goutte et le rhumatisme chronique un parallèle complet et détaillé; montrer les quelques points qui les rapprochent et ceux beaucoup plus nombreux et plus capitaux qui les différencient, ce serait faire en entier l'histoire de ces deux maladies.

Un pareil travail, en effet, devrait embrasser l'étude comparative de leurs causes, de leur pathologie historique, des altérations anato-mo-pathologiques qu'elles impriment dans les tissus qui en ont été le siège, de leurs symptômes arthropathiques et autres, de leur pronostic et des différentes médications instituées pour les combattre.

Il faudrait indiquer encore ce qu'elles ont de commun ou de dissemblable avec d'autres maladies, et en particulier certaines arthropathies chroniques. Une telle étude eût été une tâche trop au-dessus de nos forces pour que la pensée nous vînt de l'entreprendre. Sans parler des connaissances assurément bien insuffisantes, dont nous pourrions disposer pour cela, la nature même du travail que nous présentons nous impose des bornes, relativement trop restreintes, pour pouvoir y concentrer tout ce que comporterait une pareille étude.

Nous avons donc préféré n'envisager la question que sous un de ses aspects, afin de donner aux considérations dont il sera l'objet un plus grand développement.

Les affections viscérales dans la goutte et le rhumatisme chronique, tel est, dans le parallèle que nous indiquions tout à l'heure, le côté que nous nous proposons d'étudier.

Mais avant de remplir le cadre que nous nous sommes tracé, nous prions nos juges de se montrer pleins d'indulgence pour notre bon vouloir et notre jeune expérience.

Qu'il nous soit aussi permis de rendre ici un public hommage à la complaisance sans bornes qu'a mise notre maître, M. Charcot, à nous aider dans le cours de nos études, et en particulier dans la composition de ce travail. C'est en effet à ses conseils et aux savantes leçons qu'il vient de professer à l'hospice de la Salpêtrière, que nous sommes redevable de tout ce que notre thèse pourra présenter d'intéressant.

La *goutte* est une maladie constitutionnelle ; son origine est souvent dans l'hérédité, et son caractère le plus saillant réside dans un excès d'acide urique dans le sang. Cet état dycrasique est la cause des arthropathies ; mais ses manifestations s'étendent aussi sur les viscères ; de là des troubles fonctionnels et organiques.

Les affections viscérales dans la goutte peuvent se présenter sous deux types :

1^{er} type. Elles apparaissent brusquement ; le danger est imminent, mais passager ; et elles ne donnent lieu qu'à des troubles fonctionnels : gastralgie, cardialgie, palpitations, etc.

A ce type se rattachent les accidents décrits sous les noms de *goutte rétrocedée* et de *goutte larvée*.

Un individu est atteint de goutte au gros orteil : accablé par la douleur, ou cédant à des conseils d'empiriques et de médocastres, il trempe son pied dans l'eau froide, abuse des répercussifs ; aussitôt

les phénomènes articulaires s'apaisent, mais il est pris en même temps de douleurs violentes dans la région de l'estomac. Le médecin, appelé en toute hâte, s'empresse d'appliquer un sinapisme qui ramène l'accès de goutte à son siège régulier, et les symptômes gastriques disparaissent : voilà un exemple de *goutte rétrocedée*.

Les mêmes phénomènes peuvent d'ailleurs se présenter spontanément, ce sera encore de la récession. Dans celle-ci, l'affection viscérale tient lieu momentanément de l'affection articulaire ; elle la remplace, la supplée et en affecte les allures et le caractère.

Les choses peuvent se passer dans un ordre inverse : ainsi un individu est tourmenté, depuis plus ou moins longtemps, par des palpitations violentes, des céphalées, des gastralgies insupportables, des migraines, des vertiges, qui vont quelquefois jusqu'à l'épilepsie ; tout à coup, spontanément, ou sous l'influence d'une cause en apparence insignifiante, un accès de goutte se déclare au gros orteil et fait cesser tous les troubles précédents : c'est là ce qu'il faut entendre par *goutte larvée*.

Mais faut-il admettre une goutte larvée en dehors de toute manifestation articulaire ? A cet égard, nous pensons que le doute est au moins permis, pour les cas du moins où un excès d'acide urique dans le sang n'est pas trouvé concomitant des affections viscérales. Pour s'éclairer sur ce dernier point, on aura recours avec avantage au procédé de Garrod, que nous exposerons ultérieurement.

2^e type. Les affections dont nous entendons parler ici sont presque toujours consécutives à celles du 1^{er} type ; elles se développent lentement, sourdement ; mais elles sont permanentes. Les plus remarquables d'entre elles sont la *dégénération graisseuse des fibres musculaires du cœur* et une forme spéciale d'albuminurie, la *néphrite goutteuse*. Elles donnent lieu à des troubles organiques ; mais il n'est pas rare de voir persister alors les troubles fonctionnels dont nous avons parlé plus haut.

Le rhumatisme articulaire chronique n'est pas entré depuis très-

longtemps dans le domaine de la pathologie comme espèce nosologique bien déterminée. C'est à Sydenham (1) que revient l'honneur de l'avoir le premier distingué de la goutte. Plus tard, en 1805, le D^r John Haygarth (2) en donne une description exacte et détaillée. Nous renvoyons d'ailleurs, pour l'historique et la bibliographie du rhumatisme chronique à la thèse de M. Plaisance, où l'on trouvera sur ce sujet tous les renseignements désirables (3).

Il ne faudrait pas conclure toutefois, de la date récente des premiers écrits sur le rhumatisme articulaire chronique, à son apparition moderne. Si nous ne trouvons dans les ouvrages anciens presque aucun document sur la matière, cela vient de la confusion dans laquelle les auteurs, jusqu'à Baillou, confondaient sous le nom d'*arthritis* toutes les affections articulaires que nous avons appris à distinguer. Le rhumatisme articulaire chronique est une maladie ancienne, et nous ne voulons, pour preuve de cette assertion, qu'un fait que nous trouvons consigné dans la thèse de M. Plaisance. (*op. cit.*). Il s'agit d'ossements humains mis à découvert par les travaux de fouilles entrepris sur le sol de Pompéi. Un certain nombre, en effet, de ces ossements, dispersés aujourd'hui dans divers musées de Naples, portent les traces irrécusables d'altérations pathologiques que l'on ne peut rapporter qu'au rhumatisme articulaire chronique. M. le D^r Delle Chiage, de Naples, en a donné des descriptions et des planches qui ne peuvent laisser aucun doute à cet égard (4) : « Ce sont là, ajoute M. Plaisance, des monuments qui témoignent de l'antiquité du rhumatisme articulaire chronique, mieux encore que ne le pourraient faire les quelques passages, plus

(1) *Opera medica* t. I, p. 160; Genève, 1757.

(2) *A clinical history of diseases of the joints.*

(3) *Études sur le rhumatisme articulaire chronique primitif* Thèse de Paris, 1858.

(4) *Cenno notomico-patologico sulle ossa umane scavate in Pompei*, 1853, *Miscellanea anatomico-pathologica*, t. II, pl. LXXXIII, fig. 6, 7, 8; Napoli, 1857.

ou moins équivoques, tirés des auteurs anciens, et que l'on pourrait invoquer ici. »

Quoi qu'il en soit de l'ancienneté plus ou moins reculée de la maladie, toujours est-il, comme nous l'avons dit, qu'elle n'a commencé à être connue et étudiée que depuis fort peu de temps; et aujourd'hui encore, est-il des auteurs qui se refusent à la regarder comme une espèce nosologique déterminée et distincte de la goutte.

A cause de cela, et avant de parler des affections viscérales qui s'y rattachent, nous croyons bien faire en exposant très-brièvement ce que nous entendons par rhumatisme chronique.

Nous dirons, avec M. Trousseau, que « le rhumatisme chronique est une maladie essentiellement diathésique, se transmettant par voie d'hérédité, pouvant aussi, comme la goutte d'ailleurs, être acquise par l'individu, et susceptible de revêtir des manifestations très-différentes les unes des autres » (1).

A cette définition de l'éminent professeur, que nous venons de citer, nous ferons cependant une remarque: c'est que si l'hérédité est un caractère très-souvent observé dans la forme du rhumatisme chronique connue sous le nom de rhumatisme d'Heberden, il n'en est plus de même dans les autres formes de la maladie. Du moins ne nous a-t-il été donné que très-rarement de le retrouver dans les nombreuses observations recueillies par M. Charcot à l'hospice de la Salpêtrière, et qui ont été mises à notre disposition avec une complaisance dont nous ne serions être trop reconnaissant.

Nous admettons, dans la maladie dont nous parlons, trois variétés :

1° Le *rhumatisme articulaire chronique progressif*. — Cette expression, proposée par M. Charcot, répond à ce qu'on a décrit sous les noms de *rhumatisme noueux*, *rhumatisme goutteux*, *rhumatisme articulaire chronique primitif*. Cette variété est le plus ordinaire-

(1) *Cliniques de l'Hôtel-Dieu*, t. II, p. 730, 1863.

ment primitive; quelquefois cependant elle succède au rhumatisme articulaire aigu ou subaigu.

2° Le *rhumatisme articulaire chronique partiel* (arthrite sèche des auteurs). — Le type du genre est présenté par le *morbis coxæ senilis*.

Il a été surtout étudié en chirurgie.

3° Le *rhumatisme d'Heberden* (1) ou nodosités des phalanges. — On retrouve souvent cette forme associée aux deux autres.

Ces trois variétés, nous insistons sur ce point, ne constituent nullement des espèces morbides de nature différente. M. Ball (2) exprime la même opinion, et en cela il reproduit les idées du D^r Adams, idées qui, longtemps abandonnées, furent reprises et démontrées par M. Charcot.

De ces trois variétés, et c'est pour cela que nous avons tenu à les bien établir, celle qui donne lieu le plus souvent à des manifestations viscérales est sans contredit la première, celle que nous avons appelée, avec M. Charcot, rhumatisme articulaire chronique progressif. La seconde variété (arthrite sèche des auteurs) en présente rarement. Il en est de même du rhumatisme d'Heberden; dans celle-ci cependant on a remarqué souvent des névralgies.

Dans aucune de ces trois formes, pas même dans la première, il ne faut s'attendre, d'une manière générale, à retrouver les affections viscérales avec les caractères que nous avons dit leur appartenir dans la goutte. Ici les phénomènes de métastase, de rétrocession soudaine, sont au moins problématiques. Il est plus rare également de constater, entre les affections articulaires et les manifestations viscérales, cette alternance marquée qui se voit dans la goutte.

(1) *Commentarii de morborum historia, etc.*; Francfort, 1804.

(2) *Du rhumatisme viscéral*. Thèse pour l'agrégation, p. 119; Paris, 1866. (1)

Nous allons maintenant passer en revue successivement les différents appareils de l'économie, afin de rechercher dans chacun d'eux les affections qu'y peuvent déterminer le rhumatisme chronique et la goutte.

I

APPAREIL CIRCULATOIRE.

1° Cœur.

Les affections cardiaques ne se montrent pas, à beaucoup près, aussi souvent dans la forme chronique que dans la forme aiguë du rhumatisme ; cependant on ne doit pas les regarder comme exceptionnelles ; elles sont même, croyons-nous, plus fréquentes qu'on ne le dit généralement. C'est ainsi que M. Cornil (1), sur neuf autopsies, a trouvé quatre fois des traces non douteuses de péricardite. Les lésions observées se rapportaient dans deux cas à la péricardite aiguë, et dans les deux autres à la péricardite chronique. C'est là assurément une proportion fort considérable, près de la moitié, et, à ne nous en tenir qu'à ce seul document, la proposition que nous émettions il y a un instant, à savoir : la rareté plus grande des accidents cardiaques, dans le rhumatisme chronique que dans le rhumatisme aigu, serait loin d'être démontrée. Nous voyons en effet, dans la thèse de M. Ball (*op. cit.*, p. 11), qu'il ne faut pas admettre la coïncidence pour plus du quart des cas dans le rhumatisme aigu ; mais nous savons, d'autre part, que sur 41 malades atteints de rhumatisme chronique, M. Charcot (2) n'en a ren-

(1) *Mémoire sur les coïncidences pathologiques du rhumatisme chronique*, Comptes rendus de la Société de biologie, t. I de la 4^e série, 1864.

(2) *Études pour servir à l'histoire de l'affection décrite sous les noms de goutte asthénique primitive, nodosités des jointures, etc.*; Paris, mars 1853.

contré que 2 qui présentassent à l'auscultation et à la percussion des signes évidents d'affection du cœur. Chez la première, âgée de 60 ans, il y avait altération de la valvule mitrale avec hypertrophie; chez la seconde, âgée de 49 ans, simple hypertrophie, bruits normaux. Le D^r Stokes (1) a également constaté, ainsi que l'avait déjà fait le D^r Adams, que même dans les cas où un grand nombre de jointures sont prises dans un court espace de temps, le cœur reste habituellement exempt d'altérations. Depuis l'époque où il publia sa thèse, M. Charcot, dont l'attention était portée sur ce point spécial, a eu trois fois l'occasion de constater des péricardites chez des femmes atteintes de rhumatisme chronique.

Romberg (2) en a également cité quelques cas. M. Trastour (3), sur 28 malades de la Salpêtrière, soigneusement examinées par lui, a rencontré trois fois des altérations organiques aux orifices du cœur.

