

minance thoracique, affection débutant le plus souvent à l'âge adulte ou vers la ménopause, observée jusqu'ici uniquement chez la femme et caractérisée par des déformations intéressant surtout le thorax et spécialement le rachis, lésions progressant par poussées de plusieurs mois comportant de vives dou-

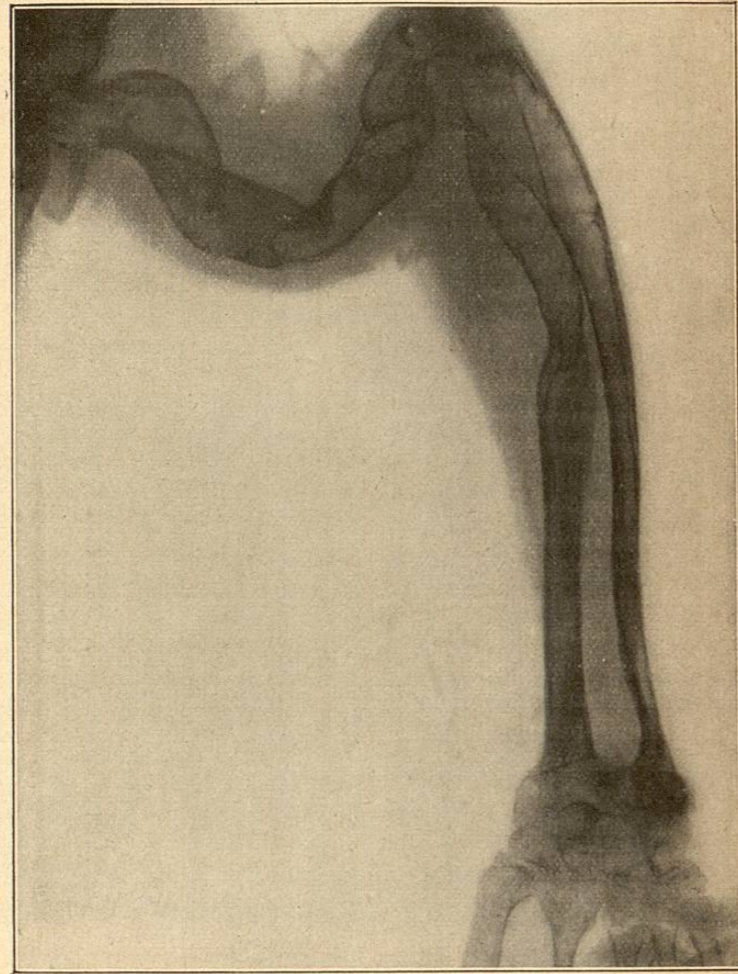


FIG. 209. — Ostéomalacie (cas du Professeur Berger).
Radiographie montrant les déformations des os du membre supérieur et leur récalcification partielle.

leurs indépendantes des trajets nerveux. Dans ces cas, la mort est résultée d'accidents thoraciques tels qu'il en éclate souvent chez les bossus.

Diagnostic. — Impossible à la période initiale, purement douloureuse, il est facile après l'apparition des déformations. La radiographie, en permettant d'apprécier l'état du squelette et sa teneur en sels calcaires, lui

apporte un précieux concours (voy. la fig. 209). Le diagnostic précoce du bassin ostéomalacique et du bassin rachitique offre une importance capitale en obstétrique.

V. — GOUTTE

Signes étiologiques. — La goutte, maladie générale, à paroxysmes surtout articulaires, est plus commune dans le sexe masculin, et de 50 à 55 ans, quoique possible à tout âge. En dehors de l'intoxication saturnine, les causes en sont encore obscures. Quelquefois héréditaire, sévissant plutôt dans les classes aisées, la goutte semble favorisée par la vie sédentaire et par une alimentation copieuse et recherchée.

La maladie revêt quatre formes principales : 1° *goutte articulaire aiguë*; 2° *goutte musculaire*; 3° *goutte articulaire chronique*; 4° *goutte viscérale* ou *abarticulaire*.

Goutte articulaire aiguë. — Cette forme se résume dans l'attaque de goutte franche.