Il y a loin sans doute de ces chiffres, à ceux que nous trouvons consignés dans le mémoire de M. Cornil; aussi croyons-nous que ce consciencieux observateur a eu, si nous pouvons ainsi dire, la main heureuse dans ses autopsies. Du reste, les faits qu'il rapporte auront l'avantage d'enlever tous les doutes sur l'existence des affections cardiaques liées à la maladie qui nous occupe, et partant d'exciter à les chercher avec plus de soin et de persévérance; ils contribueront également à prouver qu'entre le rhumatisme chronique et le rhumatisme aigu il y a, sous ce rapport-là, comme sous beaucoup d'autres, une remarquable analogie.

Quoi qu'il en soit de la fréquence plus ou moins considérable des maladies du cœur dans le rhumatisme chronique, il faut bien savoir qu'elles peuvent se montrer ou consécutivement à l'arthro-

(1) *Diseases of the heart*, p. 46; Dublin, 1855.

(2) *Klinische Wahrnehmungen*, t. I, p. 16, et t. II, p. 101.

(3) *Du rhumatisme goutteux chez la femme*, p. 35; Paris, 1853.

pathie chronique, et alors le doute n'est plus possible quant à l'influence de celle-ci sur leur développement, ou bien apparaît avant elle. Dans ce dernier cas, c'est le plus souvent, d'après M. Ball (*op. cit.*, p. 120), pendant l'accès aigu qui a précédé le rhumatisme chronique, que les altérations cardiaques ont pris naissance; et ce serait là, ajoute cet auteur, leur origine la plus fréquente.

Pour nous résumer, disons qu'en premier lieu la *péricardite*, en second lieu l'*endocardite* et les *lésions valvulaires*, telles sont les altérations cardiaques que le rhumatisme chronique tient sous sa dépendance.

Nous donnons ici quelques observations de rhumatisme articulaire chronique avec affection du centre circulatoire (obs. 1, 2, 3, 4).

OBSERVATION 1^{re}.

(Observation communiquée à M. Charcot, par M. le Dr Mauriac.)

Rhumatisme chronique; péricardite; catarrhe pulmonaire.

C....., âgée de 71 ans, entrée le 11 mars 1866, infirmerie n° 20, hospice des Ménages.

Avant l'âge de la ménopause, n'eut jamais aucune maladie sérieuse. Depuis cette époque, il est survenu des douleurs chroniques dans les articulations, principalement dans celles des mains; ces douleurs, accompagnées de gonflement, à force de se renouveler, ont entraîné peu à peu une déformation des doigts et de la main, caractéristique du rhumatisme chronique.

Un peu plus tard, il s'établit peu à peu un état catarrhale des bronches, s'exagérant surtout pendant l'hiver, sans dyspnée bien grande, sans palpitations ni aucun des symptômes généraux des maladies du cœur.

Dans ces derniers temps, la malade éprouvait une gêne très-modérée de la respiration, elle mouchait et crachait beaucoup, mais jouissait d'une santé relativement bonne; quand, il y quatre ou cinq jours, sans cause appréciable, l'expectoration s'est supprimée, la dyspnée s'est considérablement accrue, la toux est devenue plus fréquente, et une gêne très-grande accompagnée d'un peu de douleur dans le côté droit, s'est montrée d'une manière continue; mais du reste, aucune palpitation, aucun trouble fonctionnel du côté du cœur. Transpiration abondante, non suivie de soulagement. L'état des articulations est resté le même.

État actuel, 14 mars 1866. 88 pulsations; pouls petit, faible, mais régulier; 32 inspirations; respiration anxieuse et accompagnée d'une gêne douloureuse dans les grands mouvements respiratoires; aucune gêne de la circulation veineuse; les veines du cou ne sont le siège d'aucune récurrence; toux sèche, quinteuse, sans expectoration ou avec crachats très-difficiles à arracher; sonorité normale des deux côtés, en avant et en arrière; murmure vésiculaire sec, rude, sans râles humides, avec quelque sibilance très-discrète des deux côtés. Matité de la région précordiale très-peu augmentée; la pointe bat dans le septième espace intercostal, en dedans du mamelon; les deux claquements sont perceptibles à la main; pas de frémissement cataire. A l'auscultation, bruit de frottement péricardique ayant son summum à la pointe, entre le mamelon et l'estomac, plus prononcé à droite qu'à gauche, très-rude et râpeux dans toute la moitié inférieure du sternum, où il masque les deux claquements valvulaires. Le premier bruit est un peu sourd et ronflant, le second ne présente aucune altération. Rien à la région aortique; pas d'engorgement des viscères des hypochondres; pas d'œdème ni d'ascite. Grande maigreur; état général de faiblesse et d'anxiété, se traduisant par un aspect crispé de la face; respiration s'accélérait d'une manière très-notable au moindre mouvement; pas d'appétit, soif vive.

Le 22. Pouls à 68, normal, régulier; respiration 24, calme; toux grasse accompagnée d'une abondante expectoration séro-muqueuse; plus de malaise douloureux à la région précordiale; physionomie meilleure; état général plus satisfaisant; appétit.

Le bruit péricardique a complètement disparu; il y a trois jours il existait encore un léger frottement à la pointe du cœur. L'impulsion est normale, sans frémissement; la matité pas augmentée; bruits du cœur normaux, sans souffle; pas d'infiltration séreuse des extrémités inférieures; râle muqueux et sous-crépissant des deux côtés de la poitrine.

7 avril. Pouls normal comme force et comme rythme; aucune trace de bruit morbide dans le péricarde; les deux bruits ont leurs caractères normaux. Depuis deux ou trois jours, *les douleurs dans les jointures sont devenues plus intenses sans qu'il y ait ni rougeur ni gonflement. La déformation des mains paraît augmentée.* Transpiration abondante; grande maigreur; état cachectique, expectoration mucoso-aérée copieuse; pas de râles dans la poitrine.

Le grand-père de la malade avait une affection rhumatismale avec déformation des jointures; ni son père, ni sa mère, ni ses frères n'ont présenté rien de semblable; ni troubles de la circulation veineuse, ni troubles encéphaliques.

La malade a rendu plusieurs fois du sable dans les urines.

Le 18. Des phénomènes inflammatoires subaigus, caractérisés par gonflemen

et rougeur, ont apparu depuis deux ou trois jours dans les articulations malades, sans fièvre ni altération notable de la santé générale. Pas trace de péricardite. Le cœur présente quelques intermittences, une impulsion un peu exagérée et un roufflement plutôt qu'un bruit de souffle systolique et sous-mammaire.

3 mai. L'état s'étant amendé peu à peu, la malade sort avec les jointures encore douloureuses, mais sans aucun bruit anormal au cœur ni dans le péricarde.

OBSERVATION II.

Lumbago ; affection cardiaque ; rhumatisme articulaire aigu avec tendance à passer à l'état chronique

M. . . , concierge, âgée de 65 ans, salle Saint-Jacques, n° 8, hospice de la Salpêtrière, service de M. le D^r Charcot.

La malade n'a connu aucune personne de sa famille qui fût atteinte de rhumatismes. Son père et sa mère ont toujours joui d'une très-belle santé; tous deux sont morts d'accidents.

Dans sa jeunesse elle n'a jamais eu ni gourmes, ni glandes au cou, ni maux d'yeux, ni croûtes dans les cheveux, ni migraines.

Réglée à 12 ans; menstruation très-régulière; ménopause à 38 ans. Elle était concierge. L'habitation qu'elle occupa pendant deux ans, de 1850 à 1852, était très-malsaine; la couverture de son lit était trouvée humide chaque matin; les murs suintaient constamment. Elle a eu son mari malade pendant cinq ans; s'est beaucoup fatiguée. Sa santé a toujours été excellente jusqu'à l'âge de 58 ans.

A cette époque, elle est prise subitement d'un *lumbago* très-violent. La douleur était telle que la malade se vit condamnée à garder le lit pendant plus d'un septénaire.

Depuis ce temps jusqu'à l'âge de 62 ans, sa santé fut excellente; mais, à partir de ce moment, c'est-à-dire depuis trois ans environ, elle a été souffrante, tousait, crachottait, n'était pas oppressée, n'avait pas de palpitations, n'a jamais craché le sang; elle maigrissait.

Au bout d'un an, elle est prise de suffocation qui la retient au lit; elle reste alitée près de six mois, ayant de la peine à respirer, restant assise sur son lit. Elle n'avait jamais eu de rhumatisme articulaire. Depuis cette époque, la malade reste sujette à l'*oppression* et à la *toux*.

Elle entre dans le service le 10 avril 1866, et on constate l'état suivant: Matité précordiale, environ 7 centimètres verticalement, 5 centimètres horizontalement. La pointe du cœur bat dans le septième espace intercostal, en dehors de

la ligne du mamelon. Battements du cœur irréguliers. Bruit de souffle double au premier et au deuxième temps; maximum à la base. Au-dessous de la base, le deuxième souffle est plus fort que le premier; au-dessus, le premier souffle est plus fort que le deuxième. Ces souffles s'entendent dans les artères du cou; on ne les entend plus dans la crurale. L'oppression est peu considérable; le pouls est bondissant, bat 100 pulsations à la minute. La malade n'a jamais craché de sang, n'a jamais eu d'œdème de la face ni des extrémités. Toux habituelle, peu fréquente, non quinteuse; expectoration muqueuse avec quelques crachats purulents moulés sur les petites bronches. Sonorité de la poitrine à peu près normale, non exagérée. Pas d'expiration prolongée; inspiration un peu rude sous les clavicules; râles fins disséminés dans les deux poumons, surtout à gauche. De ce côté ils présentent, dans la fosse sus-épineuse et en arrière, vers le milieu de la poitrine, le caractère des craquements. La malade est constipée, elle se plaint de coliques et de maux d'estomac.

7 avril. Ce matin on n'entend plus les râles sous-crépitants, qui hier avaient le caractère de craquements dans le poumon gauche; urines non albumineuses.

Le 19. La malade dit que depuis une quinzaine elle éprouve dans le genou droit de petites douleurs. Depuis trois jours ces douleurs ont augmenté et l'empêchent de dormir et de marcher. Il y a un peu de gonflement sans rougeur, un peu de liquide dans la synoviale, pas de craquements ou froissements. Le genou droit est plus chaud que l'autre; pas la moindre douleur dans les autres jointures. Le pouls est à 80; l'appétit un peu diminué.

Le 24. Douleurs du genou très-vives; il est chaud, tuméfié; il y a du liquide dans la jointure. En outre, sur le poignet gauche, rougeur, gonflement des articulations du carpe et du métacarpe. Anorexie. Pas de douleurs dans les autres jointures; pas de frissons, pas de sueurs; urines non albumineuses.

2 juin. L'état de la malade est jusqu'ici resté à peu près le même; le genou droit toujours un peu tuméfié et douloureux. Depuis deux jours, le dos de la main, de nouveau rouge, est douloureux, tuméfié, sensible à la pression.

Ainsi les choses ont persisté à peu près dans le *statu quo* pendant tout le mois de mai, le genou seul gonflé et le dos de la main de temps à autre un peu rouge et douloureux. Un jour, s'étant levée pour aller à la baraque: vives douleurs dans le genou; tout à coup état grave, vomissements, diarrhée, anxiétés on a cru qu'elle allait mourir, puis tout s'est rétabli.

Le 4. Depuis quelque temps la malade a maigri et n'a plus d'appétit; les urines, très-colorées et sans albumine, ne laissent pas déposer de sédiments, mais prennent une coloration très-foncée par l'acide nitrique.

On pourrait peut-être nous objecter que cette observation est un peu en dehors de notre sujet, la malade qui en fait l'objet ayant été atteinte de rhumatisme aigu; mais nous ferons remarquer que cette femme, que nous avons vue il y a quelques jours encore, présente maintenant dans l'articulation du genou et celle du poignet tous les caractères du rhumatisme articulaire chronique partiel. On sait d'ailleurs qu'il n'est pas rare de voir cette forme du rhumatisme succéder à la forme aiguë. Ce qui nous a paru, du reste, le plus intéressant dans cette observation, ce qui nous a surtout engagé à la reproduire ici, c'est la série des phénomènes morbides qu'a présentés la malade: d'abord un *lumbago*, puis la *maladie du cœur*, et enfin l'*arthropathie*; trois affections survenues sous l'influence de la même cause, le froid humide, et que nous croyons de même nature, c'est-à-dire rhumatismale.

OBSERVATION III.

(Observation communiquée à M. Charcot par M. E. Martel.)

Rhumatisme nouveau chez un enfant de 10 ans.

L...., âgé de 10 ans, salle Saint-Benjamin, n° 7, hôpital Sainte-Eugénie, service de M. le Dr Barthez.

Dans la famille du petit malade, grands revers de fortune, puis misère et privations; d'ailleurs aucun antécédent rhumatismal.

Santé habituelle assez bonne jusqu'au mois de septembre 1860. A cette époque, il eut une attaque de rhumatisme articulaire aigu provoquée par un sommeil prolongé pendant plusieurs heures sur l'herbe dans un endroit humide, après s'être mis en sueur. Il guérit de son rhumatisme articulaire, *mais le gonflement des jointures a persisté.*

Au moment de son entrée (le 18 mars 1861), les genoux, les pieds et les mains sont déformés, le cou est immobile.

L'enfant n'a jamais présenté aucun signe rationnel de maladie du cœur.

A l'auscultation, on constate seulement un *léger frottement péricardique très-doux aux deux temps*. Il n'y a aucun signe de maladie des poumons; la respiration est pure sous les clavicules; l'auscultation ne peut être pratiquée en arrière.