Troubles diathésiques. — Indépendamment des prodromes, l'attaque est précédée de loin par une série de signes légers propres au *tempérament gouteux* : poussées d'eczéma, d'impétigo, d'érythèmes variés, d'urticaire, d'herpès; acné, furoncles, psoriasis; manifestations catarrhales multiples telles que : épistaxis, coryzas, laryngites, bronchites, angines, conjonctivites; troubles nerveux : migraines, vertiges, névralgies (sciatique ou cubitale); dysménorrhée chez la femme; troubles digestifs variés et précoces : appétit capricieux, digestions laborieuses, dyspepsie atonique, état gastrique intermittent, constipation habituelle, hémorroïdes.

Prodromes de l'attaque. — Ils sont inconstants et variables selon les sujets. Tantôt, c'est une certaine torpeur cérébrale ou, au contraire, des signes d'excitation : insomnie, cauchemars; tantôt surviennent des engourdissements, des crampes, des soubresauts musculaires dans les membres. Ailleurs, c'est la jointure menacée qui est le siège d'un peu d'œdème ou de dilatations veineuses superficielles.

Accès franc. — L'accès éclate d'habitude, de minuit à 5 heures du matin, mais quelquefois aussi le jour ou le matin. En général, l'*articulation métatarso-phalangienne du gros orteil gauche* est prise d'abord. Les deux gros orteils sont assez souvent pris simultanément; le début par les malléoles, le genou ou la main (articulations phalango-phalangiennes ou du métacarpe), est bien plus rare. Le genou, la hanche, les grandes articulations du membre supérieur ne sont généralement frappées que plus tard.

D'une acuité extrême, la *douleur gouteuse* est comparée par le malade à une brûlure, à un déchirement, à un écrasement, à des élancements fulgurants; tout mouvement ou frôlement, le seul ébranlement du lit l'exaspèrent. La région atteinte est rouge et tendue; marbrée ou violacée, la peau, comme

amincie, y est lisse et vernissée. Bientôt apparaît l'œdème, puis une turgescence veineuse qui peut s'étendre à tout le membre.

Après cinq à six heures, la douleur s'apaise, à l'aube, graduellement ou brusquement. Alors, l'articulation, plus rouge et plus œdématisée, reste encore très sensible au palper, quoique exempte de douleur spontanée. Celle-ci pourtant se réveille l'après-midi, croît et persiste la nuit suivante, pour céder de nouveau le matin, et ainsi de suite pendant 2, 3, 5 jours ou plus, suivant les cas. Finalement, œdème et rougeur s'effacent, et souvent l'épiderme desquame.

Signes généraux. — Le malade est agité et fiévreux; la langue, recouverte d'un enduit blanc jaunâtre ou verdâtre, est quelquefois sèche et rouge sur les bords; l'haleine est fétide. Sans appétit, le sujet souffre souvent de nausées ou même de vomissements aqueux ou bilieux; la gastralgie, les éructations, la constipation sont fréquentes: le foie est communément sensible et un peu tuméfié; le cœur présente souvent des palpitations ou des intermittences.

Après la crise, la jointure reste quelques jours un peu raide et sensible, puis tout rentre dans l'ordre.

Il arrive que le premier accès demeure unique, mais, bien plus fréquemment, il en survient de nouveaux; à des intervalles, du reste, très variables, suivant les sujets: un an, 2 ans, 10 ans, ou 2 à 5 fois par an. Quand ils se multiplient, le nombre des jointures atteintes va souvent croissant (chevilles, genoux, hanches, etc.).

Accès frustes. — Quelquefois l'accès se réduit à une simple gêne que le malade impute à un choc, à une engelure, à un petit traumatisme (*petite attaque* de Lecorché): ailleurs, la douleur siège au poignet ou à l'épaule. Cette forme comporte souvent des localisations viscérales précoces.

Un traumatisme antérieur, une fatigue professionnelle peut aussi déterminer le siège de l'attaque (médius et petit doigt gauches chez un violoniste). La *goutte aiguë d'emblée généralisée* en impose pour un *rhumatisme articulaire aigu*, n'en différant que par le syndrome urinaire, les caractères du sang et l'existence de tophus.

Habituellement péri-articulaire, la goutte peut se localiser dans les tendons, notamment le tendon d'Achille.