Depuis l'époque de son entrée jusqu'en 1863, le malade fut soumis à divers

modes de traitement : teinture de colchique, bains sulfureux, arsenicaux, douches de vapeurs, teinture d'iode, etc.; le tout sans grand profit. Pendant ce laps de temps, il a présenté à plusieurs reprises une diarrhée très-rebelle.

Le 15 janvier 1863 on constate l'état suivant : Le malade se trouve assez bien, sans fièvre, ne transpire plus actuellement, pendant le sommeil, comme cela lui arrivait il y a peu de temps encore. Mange assez bien; un peu de diarrhée rare. Face pâle et bouffie; caractère calme et gai.

Membres supérieurs. Les épaules sont libres et n'ont jamais été malades. Rigidité non douloureuse du cou. Coude gauche : extension complète impossible flexion libre, mouvements non douloureux.

Tuméfaction notable, fusiforme, sans rougeur, mais avec développement des veines sous-cutanées, fluctuante en arrière au niveau de la tête du radius et au-dessus de l'olécrâne; craquement dans l'article; saillie des muscles fléchisseurs rétractés.

Le poignet droit en flexion habituelle, à angle presque droit. Les mouvements volontaires et communiqués incomplets, mais non douloureux; tuméfaction notable avec développement veineux, s'étendant jusqu'au métacarpe, de sorte que le premier métacarpien semble déprimé par la partie supérieure, et enfoncé dans la région.

L'annulaire et l'indicateur présentent, aux articulations métacarpo-phalangiennes et phalangiennes, un gonflement fusiforme avec flexion habituelle et mouvements incomplets.

Le médius offre une incurvation fixe dans l'abduction, sans gonflement des articulations, qui ont été antérieurement noueuses comme les précédentes.

Le coude droit offre une ankylose à angle un peu au-dessous de 90°, très-serrée. Les mouvements y sont presque nuls, et la supination impossible.

Le coude a été gonflé antérieurement.

Le poignet droit a été déformé, fléchi, roidi, peu gonflé.

La main présente les mêmes lésions qu'à gauche, mais non pas sur les mêmes articulations.

Le bras droit est pris avant le gauche.

Membres inférieurs. Les mouvements de totalité, spontanés ou communiqués, sont très-limités, douloureux. Les jambes sont prises.

Les genoux sont chauds, très-gonflés, sans fluctuation ni mollesse; les mouvements, très-limités, sont douloureux.

Extension permanente des pieds, avec incurvation (pieds équin); gonflement au niveau du tarse, sans tension appréciable des muscles. Les orteils ne sont pas malades notablement.

Atrophie musculaire très-marquée, aux jambes surtout; la contractilité électrique, étudiée par M. Duchesne (de Boulogne), y a paru presque nulle; (atrophie graisseuse.

La mâchoire s'ouvre très-peu, et les jours derniers le malade éprouvait du côté gauche une douleur assez vive, qui empêchait la mastication, mais qui a disparu.

Ce qui nous a engagé à produire ici cette observation, c'est moins, nous l'avouons, les signes plus ou moins équivoques de péricardite qu'aurait eue le malade qui en fait l'objet, que l'âge même de ce malade. Il n'est pas commun, en effet, de voir le rhumatisme articulaire chronique chez des sujets aussi jeunes. Nous en trouvons cependant un autre exemple, dans une note qui nous est communiquée par M. Charcot. Il s'agit là encore d'un enfant de 10 ans, présenté par M. Laborde à la Société de biologie en 1863. Ce petit malade était si complètement déformé par la maladie, qu'il ne pouvait se mouvoir lui-même; on le portait.

Les déformations se présentaient d'ailleurs, avec tous les caractères de rhumatisme articulaire chronique.

La maladie, chez cet enfant, aurait débuté à l'âge de 4 ans. Il n'avait jamais habité d'endroits humides, et aucun de ses parents n'avait eu de rhumatismes.

OBSERVATION IV.

Rhumatisme chronique; endocardite chronique. — Autopsie.

M....., âgée de 43 ans, hospice de la Salpêtrière, service de M. le D^r Charcot.

Dès l'âge de 18 à 20 ans, et pendant plusieurs années, la malade a habité dans un logement très-humide. Surdité moyenne depuis l'âge de 4 ans. A 17 ans, courbure de la colonne vertébrale, avec déviation de l'épaule gauche.

Début du rhumatisme à l'âge de 31 ans. Les doigts, les poignets, le coude droit, les orteils paraissent être les seules parties atteintes. Il y a des nodosités très-marquées et légère déformation anguleuse des mains. La déviation vers le bord interne est peu prononcée. La marche est possible, mais quelquefois douloureuse. A gauche, douleur du tarse et des orteils. Le cou est roide et douloureux. Pas de maladie de peau ni des yeux. Pas d'influence héréditaire.

Autopsie. Les articulations des genoux présentent à peine une ou deux petites ulcérations. Ankylose celluleuse de l'articulation métacarpo-phalangienne du pouce. La main gauche, préparée et examinée avec le plus grand soin, a présenté, surtout dans les articulations métacarpo-phalangiennes, tous les caractères anatomo-pathologiques du rhumatisme articulaire chronique, tels que les décrit M. Vergely (1).

Le cœur présente une hypertrophie générale. Sur l'endocarde, au-dessous des valvules sigmoïdes, on trouve des plaques opaques et blanchâtres, dues à un tissu fibreux de nouvelle formation. On voit en outre sur ces valvules sigmoïdes, quelques végétations en forme de guirlandes, dont les extrémités aboutissent d'une part aux tubercules d'Arantius, et d'autre part aux bords adhérents des valvules.

M. Ball, dans sa thèse pour l'agrégation, a représenté, fig. 1, pl. I, et fig. 1, pl. II, des altérations de l'endocarde relatives, la première à un rhumatisme aigu, la deuxième à une arthrite sèche, et qui donnent une idée assez exacte de celles qui ont été observées chez la malade dont nous venons de parler.

Nous allons voir maintenant que la *goutte*, elle aussi, se manifeste souvent par des lésions du centre circulatoire; c'est là du reste un fait bien avéré, et que personne ne conteste, mais ici l'altération est bien différente de celles que nous avons trouvées dans le rhumatisme chronique.

Cette altération, c'est la *dégénérescence graisseuse*; le goutteux qui va en être atteint, présente le plus souvent des troubles fonctionnels se manifestant par des *palpitations*. Celles-ci ne sont pas continues, mais reviennent par accès paroxystiques, soit spontanément, soit sous l'influence d'une marche un peu rapide, d'un effort, etc. Quand la lésion est confirmée, on trouve une impulsion cardiaque peu énergique, faiblesse du premier bruit, quelquefois

(1) *Essai sur l'anatomie pathologique du rhumatisme articulaire chronique primitif* (forme généralisée), thèse de Paris, 1866.

un souffle, dû sans doute à ce que les valvules sont mal tendues par les muscles cardiaques, en partie dégénérés; le pouls est mou et lent, avec intermittence et suppression momentanée. A ces troubles, résultant évidemment de la lésion organique, viennent encore s'ajouter ceux que nous avons appelés fonctionnels, et qui les avaient précédés. Il en résulte que cette cardiopathie goutteuse prend une forme paroxystique, et dans ces accès on observe, suivant leur violence, des palpitations exagérées, des défaillances, des syncopes, des symptômes d'angine de poitrine et même la mort subite, celle-ci pouvant arriver d'ailleurs, en dehors des cas de rupture du cœur. Il n'est pas rare non plus de voir arriver des accidents cérébraux, sorte de pseudo-apoplexie cérébrale, quelquefois avec hémiplegie.

Tels sont les symptômes par lesquels se révèlent, chez les goutteux, la dégénérescence graisseuse du cœur. Il y a bien loin de cela à ce que l'on observe dans le rhumatisme soit aigu, soit chronique. Nous ne voulons pas dire cependant qu'on ne pourra pas rencontrer un cœur graisseux chez un rhumatisant (le fait a été constaté une fois par M. Cornil, *op. cit.*, obs. 4), ou des altérations des valvules, du péricarde ou de l'endocarde chez un goutteux; mais ces faits ne constituent certainement qu'une minime exception et nous croyons pouvoir dire avec M. Ball (*op. cit.*, p. 156) :

« La *dégénérescence graisseuse*, voilà la cardiopathie goutteuse; les *affections valvulaires*, voilà la cardiopathie rhumatismale. »

2°. — *Vaisseaux.*

Les lésions artérielles, et en particulier les *altérations athéromateuses*, si fréquentes chez les vieillards, n'offrent rien de bien spécial, au point de vue du rhumatisme chronique et de la goutte. Disons cependant qu'elles paraissent être plus fréquentes dans cette dernière, et notons que M. Charcot a le plus souvent constaté leur absence, chez les femmes atteintes de rhumatisme chronique, mais non encore arrivées à un âge avancé.

Dans la goutte on trouve quelquefois sur la face interne de l'aorte, déjà athéromateuse, des dépôts d'*urate de soude*, ce qui ne se voit jamais dans le rhumatisme articulaire chronique. M. Cornil (*op. cit.*) cite deux observations où l'aorte fut trouvée athéromateuse, surtout à son origine et sur les valvules sigmoïdes : d'où l'insuffisance de ces valvules.

Nous ajouterons ici que sur 27 malades de la Salpêtrière, atteintes de rhumatisme articulaire chronique et interrogées par nous, nous avons constaté 7 fois la présence d'hémorroïdes à des degrés plus ou moins avancés. Cette proportion chez des personnes la plupart très-âgées, n'a rien assurément de surprenant ; aussi nous contentons nous d'indiquer le fait, sans chercher à lui attribuer une importance qu'il n'a pas. Nous ferons observer toutefois, que plusieurs de ces hémorroïdes donnaient un écoulement de sang ; d'autres malades nous ont dit avoir également présenté ce symptôme à une époque antérieure de leur vie. Ce détail, en apparence bien insignifiant, nous paraît cependant offrir quelque intérêt, si nous le rapprochons des cas où des épistaxis fréquentes, des métrorrhagies, des éruptions de purpura et autres manifestations hémorrhagiques, ont été observées dans le cours du rhumatisme articulaire chronique.

Mais à quoi tiennent ces hémorrhagies ? Nous ne doutons pas qu'elles ne soient, dans ces cas, sous la dépendance du vice rhumatismal ; mais, d'une manière plus immédiate, sont-elles dues à une lésion des vaisseaux, à une altération du sang ou à ces deux ordres de cause réunis ? Nous devons ici confesser notre impuissance à répondre à ces questions, qu'il serait cependant si important de voir élucider.

3° — Sang.

Le desideratum que nous venons de signaler serait sans doute en grande partie comblé par l'analyse chimique du sang provenant de sujets affectés de rhumatisme articulaire chronique ; mais ce travail

n'a pas, que nous sachions, été fait encore. Ce que l'on peut dire, c'est que toutes les recherches tentées jusqu'à ce jour, dans le but d'y découvrir un excès d'acide urique, sont toujours restées infructueuses.

C'est ainsi que Garrod sur plus de 40 rhumatisants, et M. Charcot dans 25 cas de rhumatisme nouveau, sont constamment arrivés à des résultats négatifs.

Dans le rhumatisme articulaire chronique, le sang n'est pas généralement couenneux comme dans le rhumatisme articulaire aigu, du moins dans les cas primitivement chroniques; mais dans les accès subaigus du début, le sang peut être couenneux.

Le phosphate de chaux a été trouvé en quantité quadruple dans le sang des malades atteints de rhumatisme articulaire chronique, et on a constaté en même temps que ce sel était en proportion beaucoup moindre dans les urines; mais il est besoin de tenter encore de nouvelles expériences dans le but de rechercher cet excès de phosphate de chaux dans le sang, pour qu'on puisse regarder celui-ci comme un caractère pathognomonique du rhumatisme articulaire chronique.

Voyons maintenant si dans la Goutte, le *sang* nous présentera quelques caractères plus précis.

Depuis que Bollaston a démontré que les tophus de la goutte sont constitués par de l'acide urique combiné à de la chaux, et surtout à de la soude, beaucoup d'auteurs, et en particulier MM. Cruveilhier et Rayer, ont pensé que le sang des gouteux devait contenir de l'acide urique; mais ce n'était là que de simples hypothèses. Garrod (1747) a démontré d'abord que l'acide urique existe normalement dans le sang, et en second lieu qu'il y est en bien plus grande quantité chez les gouteux.

La science possède plusieurs procédés chimiques très-sûrs pour arriver à la constatation de l'acide urique dans le sang, mais ils sont généralement peu pratiques comme épreuve clinique; aussi croyons-nous bien faire en exposant ici un moyen beaucoup plus simple,

qui les remplace avantageusement. Ce procédé dû à Garrod est connu sous le nom de *procédé du fil*. Voici en quoi il consiste : On prend un verre de pendule, et non un verre de montre, qui serait trop petit, et on y met la sérosité à examiner. Celle-ci doit être fraîchement recueillie, soit du sang provenant d'une saignée, soit d'un vésicatoire; dans cette sérosité on fait plonger un brin de charpie et on dispose le petit appareil dans un endroit sec et à l'abri de la poussière. Après trente-six ou quarante-huit heures, on examine le brin de charpie à un grossissement de 100 à 150 diamètres, et s'il y a de l'acide urique dans la sérosité dont il est imbu, cet acide apparaît sous forme de cristaux rhomboédriques.

Le plus grand nombre de ces cristaux est sur le fil, quelques-uns se voient dans le liquide qui l'entoure. Il est important de ne pas laisser la sérosité se dessécher complètement, car il y a alors des cristaux de phosphate ammoniaco-magnésiens; ceux-ci forment des arborescences très-élégantes, mais masquent les cristaux plus petits d'acide urique. Avec un peu d'eau on pourrait les faire disparaître, car ils sont plus solubles que l'acide urique.