Goutte articulaire chronique. — Elle est caractérisée par: la répétition des attaques, moins franches; les déformations articulaires et les dépôts tophacés.

Plus longues, moins aiguës, les attaques, souvent plus diffuses, apyrétiques, comportent peu de rougeur et des épanchements synoviaux tenaces. La goutte chronique déforme les épiphyses, détermine des ankyloses, des attitudes vicieuses (flexion, extension, déviation latérale) ou des subluxations. Souvent, les orteils sont déjetés vers l'axe du membre, les doigts de la main déviés vers son bord cubital, à peu près comme dans le rhumatisme chronique.

Tophus. — Les régions articulaires, et quelques autres, deviennent le siège

de petites tumeurs formées par des urates (de soude surtout), infiltrés dans les tissus; ce sont les *tophus*, d'abord mous, puis de consistance pierreuse, occupant souvent les bourses séreuses péri-articulaires, en particulier les bourses olécrânienne et pré-rotulienne. Sous-cutanés ou intra-dermiques, ils respectent la peau ou l'amincissent, la rendant lisse, transparente et nacré. Les tophus tantôt demeurent stationnaires, tantôt se résorbent ou s'ouvrent, sans suppurer, pour donner issue à une bouillie crayeuse; d'autres fois encore, ils suppurent et s'abcèdent.

Les sièges habituels des tophus ab-articulaires sont: l'ourlet de l'oreille ou le sillon de l'hélix; la crête ou les ailes du nez; plus rarement: le cuir chevelu, les paupières, le corps caverneux. Leur constatation offre une grande valeur diagnostique.

Les goutteux chroniques sont exposés aux accidents graves de la *goutte dite rétrogradée*, ou de la *goutte viscérale*, susceptibles d'éclater en dehors de toute localisation articulaire.

Cachexie goutteuse. — La répétition des attaques de goutte finit par aboutir à une anémie progressive et à une cachexie véritable, n'épargnant aucun appareil. En proie à un vague endolorissement, à des vertiges, à une grande lassitude, à l'insomnie, le goutteux, sans appétit, offre souvent de l'intolérance gastrique ou de la diarrhée, des palpitations ou de la dyspnée d'effort et verse finalement dans l'apathie et la mélancolie. Le teint est terreux, la canitie précoce; les urines renferment, par intermittences, soit du sucre, soit de l'albumine. A la fin, l'œdème envahit les membres inférieurs, l'ascite apparaît, puis la mort arrive dans le marasme.

Goutte vertébrale. — Les articulations de la colonne cervicale ou de la colonne lombaire (*goutte cervicale* et *goutte lombaire* de Lecorché) sont prises; il en résulte: des *craquements* dans les mouvements de la tête ou du tronc, des *névralgies* rebelles, des *douleurs* fixes, et parfois des complications graves (troubles cérébraux, atrophie musculaire, paraplégie) semblant tenir à des lésions encéphalo-spinales ou méningées directes.

Goutte musculaire. — A côté de la goutte articulaire classique, d'abord aiguë franche, puis chronique, existe une forme *chronique d'emblée* qui respecte presque entièrement les jointures et se localise spécialement sur les muscles, les tendons et les gaines synoviales. La *goutte musculaire* (Lecorché⁽¹⁾, F. de Grandmaison⁽²⁾), qui frappe habituellement les sujets de souche goutteuse, obèses ou non, est essentiellement caractérisée par des *myalgies*, localisées ou diffuses, qui, bientôt compliquées d'amyotrophies, finissent par réaliser une impotence fonctionnelle plus ou moins profonde. Les myalgies goutteuses, plus vives après un repos prolongé, exaspérées par l'humidité et le froid, se localisent plutôt sur les muscles d'activité réduite dans la vie courante. Les plus éprouvés sont: au *tronc*, les muscles du dos, les muscles respirateurs accessoires, les masses sacro-lombaires; aux *membres*

(¹) LECORCHÉ, *Traité de la goutte*.

(²) F. DE GRANDMAISON, *La goutte musculaire*, 1 vol., Rueff, 1901.

supérieurs, le deltoïde, le triceps brachial, les extenseurs du poignet; aux *membres inférieurs*, le quadriceps crural, les gaines tendineuses du cou-de-pied et de la plante du pied. A la goutte musculaire, ressortissent également: certains *torticolis*, certaines *dyspnées* par endolorissement du diaphragme, nombre de *lumbagos* imputés à l'arthrisme vague, beaucoup de crampes nocturnes du triceps sural et des fléchisseurs des orteils. Les goutteux de cette catégorie sont exposés aux mêmes complications viscérales que les autres et présentent un syndrome urinaire identique.

Goutte ab-articulaire. — Très fréquents, les accidents ab-articulaires de la goutte sont tantôt associés à l'arthrite (avant ou après), tantôt isolés.

Appareil digestif. — Certains goutteux souffrent de *maux de dents*, sans carie ni périostite, comportant parfois le besoin de grincer des dents; d'autres, de *douleurs linguales* profondes. Ils sont très sujets à la *pharyngite granuleuse*, aux *amygdalites à répétition*, plus rarement à l'*œsophagisme*. Il est des *crises gastriques* qui se jugent par un accès de goutte. La *gastrite goutteuse* se traduit par: la tension aiguë et douloureuse de l'estomac; par une intolérance gastrique absolue, soit avec sueurs froides et tendance à la syncope ou au collapsus, soit avec hyperthermie et prostration.

La *goutte intestinale* consiste tantôt en *coliques* très pénibles, avec météorisme ou rétraction abdominale, tantôt en une *entérite véritable*, avec *diarrhée dysentérique*.

Souvent atteint par la goutte, le foie traduit sa souffrance par du *subictère* et des *douleurs* dans l'hypocondre droit. La *lithiase biliaire* peut coïncider avec la goutte sans s'y rattacher directement.

Cœur et vaisseaux. — Les *palpitations*, les *intermittences* compliquent souvent la dyspepsie goutteuse. La *myocardite chronique* est une des plus graves conséquences de la goutte. Elle s'y présente avec ses signes habituels: oppression, dyspnée d'effort, pouls irrégulier, œdèmes, quelquefois accidents subits tels que *crises syncopales* ou *apoplectiformes*.

Fréquente, l'*angine de poitrine goutteuse* comporte des douleurs très aiguës, quelquefois prolongées, susceptibles de céder à l'apparition d'un accès de goutte ou au traitement de la goutte; elle est distincte des *névralgies précordiales* fréquentes dans la goutte. La coïncidence commune de cette dernière avec l'athérome et l'aortite chronique y rend l'*angine de poitrine vraie* également possible.

Les goutteux sont sujets aux *varices* et aux *hémorroïdes*, ou même à des *fluxions hémorroïdaires* qui alternent avec les crises articulaires. On a décrit une *phlébite goutteuse*, associée ou non à l'accès de goutte, procédant par poussées répétées, non suppurées, terminées souvent par résolution, mais parfois compliquée d'embolie pulmonaire curable.

Appareil respiratoire. — Les *laryngites* congestive et granuleuse sont banales chez les goutteux; mais on a en outre décrit une forme spéciale compliquée de dépôts uratiques.

Certains auteurs reconnaissent à la fièvre des foins, à l'asthme, une parenté

plus ou moins étroite avec la goutte, idée que semblent confirmer quelques faits. La plupart des observateurs admettent une *bronchite goutteuse*. On a vu du reste des concrétions uratiques dans les ramifications bronchiques et des bronchites avec expectoration chargée d'acide urique (Lecorché). Il est aussi des bronchites qui cèdent soudain à l'apparition de l'arthrite goutteuse.

Appareil génito-urinaire. — Le rein subit constamment et profondément, l'atteinte de la dyscrasie goutteuse. On observe d'abord, dans les urines, des *sables* et des *concrétions uratiques* qui, en passant, déterminent souvent une albuminurie temporaire. De fait, tous les goutteux commencent par être graveleux. Aussi observe-t-on chez eux, dans un tiers des cas, la *colique néphrétique*; par contre, les gros calculs vésicaux compliquent rarement la goutte. L'élimination prolongée de produits uratiques et auto-toxiques finit par entraîner la *sclérose rénale progressive* et le syndrome complexe qu'elle comporte (albuminurie, polyurie, urémie, hypertrophie du ventricule gauche), identique à celui que détermine la néphrite interstitielle. Les goutteux meurent souvent d'insuffisance rénale.