La présence à l'état normal de l'acide urique dans le sang n'infirmes en rien la valeur de cette expérience, car Garrod a démontré que son procédé ne donnait de résultat qu'avec un excès d'acide. De nombreuses expériences faites dans ce sens par M. Charcot l'ont pleinement convaincu de la vérité de ce fait important.

La présence d'un excès d'acide urique dans le sang des goutteux étant bien constatée, ajoutons quelques détails :

Dans la goutte chronique, cet excès est permanent, seulement il augmente un peu avant l'accès et diminue après.

Dans la goutte aiguë, l'acide urique peut quelquefois exister en proportion normale, mais cela uniquement dans l'intervalle des accès et jamais immédiatement avant, ni pendant, ni immédiatement après.

On a encore signalé un excès d'acide urique dans certains cas de goutte abarticulaire (cas d'épilepsie).

Pour être complet, nous ajouterons que chez les gouteux l'acide urique peut se montrer ailleurs que dans le sang; on l'a trouvé dans le péricarde, dans les plèvres, dans le liquide cérébro-rachidien. Mais existe-t-il dans les sueurs? On en a trouvé dans les croûtes d'eczéma et dans une fine poussière recueillie sur la face; mais Garrod a démontré qu'il n'existait jamais dans les sueurs, soit spontanées, soit provoquées par un séjour dans une étuve. Récemment, de nouvelles expériences ont conduit deux médecins italiens au même résultat.

De ce que nous venons de dire, sommes-nous en droit de conclure que l'excès d'acide urique dans le sang soit pathognomonique de la goutte? que diathèse urique et diathèse gouteuse soient deux expressions différentes indistinctement applicables à une seule et même affection générale? Telle n'est pas notre pensée; nous voulons dire simplement, que l'excès d'acide urique dans le sang constitue pour la goutte son caractère le plus saillant, et qu'à ce titre il établit une différence capitale entre celle-ci et le rhumatisme chronique.

Voici d'ailleurs quelques caractères cliniques auxquels on reconnaîtra la diathèse urique :

Dyspepsie flatulente, langue chargée, pâteuse, amère; lassitude spontanée, abattement; sommeil interrompu; mélancolie, hystérie, tension au foie, quelquefois ictère; constipation, garde-robes tantôt foncées, tantôt argileuses, décolorées; douleurs vagues, rhumatoïdes, élancements dans les jointures, surtout dans l'articulation métatarso-phalangienne du gros orteil et dans celles que la goutte atteindra plus tard; urines foncées, très-acides, rares, laissant déposer de l'acide urique ou de l'urate de soude; palpitations de cœur; état catarrhal des voies respiratoires. Ces symptômes s'aggravent périodiquement, ou sans cause évidente, ou sous l'influence d'un écart de régime, d'un excès quelconque. C'est sur ce fond pathologique que se dessine la goutte; cependant on peut être tourmenté

pendant une très-grande partie de sa vie par la diathèse urique sans jamais être atteint d'accès de goutte.

II

APPAREIL RESPIRATOIRE.

Dans 8 autopsies de rhumatisme articulaire chronique, M. Cornil (*op. cit.*, p. 20) a noté :

- L'emphysème du poumon, 2 fois ;
- La pneumonie chronique, 1 fois ;
- La tuberculisation pulmonaire, 2 fois.

L'*asthme* et l'*emphysème pulmonaire* qui lui succède constituent en effet une affection viscérale qu'il est aussi fréquent de voir dans le cours du rhumatisme chronique que dans la goutte ; nous en donnons une observation très-détaillée (obs. 5) et dans laquelle l'alternance avec les symptômes articulaires a été bien observée.

Il est à remarquer que l'asthme dont nous parlons se rencontre moins souvent dans la forme généralisée du rhumatisme chronique que dans la forme partielle. C'est surtout, en effet, dans les où il n'y a qu'un petit nombre de jointures prises ou dans la forme que l'on a décrite sous le nom d'arthrite sèche, que l'on voit ces asthmes si pénibles pour les malades, et dont le plus souvent les accès alternent de la façon la plus manifeste avec les douleurs articulaires. Bien certainement un grand nombre d'asthmes réputés gouteux, doivent se rapporter à cette forme du rhumatisme chronique.

Dans le rhumatisme articulaire aigu, on le sait, la pleurésie d'abord, mais aussi la pneumonie aiguë, sont des affections qu'il est fréquent de rencontrer ; nous n'en connaissons au contraire aucune observation bien précise dans le rhumatisme chronique ; cependant nous ajouterons que dans les autopsies de femmes atteintes de rhumatisme chronique, M. Charcot a plusieurs fois rencontré les lésions caractérisant la *pneumonie chronique*.

OBSERVATION V.

Asthme avec emphysème ; arthropathies multiples. — Autopsie.

(La première partie de cette observation est empruntée textuellement à la thèse de M. le Dr Ball ; nous la complétons par le relevé de l'autopsie qui nous a été communiqué par M. Charcot.)

L....., âgée de 66 ans, salle Saint-Alexandre, n° 2, hospice de la Salpêtrière, service de M. le Dr Charcot.

A l'âge de 10 ans, cette femme a habité pendant plusieurs années un logement très-humide ; ses parents, son frère et elle-même enfin, ont été pris pendant ce séjour de douleurs articulaires. Chez elle, l'affection paraît avoir revêtu la forme du rhumatisme articulaire aigu ou subaigu, car la malade se rappelle qu'elle est restée au lit pendant six semaines, et que deux mois après s'être levée elle ne pouvait marcher sans béquilles. Depuis cette époque, il y a eu de temps à autre du *lumbago* et des douleurs articulaires vagues et fugaces, siégeant tantôt en un point, tantôt dans un autre. A l'âge de 40 ans, le coude gauche est resté rouge, tuméfié pendant douze ou quinze jours environ, et un nouvel accès du même genre s'est reproduit il y a quatre ans environ. La ménopause a eu lieu à l'âge de 55 ans ; c'est peu de temps après cette époque que l'*oppression* a commencé à paraître. L..... est une femme grasse, vigoureuse, assez bien conservée.

Au début de l'affection pulmonaire, elle est restée deux mois environ sans pouvoir se coucher dans son lit. Les accès, toujours très-longes, ont été d'abord assez éloignés, puis ils se sont rapprochés tellement qu'aujourd'hui, depuis trois ans environ, l'oppression est à peu près permanente. La malade passe une partie de la nuit et toute la journée assise sur son lit, faisant par moment des efforts inouïs pour respirer. L'oppression augmente quand la malade marche ; expectoration à peu près nulle. *Depuis que l'affection thoracique est aussi intense et aussi continue, les douleurs articulaires sont beaucoup plus vagues, plus fugaces ; il n'en est pas de même du lumbago, qui se montre encore très-fréquent et très-intense ; jamais les douleurs articulaires ne s'accompagnent de gonflement des phalangettes ; toutefois, en faisant mouvoir rapidement les surfaces articulaires des genoux, il se prodnit des craquements très-appréciables.*

On remarque, en outre, à la partie antérieure du genou droit, immédiatement au-dessous de la rotule, une plaque arrondie, à rebords inégaux, de consistance osseuse et qui paraît logée dans l'épaisseur du tendon rotulien.

Les urines ne contiennent ni sucre ni albumine ; elles sont claires et transparentes, et très-souvent il y a des accès de dysurie où tout à coup les urines sont

rendues en abondance; jamais il n'a été rendu de gravier. Jamais le pouce de l'un ou de l'autre pied n'a été le siège de douleurs arthritiques.

Il n'y a jamais eu d'affection de la peau; mais il y a eu fréquemment des coliques hépatiques, suivies d'ictère. La poitrine est globuleuse, la face légèrement plombée; le murmure respiratoire se perçoit partout très-difficilement à l'auscultation; il y a des râles ronflants et sibilants qui semblent profonds; les battements du cœur sont sourds, éloignés, à peine sensibles à l'oreille.

Autopsie. Énorme panicule adipeux dans les parois de l'abdomen, mais très-peu de liquide dans le péritoine.

Dans les *poumons*, la muqueuse bronchique est très-rouge, fortement injectée; du mucus verdâtre et tenace s'échappe des orifices bronchiques. On affaisse facilement les poumons quand on les presse; le poumon droit, dans toute son étendue, est comme insufflé, distendu, donnant à la pression une crépitation douce; la distension est d'ailleurs régulière, uniforme; le poumon gauche est à peu près dans le même état.

Le *cœur* est extrêmement volumineux, il pèse 610 grammes; dans le péricarde, un peu de liquide, pas d'adhérences, pas traces de péricardite; les oreillettes sont remplies d'une quantité considérable de caillots noirs mal coagulés, leurs parois sont distendues. On trouve quelques caillots décolorés dans le ventricule droit; le ventricule gauche est à peu près vidé. Les parois du cœur droit sont comme distendues et épaissies, celles du cœur gauche le sont un peu moins; les fibres musculaires ont une teinte grise, elles ne paraissent pas avoir subi de transformation graisseuse; les valvules aortiques ne sont pas recroquevillées; on n'y voit pas de végétations, mais des plaques athéromateuses non calcifiées ni ulcérées, et siégeant à l'origine de l'aorte; les valvules auriculo-ventriculaires ne présentent pas non plus de végétations, elles sont normales; l'aorte descendante n'est pas athéromateuse.

Les deux *reins* sont volumineux, d'un rouge sombre, très-fortement congestionnés.

La *rate*, également volumineuse, est friable et de consistance assez ferme.

Le *foie* est gros; aspect de foie muscade, avec prédominance graisseuse; coloration jaune à peine tachetée de violet; les voies biliaires sont libres. Dans la vésicule biliaire on trouve quelques petits calculs avec coloration violacée, lie de vin; quelques plaques ecchymotiques.

Les *intestins* n'ont pas été ouverts, mais à l'extérieur ils offrent aussi une coloration violette. La *vessie* ne présente aucune altération remarquable.

Articulation du genou droit. — La synoviale, au-dessous de la rotule, au pour-

tour de la surface articulaire du tibia et sur cette surface, est très-injectée, vil-
leuse; sur le pourtour de cette même surface existe un bourrelet ostéoïde à peine
prononcé. Entre les deux condyles, à la face postérieure, se remarque une pe-
tite ulcération velvétique, large comme une pièce de 20 centimes. Pas de corps
étrangers dans l'articulation; à gauche on retrouve les mêmes altérations, mais
moins prononcées.

L'articulation métacarpo-phalangienne du gros orteil droit ne présente pas
de trace de dépôt d'urate de soude, non plus que le gauche.

Comme manifestations viscérales du côté des voies respiratoires
appartenant à la Goutte, nous noterons également l'*asthme*.

Cet *asthme goutteux*, comme nous l'avons dit, n'est pas plus fré-
quent que dans le rhumatisme chronique. Il présente, au début, des
alternances avec les accès de goutte articulaire, mais peu à peu
l'*emphysème* se produit, et la maladie devient continue exactement
comme dans le rhumatisme chronique. C'est donc, dans le parallèle
que nous avons en vue, un point de contact important à signaler. Il
en est de même de l'*angine*, qui peut également alterner avec les
accidents articulaires des deux affections.

Une autre forme de goutte viscérale presque aussi fréquente, au
dire de M. Trousseau, que la néphrite goutteuse est le *catarrhe
pulmonaire*, par lequel un grand nombre de vieux goutteux finis-
sent leur carrière. Voici d'ailleurs les caractères symptomatiques
que lui assigne l'éminent professeur que nous citons :

« Ce catarrhe donne lieu à un travail congestif habituel de l'ap-
pareil respiratoire, travail congestif qui se traduit à l'auscultation
par des râles sous-crépitants fins, par les signes d'une bronchite
chronique qu'il n'est pas rare de voir se compliquer d'épanche-
ments pleuraux, survenant d'une manière latente » (*op cit.*, t. II,
p. 722, 1862).

Il n'est pas rare de voir les goutteux devenir *phthisiques*, mais
chez eux l'affection pulmonaire est presque toujours précédée de
diabète. Rien n'est plus commun, dit un auteur anglais, Prout,

que de rencontrer des goutteux présentant un peu de sucre dans les urines. On ne s'en aperçoit pas d'abord ; le plus souvent ce n'est que plus tard, lorsque arrive la polyurie, que l'on fait cette découverte.

En France, M. Rayer, et cela bien avant M. Marchal (de Calvi), a insisté sur cette relation qui existe entre la goutte et le diabète.

On voit rarement le diabète confirmé coexister avec la goutte. Le plus souvent, voici comment les choses se passent : Un malade est d'abord atteint de diathèse urique ou de goutte, il devient obèse, puis diabétique, et finit par la phthisie pulmonaire.

III

APPAREIL DIGESTIF.

1° Estomac.

« La goutte est à l'estomac ce que le rhumatisme est au cœur. »

Rien n'est plus vrai que cette assertion, émise par M. Ball, sous forme aphoristique (*op. cit.*, p. 158).

Mais de même que nous avons vu la première de ces maladies donner lieu à certaine altération du centre circulatoire, nous trouvons également ici quelques phénomènes gastriques, dépendant du rhumatisme chronique; et, pour n'être pas très-fréquents, ils méritent cependant qu'il en soit fait mention.

Nous ferons remarquer d'abord, avec M. Cornil (*op. cit.*, p. 20), que les troubles de la digestion, observés pendant la vie des rhumatisants, ne sont pas généralement de ceux qui laissent après la mort des désordres persistants. En effet, les huit observations de M. Cornil ne lui ont fait voir aucune lésion de l'estomac ou des intestins. Quoi qu'il en soit, ces troubles de la digestion, dont parle l'auteur que nous venons de citer, existent bien réellement, et même

d'une manière assez fréquente, principalement dans la période ultime de la maladie.

Ils consistent surtout en de l'anorexie et de la dyspepsie. Cette dyspepsie peut s'accompagner de douleurs gastralgiques, de vomissements, de constipation ou de diarrhée.

M. Charcot, dans sa thèse, avait déjà signalé ces accidents, mais en insistant sur ce qu'ils sont continus et ne semblent jamais alterner avec les douleurs articulaires. Nous savons que depuis cette époque, un certain nombre de faits observés par ce médecin distingué sont venus sur ce point modifier sa manière de voir. Il s'agissait de douleurs cardialgiques et de diarrhée incoercible alternant manifestement avec les douleurs articulaires. M. Vidal (1) rapporte plusieurs observations où l'alternance dont nous parlons était des plus accusées. Le malade entre autres qui fait l'objet de sa première observation « souffrait depuis plusieurs années; il était sujet à de l'anorexie, à de la diarrhée, à des coliques; les digestions étaient lentes, souvent douloureuses; l'apparition des premières douleurs fait cesser tous ces accidents; il reprend de l'appétit et assure que les fonctions digestives sont bien plus régulières depuis que le rhumatisme s'est emparé de ses articulations. »

Faut-il conclure de ce fait et de quelques autres analogues, que les symptômes dyspeptiques observés avant toute manifestation articulaire, puissent être regardés comme une manière d'être spéciale, une expression de la diathèse rhumatismale, ce que l'on pourrait appeler un rhumatisme *larvé*? Nous croyons qu'à cet égard il faut être d'une très-grande réserve, et attendre pour se prononcer le contrôle d'une longue expérience.

Quoi qu'il en soit, comme nous le disions au commencement de ce paragraphe, les troubles dyspeptiques sont bien autrement

(1) *Considérations sur le rhumatisme articulaire chronique*, Thèse de Paris, 1855 p- 27.

accusés dans la Goutte. C'est surtout, en effet, du côté de l'estomac que se manifestent ces accidents caractérisant ce que nous avons défini sous les noms de *goutte larvée* et de *goutte rétrocedée*.

C'est ainsi que souvent, longtemps avant que n'éclate un accès de goutte articulaire, on observe, chez le malade qui en est menacé, de singuliers troubles de dyspepsie, lesquels sont le plus habituellement réfractaires à tous les moyens reconnus efficaces dans d'autres formes de dyspepsie. Pour peu donc que l'on ait quelques soupçons sur la nature goutteuse de pareils accidents, la grande difficulté, l'impossibilité même où l'on sera de les réprimer, devront singulièrement accréditer cette hypothèse dans l'esprit du médecin. D'ailleurs, un accès de goutte articulaire vient à la fin enlever tous les doutes, et fait cesser les troubles gastriques. C'est là certainement la forme de goutte larvée la plus connue. Les auteurs qui ont écrit sur la matière en rapportent nombre de cas.

Mais c'est surtout au point de vue de la *rétrocession* que les troubles gastriques offrent le plus grand intérêt dans l'histoire de la goutte.

Ils peuvent se présenter sous deux formes :

Première forme. — Sous l'influence d'un traitement répercussif énergique, ou plus rarement d'une manière spontanée, le malheureux en proie aux tortures d'un violent accès de goutte au gros orteil sent tout à coup les douleurs articulaires s'apaiser, et en même temps il est pris de cardialgie et de crampes d'estomac; quelquefois surviennent des vomissements; le malade est froid, son pouls petit, fréquent, irrégulier; la syncope est imminente. Dans ces cas, les alcooliques réussissent très-bien (Charecot).

Seconde forme. — Les accidents affectent ici une forme franchement inflammatoire. La peau est chaude, le pouls plein, les matières rendues par les vomissements sont souvent teintées de sang. Les stimulants sont, dans ces cas, parfaitement contre-indiqués. Les émissions sanguines, au contraire, rendent de grands services.

A quelque forme du reste qu'appartiennent ces troubles gastriques, le plus ordinairement ils sont de courte durée, mais se renouvellent très-vite et très-brusquement.

En général, ils ne constituent pas non plus pour le malade un danger sérieux, ils sont plus effrayants que vraiment redoutables. On cite cependant quelques cas où la mort en a été la conséquence. Deux autopsies furent pratiquées dans cette circonstance et firent constater un épaissement du tissu sous-muqueux de l'estomac; mais nous ferons observer que ces autopsies ont une date déjà reculée, ce qui leur ôte un peu de leur autorité.

Il importe de ne pas prendre pour des phénomènes de *goutte rétrocedée* à l'estomac certains troubles se manifestant du côté de ce viscère et qui sont dus à une indigestion, à des coliques hépatiques ou néphrétiques, ou à de *véritables empoisonnements* produits le plus souvent par le *colchique* pris à trop forte dose.

En outre des cas de goutte rétrocedée, ou, comme on dit vulgairement, de goutte remontée à l'estomac, chez les vieux goutteux qui ont vu ces accidents se renouveler un grand nombre de fois, il est commun de trouver un état dyspeptique à peu près continu. Il se passe ici pour l'estomac, ce que nous avons vu pour le cœur et les poumons, où aux palpitations, à un asthme, d'abord intermittents, succèdent des troubles continus, dus à la dégénération graisseuse du cœur et à l'emphysème pulmonaire. Ce rapprochement que nous faisons ici nous invite à croire que s'il était donné de faire des autopsies dans ces cas de troubles gastriques depuis longtemps continus, on y rencontrerait probablement des lésions anatomiques en rapport avec la nature des symptômes observés. Mais les faits nous manquent à l'appui de cette hypothèse.

2° Foie.

Nous n'avons absolument rien à signaler d'intéressant du côté de cet organe dans le Rhumatisme chronique. Les thèses de MM. Tras-

tour, Vidal, Plaisance, sont complètement muettes à cet égard. M. Cornil note bien que dans les autopsies qu'il a faites à la Salpêtrière, il a trouvé le plus souvent le foie avec cette altération particulière, connue sous le nom de foie muscade. Mais, comme le fait judicieusement observer l'auteur que nous citons, c'est là une lésion si fréquente chez les vieillards, qu'on ne peut lui attribuer, au point de vue auquel nous nous plaçons, aucune signification.

Dans la Goutte au contraire, au dire de Scudamore, le foie n'est presque jamais sain. On observe d'abord de la tuméfaction, résultant de l'engouement de l'organe hépatique avant chaque accès; plus tard, l'affection arrive à constituer l'hépatite chronique. Celle-ci se révèle par une augmentation ou une diminution du volume du foie, une teinte subictérique des téguments, quelquefois de l'ictère. Il n'est que trop fréquent également de voir les goutteux tourmentés par les atroces douleurs de la colique hépatique. et présenter tous les symptômes de la lithiase biliaire. A l'autopsie, nous dit M. Trousseau, on trouve la substance du foie d'une dureté excessive, granuleuse, cirrhosée, et, au dire de Lieutaud, chargée de concrétions caclaires (*op. cit.*, t. II, page 725).

Nous terminerons ce que nous avons à dire sur les affections du foie dans la goutte en faisant observer qu'il importe, avant de se prononcer sur leur origine goutteuse, de bien rechercher si elles ne seraient pas suffisamment expliquées par les habitudes alcooliques des malades.

3° Rate.

On n'a jamais, que nous sachions, signalé aucune affection de cet organe qui pût se rattacher au Rhumatisme chronique.

Dans la Goutte, au contraire, il ne serait pas très-rare d'observer une augmentation de volume, quelquefois même très-considérable, de l'organe splénique. M. Charcot a eu dernièrement encore l'occasion de constater ce fait chez un malade de sa clientèle.

Au reste, si, comme on le dit, le foie et la rate sont les organes générateurs de l'acide urique, on s'explique facilement les modifications qu'ils doivent subir dans une maladie dont la diathèse urique est, comme nous l'avons fait observer, le caractère le plus saillant.

IV

APPAREIL GÉNITO-URINAIRE.

1° Organes urinaires.

Ici nul doute que la Goutte n'intervienne d'une manière bien plus manifeste et plus fréquente que le Rhumatisme chronique. Cependant, les observations de M. Charcot, et le relevé de neuf autopsies publiées par M. Cornil nous apprennent que les accidents du côté des voies urinaires sont loin d'être rares dans cette dernière maladie. M. Cornil affirme même que c'est, en dehors des articulations, dans les organes urinaires, qu'il a le plus souvent trouvé des désordres pathologiques. Peut-être, comme le fait observer M. Vergely (*op. cit.*, p. 17), « Le décubitus prolongé que gardent ces pauvres malades, et quelquefois l'impossibilité dans laquelle elles sont de pouvoir satisfaire au besoin d'uriner aussi souvent qu'elles en sentent la nécessité, soit parce que les mouvements exaspèrent la douleur, soit à cause du mauvais vouloir des infirmières, sont-ils pour beaucoup dans les désordres pathologiques que l'on observe chez elles du côté de la vessie et des reins? »

Cette remarque de M. Vergely est assurément très-judicieuse; seulement, nous croyons, avec M. Cornil (*op. cit.*, page 24), qu'il y a ici une distinction à établir. Nul doute que la rétention d'urine, résultat des causes énumérées par M. Vergely, ne puisse devenir et ne devienne même souvent à son tour une cause de certaines lésions des voies urinaires, telles que la cystite ou plutôt les inflammations

catarrhales, répétées et devenues chroniques de la vessie, la dilatation des bassinets et des calices, la pyélo-néphrite; mais elle est bien probablement insuffisante pour expliquer la production d'une altération beaucoup plus profonde, nous voulons dire la *néphrite albumineuse*.

Quoi qu'il en soit, voici ce qu'a noté M. Cornil dans neuf autopsies (*op. cit.*, p. 21):

La cystite du col de la vessie,	3 fois
La cystite chronique généralisée,	1 fois
L'atrophie de la substance corticale du rein avec distension des calices et des bassinets,	3 fois
Un infarctus fibrineux ancien,	1 fois
La néphrite albumineuse,	2 fois
(Maladie de Bright, avec granulations, 3 ^e et 4 ^e degrés, de M. Rayer).	
Albuminurie avec grande quantité de cylindres hyalins,	3 fois
Urine purulente,	1 fois

Fuller avait déjà constaté que dans le rhumatisme chronique l'altération granuleuse des reins n'est pas chose très-rare. Quant à la néphrite albumineuse, la discussion dans laquelle entre M. Cornil, au sujet de deux observations relatives à des malades qui en étaient atteintes, pour bien établir que la lésion rénale ne pouvait, dans ces cas reconnaître pour cause une autre cachexie que la cachexie rhumatismale, telles que les cachexies syphilitique, scrofuleuse, paludéenne, ou celle des ouvriers plombiers; cette discussion, disons-nous, nous oblige à considérer la coïncidence de la néphrite albumineuse comme assez fréquente pour qu'on puisse la regarder comme dépendante du rhumatisme articulaire chronique.

Mais ce fait une fois bien établi, hâtons-nous d'ajouter que les affections des voies urinaires se montrent bien plus fréquemment

dans la Goutte : dans celle-ci en effet elles constituent la règle bien plutôt que l'exception.

Parmi ces affections il en est une qui mérite spécialement notre attention, nous voulons parler de la *néphrite albumineuse*, accident si fréquent chez les goutteux que c'est par lui qu'ils finissent presque tous.

Il importe tout d'abord de ne pas confondre la maladie dont nous parlons avec ce que l'on appelle la *gravelle rénale*. Cette dernière affection peut exister en dehors de toute diathèse goutteuse, et nous citons plus loin une observation où elle s'est montrée chez une femme atteinte depuis longtemps de rhumatisme chronique (ob. 6). Les lésions anatomiques qui caractérisent la gravelle rénale sont constituées par de petits grains d'*acide urique* disséminés dans la substance corticale, rarement dans la substance tubuleuse, mais jamais, ni dans l'une ni dans l'autre, on ne trouve des cristaux d'*urate de soude*.

Voyons maintenant la *néphrite goutteuse* proprement dite. Cette affection a été bien décrite par M. Castelnau. Plus tard, en Angleterre, Todd et Garrod, et récemment en France MM. Charcot et Cornil, ont publié sur la matière les documents les plus précieux.

Les altérations pathologiques sont ici constituées par des dépôts d'*urate de soude* sous forme de stries, dans la substance tubuleuse : le siège précis de ces infarctus est dans l'intérieur même des tubes urinifères. A ce degré, c'est la néphrite interstitielle, mais bientôt après se manifestent des altérations parenchymateuses qui se terminent par l'atrophie partielle du rein ; c'est là le *rein goutteux* des Anglais.

Comme symptômes correspondants à ces lésions, on retrouve ceux qui appartiennent à la néphrite albumineuse. Au début on observe souvent des douleurs fixées à l'un des reins, ou les occupant tous les deux ; elles sont passagères. Garrod cite plusieurs cas où elles alternaient d'une manière manifeste avec les accès de goutte ; M. Charcot a eu l'occasion d'observer cette alternance chez un médecin. A me-

sure que la goutte progresse, la maladie rénale devient peu à peu continue, et finit par constituer l'albuminurie chronique.

Une remarque importante se présente ici, c'est que cette néphrite albumineuse goutteuse est généralement moins grave que la néphrite albumineuse simple, sa gravité n'étant pas d'ailleurs en rapport constant avec la quantité d'albumine rendue par les urines. Elle n'en constitue pas moins une complication sérieuse de la goutte, car c'est à elle, bien plutôt qu'à la goutte même, qu'il faut rattacher bon nombre d'accidents viscéraux, tels que dyspnée, œdème des poumons, hypertrophie du cœur et certaines hémorrhagies cérébrales et méningées.

Il existe aussi une *goutte vésicale*, que nous distinguons de la *gravelle*; elle consiste en une douleur vive, passagère, alternant avec les douleurs articulaires, du moins dans le début; c'est là ce que les Anglais appellent la *vessie irritable*. Peu à peu, la maladie devient continue, et il y a alors catarrhe vésical.

La *blennorrhée* goutteuse est au moins problématique.

Les *urines*, dans le Rhumatisme articulaire chronique, ne présentent, en dehors des cas d'altération rénale, rien de bien important; elles sont habituellement limpides, claires, abondantes; elles ne laissent pas déposer généralement de sédiments d'acide urique, soit à la fin des accès, soit dans leurs intervalles. M. Cornil a noté une fois les urines purulentes.

Dans la Goutte, voici, à l'égard de l'acide urique, ce qu'a constaté Garrod: « Dans la goutte aiguë, pendant l'accès, les urines sont rares, colorées, fortement sédimenteuses et avec tendance à une légère diminution de l'acide urique. Dans les intervalles, émission fréquente de gravelle, acide urique à l'état normal. Dans la goutte chronique, les urines sont pâles, décolorées, presque jamais sédimenteuses, présentent toujours une diminution notable de la quantité d'acide urique; quelquefois même, les accès se prolongeant longtemps, il devient impossible d'en trouver aucune trace. Or, on sait qu'à l'état normal la quantité d'acide urique rendue en 24 heures

est en moyenne de 50 centigrammes. Mais nous ferons observer, avec M. Charcot, que pour se rendre compte des variations que peut subir cette quantité d'acide urique, il faut opérer, non pas sur une quantité quelconque d'urine, mais bien sur toute l'urine rendue dans les 24 heures, et répéter plusieurs fois l'expérience. C'est sans doute pour ne pas avoir pris cette précaution indispensable, que de nombreux observateurs, également distingués, sont arrivés à des résultats contradictoires. Il n'est pas rare, en effet, de voir, même en dehors de tout état pathologique, des intermittences considérables dans l'émission de l'acide urique.

OBSERVATION VI.

Gravelle ; rhumatisme chronique ; examen de la sérosité d'un vésicatoire.

P. . . , âgée de 63 ans, ancienne blanchisseuse, salle Saint-Paul, n° 10, hospice de la Salpêtrière, service de M. le Dr Charcot.

Cette femme dit qu'elle n'a pas connu de rhumatisants ni de goutteux dans sa famille. Son père mourut à 78 ans d'une rétention d'urine; la malade assure qu'il n'avait pas la pierre. Réglée à 13 ans, elle cesse de voir à 45 ans.

Elle a constamment habité Paris (faubourg Saint-Antoine), où elle exerçait la profession de blanchisseuse. D'ailleurs les conditions hygiéniques dans lesquelles elle se trouvait chez elle sous le rapport du logement et de la nourriture étaient, à son dire, aussi satisfaisantes que possible. Elle affirme n'avoir jamais eu, avant ces dernières années, aucune maladie articulaire ou autre, si ce n'est une chute de matrice. Il y a trois ans, environ, la malade a commencé à souffrir de douleurs qu'elle compare à des crampes dans les cuisses, les jambes, les avant-bras. Quelques mois après, les articulations tibio-tarsiennes, surtout la gauche, sont devenues gonflées et douloureuses; la malade dit qu'elle les sentait craquer quand elle marchait. Il paraît qu'à la même époque les articulations métacarpo-phalangiennes étaient gonflées, mais non douloureuses. Depuis six mois seulement la malade souffre dans les articulations métatarso-phalangiennes. La douleur aurait débuté dans le gros orteil droit : cette douleur était, il paraît, très-vive et s'augmentait par la chaleur du lit, au point que la malade était forcée de se lever; elle pouvait marcher sans boiter. Le gros orteil n'était, paraît-il, ni tuméfié ni rouge. Quinze jours après l'apparition des douleurs dans le gros orteil droit, le gros orteil gauche est devenu douloureux à son tour. Au bout de

trois semaines environ, ces douleurs auraient disparu complètement. Pendant les mois qui suivirent, la malade dit n'avoir plus éprouvé de crampes dans les membres ni de douleurs dans les jointures; seulement elle souffrait de l'estomac; ses digestions se faisaient mal; elle avait très-souvent de la diarrhée. Elle souffrait aussi de ce qu'elle appelle des crampes d'estomac, qui survenaient quand elle voulait marcher vite ou monter un escalier, et qui paraissent être plutôt des accès de palpitations et de dyspnée.

Depuis un mois environ les étouffements ont disparu, mais des douleurs sont revenues dans les orteils et les articulations métacarpo-phalangiennes de la main droite d'abord, puis de la gauche. La malade se plaint d'étourdissements.

Il y a deux ans, étant allée consulter à l'hôpital Cochin, pour sa chute de matrice, elle dit qu'on lui a fait rentrer l'utérus, et qu'aussitôt après ayant envie d'uriner, elle a rendu une grande quantité de petits graviers. Depuis cette époque elle en rend de temps en temps. Elle n'a pas de douleurs de reins, n'a jamais eu de coliques violentes avec vomissements. Elle se plaint seulement, depuis quelque temps, de cuisson en urinant.

Un vésicatoire fut appliqué sur l'abdomen. La sérosité, examinée par le procédé du fil, n'a pas donné traces d'acide nitrique.

2° Organes génitaux.

Nous trouvons consigné dans la thèse de M. Ball (*op. cit.*, p. 127) que Todd, Fuller et la plupart des auteurs anglais ont noté la fréquence des *troubles fonctionnels de l'utérus* dans l'étiologie du rhumatisme progressif; « mais c'est plutôt alors, ajoute M. Ball, l'utérus qui tient les articulations sous sa dépendance. » Toujours est-il, que les faits sont nombreux pour établir une liaison intime, entre les troubles de l'utérus et le développement du rhumatisme chronique. Rien de plus commun en effet, que de voir les débuts de cette maladie coïncider à peu près avec la ménopause.

M. Vidal, dans sa thèse (*op. cit.*, p. 27), fait observer que les *fonctions génitales* se ralentissent, les appétits vénériens s'apaisent, les érections deviennent rares, mais s'accomplissent encore, même dans une période avancée de la maladie.

M. Charcot a noté dans sa thèse, deux fois la coïncidence du cancer utérin avec le Rhumatisme articulaire progressif; ce qui

prouve au moins qu'il n'y a, entre ces deux maladies, aucune espèce d'antagonisme.

— Nous ne sachons pas qu'on ait signalé rien d'intéressant dans la Goutte du côté des organes génitaux.

V

CENTRES NERVEUX.

Le rhumatisme articulaire aigu, et en dehors de toute liaison cardiaque, présente certainement des affections cérébrales, manifestement sous sa dépendance.

Ces affections peuvent d'ailleurs se montrer sous trois formes :

1^{re} forme. — *Déirant* (et non pas méningitique, car dans ces cas, c'est à peine si on trouve 2 fois sur 100, des traces de méningite) (Charcot).

2^e forme. — *Apoplectique* ou comateuse, apoplexie rhumatismale de Stoll.

3^e forme. — *Folie rhumatismale*.

De ces trois formes, la dernière est la seule qui se rencontre encore quelquefois dans le rhumatisme subaigu.

Dans le Rhumatisme chronique, on n'en trouve plus aucune.

Cependant M. Vidal, dans sa dissertation inaugurale, rapporte un fait, dans lequel les accidents cérébraux sont venus brusquement terminer la carrière d'un malade atteint depuis longtemps de rhumatisme articulaire chronique, et dont la santé générale, à part quelques troubles dyspeptiques, était excellente. Ataxie, fièvre avec délire bruyant et hilariant, puis coma et mort quarante-huit heures après le début des premiers accidents : tels furent les symptômes que présenta le malade qui fait l'objet de la deuxième observation de M. Vidal. Ce fait est le seul de ce genre qui soit arrivé à notre

connaissance ; aussi sommes-nous tout disposé à n'y voir qu'une simple coïncidence, et à rejeter toute hypothèse de métastase, de ré-vulsion. Fuller, dans les premières éditions de son ouvrage (*On Rheumatism*, 2^e éd., p. 382), avait aussi admis quelques faits analogues à celui de M. Vidal ; mais aujourd'hui, il est revenu sur ses idées, en reconnaissant que la plupart, pour ne pas dire tous les accidents cérébraux rapportés au rhumatisme chronique, devaient se rattacher au rhumatisme soit aigu, soit subaigu, ou à la goutte.

Nous ne connaissons aucun exemple de *lésions spinales* pour lesquelles on puisse invoquer l'influence du Rhumatisme chronique. On a parlé cependant de certaines *paraplégies* observées dans cette circonstance ; mais ici, très-probablement, il y a eu erreur. On conçoit en effet que le mal de Pott, par exemple, se développant simultanément avec le rhumatisme articulaire chronique, on puisse attribuer à celui-ci la paraplégie dépendante de celui-là.

- La *chorée*, qu'il n'est pas rare de voir dans la forme subaiguë du rhumatisme, n'a jamais été signalée dans la forme chronique.

M. Charcot a rencontré assez souvent le *tremblement des extrémités* dans le Rhumatisme articulaire chronique, surtout dans les cas d'arthrites sèches. Il a aussi vu quelques cas d'*ataxie locomotrice*, coïncidant avec cette maladie. Était-ce simple coïncidence, ou existait-il entre les deux affections un rapport de cause à effet ? Les observations de ce genre sont trop rares pour qu'il soit encore possible de se prononcer.

On trouve dans la Goutte, à peu près tous les accidents cérébraux, que l'on sait exister dans le rhumatisme aigu ; mais avec des caractères un peu différents. Dans la première de ces maladies, ils sont moins fréquents, et généralement moins graves ; ils présentent d'ailleurs avec les accès articulaires, l'alternance la plus marquée, et constituent souvent une manière d'être *de la goutte rétrocedée et de la goutte larvée*.

La *céphalée* du rhumatisme aigu se voit aussi dans la goutte.

La *forme délirante* des accidents cérébraux se trouve à peu près au même degré, dans les deux maladies.

L'*apoplexie* est bien plus grave dans le rhumatisme aigu; dans la goutte, on n'a guère que de la stupeur.

La *manie goutteuse* est moins fréquente que la folie rhumatismale.

Il n'est pas rare de voir la goutte se cacher sous le masque de l'*épilepsie*.

Enfin M. Charcot a eu plusieurs fois l'occasion d'observer de l'*aphémie* chez les goutteux; et dans quelques cas il a vu cet accident ne se montrer qu'au moment des accès de goutte.

Nous ferons observer ici, avec M. Charcot, qu'il y a certainement bon nombre d'accidents cérébraux mis sur le compte de la goutte et qui en réalité dépendent de l'*urémie* consécutive à la *néphrite albumineuse*. Sans doute, ici encore, c'est bien la goutte qui est cause première des troubles observés, mais ce n'est que médiatement qu'elle agit sur le cerveau, en déterminant d'abord l'affection rénale que nous avons décrite sous le nom de *néphrite goutteuse*.

Les *affections spinales* de la goutte sont encore à démontrer.

On trouve bien dans l'ouvrage de Graves, traduit par M. Jaccoud (t. III, p. 471), quelques faits, où on a observé une certaine coïncidence entre la goutte et des lésions de la moelle; mais ces faits ont paru à M. Charcot et à M. Ball, au moins douteux; car il y est question d'altérations profondes de la moelle épinière.

Nous dirons quelques mots ici de la *Migraine*, affection dont le siège précis n'est pas encore parfaitement établi, mais dont la nature purement nerveuse ne peut être contestée. Très-probablement, comme le pense M. le D^r Calmeil, elle se rattache à une lésion double du système nerveux, centrale et périphérique.

Mais quoi qu'il en soit de sa nature et de son siège, ce qui nous importe ici, c'est de signaler sa fréquence dans le Rhumatisme chro-

nique. Sur 30 femmes interrogées dans ce sens par M. Charcot, 12 ont répondu affirmativement, et de manière à ne laisser aucun doute. Nous avons nous-même pu constater ce fait un grand nombre de fois. (Les malades qui font l'objet des observations 7 et 8, que nous donnons à la fin de ce paragraphe, nous en offrent un exemple). Plusieurs fois, M. Charcot nous a fait observer la cessation de ces migraines au début des accidents articulaires; c'est du reste ce qui est arrivé pour la malade de l'observation 7. Généralement elles s'observent bien plutôt dans la période prodromique du rhumatisme articulaire chronique, que dans sa période avancée. Elles sont très-communes dans le rhumatisme d'Heberden, et s'accompagnent quelquefois de vomissements. M. Charcot a eu l'occasion d'observer dans sa clientèle un malade, dont la mère, la sœur et la fille, affectées ainsi que lui-même du rhumatisme d'Heberden, avaient tous, à des époques diverses, souffert de violentes migraines. Cette observation présente en outre cela d'intéressant, qu'elle est un exemple remarquable de l'*influence héréditaire* dans la production du rhumatisme d'Heberden.

Depuis longtemps, on a signalé la *migraine* comme une affection qu'il est commun de voir chez les Goutteux. Récamier, et bien d'autres avant lui, ont insisté sur ce point. M. Trousseau (*op. cit.*, t. II, p. 710) cite l'observation très-intéressante d'un major anglais, qui éprouva pendant longtemps des accès de migraine parfaitement réguliers et périodiques, revenant exactement tous les quinze jours. Sous l'influence de purgatifs répétés, ces accès perdirent d'abord de leur régularité et bientôt cessèrent complètement à l'apparition d'une violente attaque de goutte au pied. Celle-ci fut combattue victorieusement par une application de sangsues et de cataplasmes laudanisés; mais le malade, quelque temps après, eut une deuxième attaque de goutte chronique, perdit sa belle santé et mourut apoplectique.

La *migraine* est donc encore une manière d'être de la *goutte larvée*; et souvent, comme le fait observer M. le professeur Trousseau,

elle est la seule expression de la prédisposition héréditaire chez des sujets nés de parents franchement goutteux.

Ainsi, nous trouvons dans cette affection un point de contact entre la goutte et le rhumatisme chronique. Il nous a paru intéressant de le signaler, tout en faisant remarquer avec M. Charcot, que la migraine paraît moins fréquente dans la première de ces deux maladies que dans la seconde.

OBSERVATION VII.

Rhumatisme chronique progressif ; hérédité ; migraine ; urticaire.

M..., âgée de 58 ans, salle Saint-Alexandre, n° 4, hospice de la Salpêtrière, service de M. le D^r Charcot.

Antécédents de la famille : Père mort à 27 ans, d'une maladie du cœur, dit la malade ; elle ne sait pas s'il a eu des rhumatismes ; il ne toussait pas. Mère morte à 67 ans, après avoir eu six attaques de paralysie, la dernière foudroyante ; elle aurait eu une attaque de rhumatisme aigu dès l'âge de 45 ans, et depuis, elle avait les mains un peu déformées ; elle était sujette aux *migraines*. Un oncle maternel, mort de la poitrine à 82 ans, et qui avait des douleurs dans les jointures. Une tante maternelle, morte à 69 ans d'une attaque de paralysie ; elle avait été sujette aux douleurs articulaires, sans cependant être alitée.

Réglée à 12 ans, menstruation régulière ; deux fausses couches et une fille morte à 6 ans, du croup ; ménopause à 47 ans.

Pas de gourmes, pas de glandes, pas de symptômes de scrofule pendant son enfance ; de l'*urticaire* vers 40 ans.

Dès l'âge de 7 ans elle était sujette à des douleurs de tête très-violentes, siégeant sur le sinciput ; ces douleurs revenaient une ou deux fois par mois ; la malade était obligée de se coucher ; les douleurs ne duraient pas plus de vingt-quatre heures ; il n'y avait ni nausées ni vomissements. Ces migraines ont cessé à l'âge de 24 ans, après la première couche. Jusqu'à la ménopause (47 ans), la santé a été excellente. Après cette époque, les migraines ont reparu une ou deux fois par mois, sans vomissements, et siégeant sur le sinciput.

Jusqu'en 1857, elle a toujours habité des logements salubres, a toujours été dans de bonnes conditions hygiéniques. A cette époque elle s'est établie concierge, dans une maison fraîchement bâtie ; son lit touchait un mur en plâtre très-humide. Elle est restée trois ans dans cette maison, et en est sortie sans

avoir encore ressenti de douleurs. En 1861, un an après avoir quitté la loge malsaine, elle a commencé à ressentir des douleurs dans l'épaule gauche, celle qui était contre le mur. Ce premier accès de douleurs a duré huit jours.

En même temps elle a remarqué un peu de gonflement des articulations métacarpo-phalangiennes des doigts, index et médium de la main gauche; ce gonflement presque indolent.

Depuis trois ou quatre ans, elle était sujette à des battements de cœur; un peu d'essoufflement quand elle montait l'escalier. Jamais les jambes n'ont été enflées; pas de grandes douleurs jusqu'il y a deux ans. La santé était bonne, sauf les migraines, et quelques élancements dans les articulations métacarpo-phalangiennes, dans la main gauche.

En juillet 1864, douleurs violentes, d'abord dans le côté droit de la poitrine, puis dans le genou droit, dans l'articulation tibio-tarsienne gauche, dans l'épaule, le coude et les articulations métacarpo-phalangiennes droites; enfin, le genou droit est devenu gonflé et douloureux.

Six mois avant son entrée à la Salpêtrière, la malade ne marchait plus.

Plus de migraine depuis le début des douleurs.

A son entrée à l'infirmerie on constate l'état suivant: douleurs dans les deux épaules, les coudes, les poignets, les articulations métacarpo-phalangiennes des index et médus, dans les genoux et les articulations tibio-tarsiennes; torticolis, tuméfaction des articulations métacarpo-phalangiennes; pas de déformation des doigts; tuméfaction des genoux et demi-flexion permanente, mouvements très-limités. La malade peut manger seule, mais ne peut travailler.

Léger souffle au cœur au premier temps.

Le 14 novembre. Prescription: bicarbonate de soude, 20 grammes.

Le 18. Prescription: bicarbonate de soude, 30 grammes.

Le 19. Prend depuis trois jours le bicarbonate de soude (30 gr.), sans soulagement des douleurs.

Urine légèrement alcaline, un peu effervescente.

Le 20. Urine très-alcaline et très-effervescente avec l'acide nitrique.

Le 21. Depuis un mois, les nuits étaient très-pénibles, à cause des douleurs violentes siégeant surtout dans les genoux. La nuit dernière a été meilleure. Ce matin, la malade a dit d'elle-même qu'elle était plus tranquille, qu'elle pouvait se retourner plus facilement dans son lit, que ses douleurs dans les genoux avaient notablement diminué. Elle a eu un peu de diarrhée ce matin.

Le 22. Cette nuit, l'amélioration a continué et s'est étendue aux mains et au cou; en même temps que les douleurs diminuent, les mouvements deviennent

plus libres. Pas de diarrhée. État général très-satisfaisant. Urines pâles, limpides, très-alkalines, très-effervescentes par l'acide nitrique.

Le 23. Elle a souffert davantage cette nuit. Bicarbonate de soude, 40 gr.

Le 25. Elle a eu de la diarrhée hier; ce matin, une selle liquide peu après avoir pris un verre de la solution alcaline. On supprime le bicarbonate de soude et on donne une pilule opium et ratanhia.

Le 27. La diarrhée est arrêtée; on reprend la solution alcaline (30 grammes). La malade a beaucoup souffert hier. Urines colorées et acides.

Le 28. Les douleurs ont été notablement diminuées hier vers huit heures et toute la nuit. Ainsi la reprise de la liqueur alcaline a amené une amélioration très-sensible; la cessation, au contraire, avait entraîné une exacerbation considérable. Urines non colorées, mais très-alkalines; grande effervescence.

Le 30. Les douleurs toujours très-fortes. Bicarbonate de soude, 40 gr.

1^{er} décembre. Elle fait remarquer que tous les deux jours, le soir, elle éprouve une recrudescence de fièvre et de douleurs; cette fièvre ne commence jamais par des frissons; elle se termine par des sueurs abondantes.

Le 3. Elle a passé une très-bonne nuit; elle se trouve notablement soulagée.

Le 7. Depuis deux jours, elle souffre davantage. Bicarbonate de soude, 45 grammes. La malade assure qu'elle prend bien son bicarbonate; cependant les urines sont assez foncées en couleur et peu effervescentes, elles sont néanmoins très-alkalines.

Le 8. La nuit dernière a été meilleure. *Sueurs alcalines*, urines très-effervescentes, très-alkalines.

Le 9. Les urines, très-alkalines, présentent un dépôt abondant qui paraît être un sel de soude et qui se dissout très-rapidement avec effervescence au contact de l'acide nitrique.

Le 11. Diarrhée hier et cette nuit. On cesse le bicarbonate de soude.

Le 12. Quelques plaques d'*urticaire* sur les fesses et sur les coudes. La malade n'ayant pas pris hier le bicarbonate, les urines de ce matin ne sont pas alcalines.

Le 15. La malade a repris le bicarbonate de soude avant-hier, et la diarrhée est revenue. *L'urticaire* s'est généralisée presque à tout le corps. Depuis cette époque, la malade prend du sirop diacode par cuillerées, en même temps que le bicarbonate de soude; de cette façon, la solution alcaline est très-bien supportée à la dose de 30 grammes.

5 janvier 1866. Urines extrêmement alcalines et effervescentes. Depuis huit ou dix jours, grand soulagement des douleurs et flexibilité des membres.

Le 28. Depuis une quinzaine, malgré la cessation, puis la réadministration du bicarbonate de soude, les douleurs vives et permanentes ont reparu dans la plu-

part des jointures. On abandonne le bicarbonate de soude pour administrer la teinture de Fowler (4 gouttes); on a été jusqu'à 6 gouttes.

5 février. On a été obligé de suspendre; les douleurs étant plus vives, la malade demande à reprendre le bicarbonate de soude. Bicarbonate de soude, 30 grammes.

Le 6. La malade a dormi toute cette nuit pour la première fois depuis huit ou dix jours. Urines très-alcalines et très-effervescentes.

Si nous avons rapporté l'observation de cette malade avec tant de détails, c'est que, indépendamment des phénomènes articulaires, *migraines, urticaire, souffle au cœur*, qu'elle a présentés, elle nous paraît offrir un exemple bien remarquable du peu de danger qu'il y a à administrer pendant longtemps et à haute dose le *bicarbonate de soude*.

Le fait dont nous parlons est sans doute en dehors du sujet de notre dissertation, mais nous avons eu si souvent l'occasion d'en vérifier l'exactitude, pendant notre année d'externat dans le service de M. le D^r Charcot, que nous cédon's au désir de le signaler.

Ce que nous disons du bicarbonate de soude, nous pourrions le dire aussi du *carbonate de lithine*, que nous avons vu expérimenter par M. Charcot à la Salpêtrière. C'est ainsi que la malade qui fait l'objet de notre 8^e observation a pris ce médicament à la dose successivement croissante de 50 centig. à 3 grammes par jour, et cela pendant un mois et demi, sans que jamais elle ait présenté, non plus que la malade de l'observation 7, ni purpura, ni saignements de nez, ni hémorrhagie quelconque, ni, en un mot, aucun accident indiquant un état de dissolution du sang.

En serait-il de même de la *potasse* et de ses sels? Les observations nous font défaut pour nous prononcer à cet égard.

OBSERVATION VIII.

Rhumatisme articulaire chronique progressif ; hérédité ; migraines. Lichen.

H..., âgée de 70 ans, salle Saint-Alexandre, n° 19, hospice de la Salpêtrière, service de M. le D^r Charcot.

Antécédents de la famille. Père atteint de rhumatisme chronique ; la malade dit qu'il avait *les mains énormes et déformées comme elle* ; mort à 52 ans, était sujet à des étouffements.

H... fut réglée à 15 ans, menstrues régulières ; a eu 11 enfants dont 4 seulement sont vivants ; 1 est mort phthisique, 1 fille est morte en couches, plusieurs sont morts en bas âge. Ménopause à 53 ans, sans troubles de la santé.

Migraines violentes après l'âge de 18 ans environ, jusque vers 50 ans. Elles durent environ deux jours et revenaient habituellement à l'époque des règles, s'accompagnaient toujours de vomissements violents ; la malade était obligée de se coucher.

Elle a eu, à plusieurs reprises, des *angines*. Jusqu'à la ménopause, la malade avait vécu dans de bonnes conditions hygiéniques ; alors, son mari étant allé en Amérique et l'ayant laissée seule avec ses enfants, elle est obligée de prendre une place de concierge dans une loge très-humide, qu'elle habite pendant treize ans. Au bout de six ans, les premières douleurs se sont manifestées dans les articulations métacarpo-phalangiennes de l'index et du médius de la main gauche. Les douleurs revenaient par accès, mais ces accès ne s'accompagnaient que d'accidents généraux modérés, et qui ne forçaient pas la malade à garder le lit.

Il y a cinq ans, en 1850, elle quitte sa loge et va demeurer dans un logement, au quatrième étage, qui n'était pas humide, mais du reste malsain et mal aéré. A cette époque, les douleurs existaient dans les deux mains, et les déformations étaient assez considérables pour forcer la malade à renoncer à sa place de concierge. Des douleurs existaient aussi dans les genoux. Elle avait souvent *du lichen, des catarrhes et accès d'étouffement*.

Le 9 juillet 1863, elle entre à la Salpêtrière ; elle marche assez péniblement, se porte d'ailleurs assez bien.

Le 25 mars, elle entre à l'infirmerie, où l'on constate les transformations suivantes : avant-bras demi-fléchi sur le bras, les doigts déjetés en masse vers le bord cubital de la main, demi-flexion des doigts sur la main, extension forcée de la deuxième phalange du médius, flexion de la phalangette.

Il serait sans doute très-intéressant de savoir quelle influence

ces deux maladies, la *goutte* et le *rhumatisme articulaire chronique*, peuvent avoir l'une sur l'autre. Tout ce que nous pouvons dire à cet égard, c'est qu'il n'y a entre elles aucun antagonisme.

Lorsqu'elles doivent affliger toutes deux un même individu, le plus ordinairement c'est le *rhumatisme articulaire chronique* qui débute et ce n'est que plus tard, vers l'âge mûr, que se manifeste le premier accès de *goutte*. Quelques auteurs veulent voir là une transformation goutteuse du rhumatisme. Tel n'est pas l'avis de M. Charcot, qui a observé que, pendant toute leur durée, les deux maladies se présentaient constamment avec leurs caractères propres, et opéraient leur évolution sans beaucoup s'influencer l'une l'autre.

Nous avons achevé ici ce que nous avons à dire des *affections viscérales dans la goutte et le rhumatisme articulaire chronique*. Dans la limite de nos forces, nous avons donc atteint le but que nous nous étions proposé en commençant ce travail ; toutefois, nous croyons bien faire en signalant encore, d'une manière très-succincte, quelques autres *manifestations abarticulaires* des deux maladies qui nous occupent.

Affections de la peau.

Le *psoriasis*, l'*acné*, et en particulier certaines formes d'*eczéma* et de *lichen* chronique ont été signalés dans la Goutte.

Le Rhumatisme, dans sa forme aiguë et subaiguë, s'accompagne souvent d'*érythème papuleux* ; l'*érythème noueux* et l'*urticaire* y sont plus fréquents encore.

Mais retrouve-t-on ces arthritides dans le Rhumatisme chronique ? Voici à cet égard les résultats que nous trouvons consignés dans le mémoire de M. Cornil : « Sur 42 malades interrogées sur leurs antécédents du côté des téguments, pour savoir si elles avaient eu dans leur première enfance des *gourmes*, de l'*eczéma du cuir chevelu*, et plus tard, dans la jeunesse et l'âge mûr, des *affections cutanées*, nous avons trouvé l'*eczéma* 5 fois ; dans 4 de ces cas, il a coexisté avec des glandes au cou ; donc il était sous l'influence de la scrofule. » L'autre cas d'*eczéma* (observation 1) répond très-bien à la description qu'a donnée M. Bazin et qu'il rapporte à l'arthritide.

M. Cornil a encore noté, chez ses malades, deux cas d'*acné rosacé*. Nous avons nous-même constaté chez deux de nos malades (obs. 7 et 8), de l'*urticaire* et du *lichen*.

C'est surtout dans le rhumatisme articulaire chronique partiel qu'on trouve les affections cutanées dont nous parlons, et M. Char-

cot a eu plusieurs fois l'occasion de vérifier l'exactitude de ce fait énoncé par M. Bazin, à savoir : la plus grande fréquence des arthritides dans les formes les moins accusées de la maladie.

Il est assez commun aussi de rencontrer dans le cours du rhumatisme articulaire chronique, certaine forme d'érysipèle remarquable par ses répétitions successives et fréquentes.

En terminant ce que nous avons à dire des affections de la peau dans le rhumatisme chronique, nous ferons observer qu'avant de se prononcer sur leur nature arthritique, il importe d'interroger avec soin les malades sur leurs antécédents. Rien n'est plus fréquent, en effet, que de constater dans ceux-ci l'existence de la diathèse scrofuleuse. Le tiers au moins des malades, observées par M. Charcot à la Salpêtrière, se sont trouvées dans ce cas.

Affections des yeux.

Nous trouvons ici entre le Rhumatisme aigu, la Goutte et le Rhumatisme chronique, un nouveau point de contact.

L'iritis et la sclérotite sont les affections qu'on a eu le plus souvent l'occasion de constater. Seudamore et Garrod l'ont noté plusieurs fois dans la goutte. Ce dernier auteur a en outre constaté dans 3 cas des *dépôts d'urate de soude dans la sclérotique*, ce qui ne laissait subsister aucun doute sur la nature gouteuse de ces affections. Bennett (1) et Watson (2) ont signalé ces mêmes maladies dans le rhumatisme articulaire aigu. On les retrouve encore dans le rhumatisme subaigu.

Quant au rhumatisme chronique, nous avons pu nous-même observer les faits dont nous parlons, chez une malade de la Salpêtrière, atteinte au plus haut degré de rhumatisme articulaire chro-

(1) *Clinical lectures*, 2^e édition, 1858, p. 214.

(2) *On the principles and practice of physic*, t. I, p. 342.

nique progressif. Cette femme, dont l'observation est consignée dans le mémoire de M. Cornil (*op. cit.*, obs. 2, p. 7), a présenté quatre fois des *ophthalmies*, dont la dernière était une *iritis* avec *kérato-conjonctivite*, précédée et accompagnée de névralgie faciale. M. Charcot nous a dit avoir vu un cas analogue dans sa clientèle ; il a de plus observé que l'*iritis*, dont nous parlons, est souvent liée à une exacerbation des douleurs articulaires.

Certaines formes de *névralgies*, et plus particulièrement la *névralgie faciale*, ont été observées également dans la goutte et le rhumatisme chronique. C'est surtout dans le rhumatisme d'Heberden que se voient ces sortes d'accidents.

Les *douleurs musculaires* dans la Goutte se montrent souvent avec le caractère qu'on leur connaît dans le rhumatisme musculaire ; d'autres fois elles s'accompagnent de *spasmes*.

Ces *spasmes musculaires* sont à peu près constants dans le Rhumatisme articulaire chronique ; et, pour le dire en passant, nous n'hésitons pas à les considérer, avec M. Charcot, comme la cause de beaucoup la plus efficace, dans la production des déformations articulaires.

L'*atrophie musculaire* qui, comme on le sait, se montre quelquefois dans le cours du rhumatisme articulaire aigu, a aussi été observée dans le rhumatisme chronique.

Parmi les nombreuses observations que M. le D^r Lailler a mises avec tant de bienveillance à notre disposition pour nous aider dans ce travail, nous en trouvons une, où il est question d'un homme de 40 ans, atteint de rhumatisme articulaire chronique progressif, et dont tous les muscles de l'épaule gauche, à l'exception du trapèze, s'étaient *atrophies* d'une manière considérable. Le petit malade qui fait l'objet de notre 3^e observation a aussi présenté une *atrophie* très-marquée, surtout aux membres inférieurs.

On a signalé encore dans la diathèse urique et dans la goutte une disposition particulière aux *anthrax malins*, *sphacèle* et aux

phlegmons de mauvaise nature. Cette fâcheuse disposition se voit aussi dans la néphrite albumineuse et dans le diabète.

Prout, en Angleterre, fut le premier à signaler cette corrélation ; M. Marchal (de Calvi) a eu le mérite de la divulguer parmi nous.

Ces accidents sont bien plus rares dans le rhumatisme chronique. Cependant M. Cornil a eu l'occasion d'en observer quelques cas, où ils déterminèrent la mort des malades. Il s'agissait, dans un cas, d'un *phlegmon diffus* du tissu cellulaire sous-cutané de la jambe ; dans trois autres cas, d'*eschares* au sacrum ; une fois, la peau était décollée dans une grande étendue, et des fusées purulentes faisaient communiquer l'eschare avec l'articulation de la hanche ; enfin, dans un cinquième cas, l'auteur a constaté la *gangrène* de la bouche.

Pour terminer l'énumération un peu rapide que nous venons de faire, nous ajouterons que M. Charcot a eu l'occasion d'observer quatre ou cinq fois un *œdème éléphantiaque* des membres abdominaux, chez des malades de la Salpêtrière, atteintes de rhumatisme articulaire chronique. La malade de notre 9^e observation en est un exemple remarquable.

Le plus ordinairement cet accident s'accompagne, à l'origine du moins, d'un appareil fébrile assez intense et de symptômes généraux en apparence graves. Au début, les membres sont rouges, tuméfiés et douloureux, on les dirait sous la menace d'un vaste phlegmon diffus. Mais, ici, au lieu que l'inflammation se termine par la mortification du tissu cellulaire sous-cutané et la formation de vastes fusées ; peu à peu, on la voit se dissiper, la rougeur s'efface, les douleurs se calment et il ne subsiste qu'une simple hypertrophie du tissu cellulaire sous-cutané.

OBSERVATION IX.

Rhumatisme chronique ; œdème éléphantiaque des membres inférieurs.

B..., âgée de 45 ans, salle Sainte-Cécile, n° 2, hospice de la Salpêtrière, service de M. le D^r Charcot.

La malade assure n'avoir jamais connu de rhumatisants dans sa famille.

Réglée à 11 ans, les menstrues furent toujours régulières, jusqu'à ces derniers temps, où elles furent un peu troublées, comme on le verra dans la suite de l'observation. Elle n'a jamais eu de migraines, pas d'érysipèles de la face, pas de maladies scrofuleuses ni d'affections de la peau; santé habituelle bonne. Jusqu'à l'âge de 19 ans, elle habita la campagne, et vécut dans de bonnes conditions hygiéniques. A cette époque elle vint à Paris, où elle exerça la profession de cuisinière. Parmi les logements qu'elle habita, il y en eut un très-humide, et de plus, elle avoue qu'il lui arrivait souvent de se mettre les pieds dans l'eau froide, alors qu'elle sortait de son travail, très-échauffée et transpirant beaucoup.

Il y a quatre ans environ, la malade fut prise de douleurs, siégeant d'abord exclusivement sous la plante des pieds; bientôt elles se fixèrent dans l'articulation du genou gauche, et, cinq mois après leur début, elles forçaient la malade à garder le lit. Elle resta ainsi alitée chez elle pendant six mois. A cette époque, elle entre à la Charité, dans le service de M. le Dr Pelletan, d'où elle sort onze mois après pour venir à la Salpêtrière.

Au mois de novembre 1865, elle entre dans le service de M. Charcot, où l'on constate l'état suivant: les deux genoux sont tuméfiés et douloureux; les articulations tibio-tarsiennes présentent un œdème dur, non douloureux, dont le début, au dire de la malade, remonte à l'époque de son entrée à la Charité; le poignet gauche est complètement immobile, le droit jouit encore de quelques mouvements fort obscurs; tous les doigts, mais surtout les médus, sont gonflés, douloureux et présentent les déformations caractéristiques du rhumatisme articulaire chronique.

Il y a quatre mois environ, elle fut prise d'un malaise général, avec sensation d'étouffement, de constriction à l'épigastre et au gosier; la respiration était suspirieuse, fréquente; la face vultueuse, les extrémités fraîches, le pouls à 136; rien d'anormal au cœur. La nuit suivante, la malade fut agitée par de violents frissons, et le lendemain la jambe droite était enflée; cette enflure gagne bientôt la cuisse, et l'on constate sur tout le membre abdominal un œdème dur, sans rougeur, avec marbrures bleuâtres; les veines se dessinent sous la peau; la pression est très-douloureuse, surtout à la partie postérieure et interne de la cuisse, vers le creux poplité; pas de douleurs au pli de l'aîne, ni sur le trajet de la veine fémorale. A gauche l'œdème est un peu moins prononcé.

On prescrit 1 gramme de sulfate de quinine, 40 sangsues, et une application de laudanum sur les cuisses. La malade continue à avoir quelques frissons, mais le pouls tombe à 116; il est régulier; les bruits du cœur sont normaux; pas de râles dans la poitrine.

Un mois environ après le début des accidents aigus, on constate l'état suivant : les membres inférieurs, distendus dans leur ensemble, sont toujours très-volumineux ; moins de douleur à la pression et spontanément, la peau moins rouge ; l'empreinte du doigt est plus profonde, plus lente à s'effacer ; pas de liquide dans les jointures des genoux ; santé générale bonne ; peu d'appétit.

Aujourd'hui les douleurs dans les articulations sont à peu près nulles, sauf les jours où le temps doit changer. Le gonflement œdémateux des membres inférieurs a un peu diminué, mais est plus dur, plus résistant ; la peau est sèche et d'une teinte un peu terreuse. La jambe et le pied droits sont encore assez douloureux, surtout à la pression. L'auscultation ne révèle rien d'anormal au cœur, mais des râles ronflants et sibilants des deux côtés de la poitrine. Les urines ne sont pas albumineuses. La malade mange peu, mais digère bien ce qu'elle prend ; sa santé générale est excellente.

On pourrait peut-être se demander pourquoi, après avoir traité également de la Goutte et du Rhumatisme articulaire chronique, nous n'avons pas produit une seule observation relative à la première de ces maladies. La rareté excessive de la Goutte dans les hôpitaux (en France du moins) explique assez cette lacune.

QUESTIONS

SUR

LES DIVERSES BRANCHES DES SCIENCES MÉDICALES.

Physique. — Chaleur animale.

Chimie. — Des combinaisons du phosphore avec l'oxygène; propriétés et préparations des acides phosphoreux et phosphoriques.

Pharmacologie. — Du vinaigre de vin; quelles sont les altérations qu'on lui fait subir et des moyens de les reconnaître? Quels sont les principes que le vinaigre enlève aux plantes? Comment prépare-t-on les vinaigres médicinaux?

Histoire naturelle. — Caractères distinctifs des batraciens; comment les divise-t-on? De la grenouille, du crapaud; leurs produits.

Anatomie. — Des articulations de la colonne vertébrale.

Physiologie. — Usages du nerf grand sympathique.

Pathologie interne. — De l'ulcère chronique simple de l'estomac.

Pathologie externe. — Des luxations de l'astragale.

Pathologie générale. — De la contagion et de l'infection.

Anatomie pathologique. — De l'hypertrophie glandulaire.

Accouchements. — Des vomissements incoercibles.

Thérapeutique. — De l'accoutumance en thérapeutique.

Médecine opératoire. — Du mode d'application des caustiques minéraux.

Médecine légale. — Quelle est la valeur relative des faits sur lesquels un expert peut se fonder pour affirmer qu'il y a eu empoisonnement?

Hygiène. — Des pays chauds.

Vu, bon à imprimer.

BAILLON, Président.

Permis d'imprimer.

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,

A. MOURIER,