L'*hématurie* d'origine rénale, due à l'action irritante des urines chargées d'urates, survient quelquefois isolément chez les goutteux (sans gravelle) et mérite l'épithète de *goutteuse*.

L'*intolérance vésicale*, sans cystite infectieuse, entraînant des besoins d'uriner très impérieux et très fréquents (vessie irritable), ressortit aussi à la goutte.

Les liens qui unissent à la goutte certaines *urétrites*, *orchites* ou *prostatites* qui lui sont attribuées sont encore discutables et discutés.

La nature goutteuse de certaines *métrites* pseudo-membraneuses, de certaines *métrorragies* est moins douteuse.

Système nerveux. — Sont imputables à la goutte quelques troubles cérébraux indépendants des lésions en foyers ou des accidents urémiques. La *céphalalgie goutteuse*, continue ou rémittente, parfois très rebelle, cédant à une crise articulaire ou alternant avec la colique néphrétique, est justiciable du colchique, et, contrairement à la migraine, ne comporte ni troubles oculaires, ni vomissements. On peut observer aussi des *crises épileptiformes* (*éclampsie goutteuse*) ou *apoplectiformes* consécutives à des applications froides sur des arthropathies goutteuses. Ailleurs, les accidents consistent en une *torpeur progressive* aboutissant au *gâtisme*, ou en *phénomènes délirants hyperthermiques* rappelant le rhumatisme cérébral et susceptibles de céder à une crise articulaire. Certaines formes passagères et curables d'*aliénation* ont aussi été rattachées à la goutte.

Les douleurs dans le rachis et les membres, la parésie des membres inférieurs observées chez les goutteux ne sont pas toujours nécessairement de nature goutteuse.

L'origine goutteuse de certaines *sciaticques* aiguës ou chroniques est incontestable (infiltration uratique des gaines nerveuses). Le *trijumeau*, les *intercostaux*, le *cubital* sont également exposés à la névrite goutteuse.

Ressortissent encore parfois à la goutte: les *migraines*, les *vertiges*, la

diplopie, les mouches volantes, les *bourdonnements d'oreille*, l'insomnie rebelle, l'*état neurasthénique*.

Muscles. — On observe souvent chez les goutteux, mêmes articulaires : des *contractions fibrillaires* des muscles, des *crampes*, de la *pleurodynie*, du *lumbago*, des *spasmes douloureux du diaphragme* simulant l'angine de poitrine.

Les névrites, les arthropathies entraînent des *amyotrophies* plus ou moins étendues.

Peau. — Les goutteux sont sujets à des dermatoses très diverses : *eczéma*, *acné*, *psoriasis*, *prurit*, *urticaire*.

Yeux. — A la goutte appartiennent : certaines conjonctivites ou blépharites; des infiltrations uratiques de la cornée et du cristallin; la sclérite et l'iritis goutteuses (iritis hémorragique).

Fièvre goutteuse. — Quoique inconstante, la fièvre est commune dans la goutte. Au cours des accès francs, la température oscille entre 38° et 39°, atteignant rarement 40° et 41°⁽¹⁾. Elle monte de 10 heures du matin à minuit et baisse de quelques dixièmes de minuit à 8 heures du matin. La fièvre se montre avec l'accès, assez brusquement et dure 2, 3 ou 4 jours; le pouls n'est pas toujours très accéléré. Les articulations malades présentent constamment de l'hyperthermie locale.

Sang. — Garrod a démontré la présence de l'*acide urique* dans le sérum sanguin des goutteux (voy. *Examen du sang*). Le sang contient, en effet, constamment, un excès d'acide urique (5 à 15 milligrammes pour 100 en moyenne). Cependant, cette règle souffre des exceptions (Potain, Debove)⁽²⁾; il est possible que, dans ces cas, l'acide urique revête dans le sang une forme déguisée. En tout cas, l'uricémie manque dans le rhumatisme noueux, extérieurement si voisin de la goutte; elle existe par contre dans : la leucémie, la chlorose, le mal de Bright, certaines cirrhoses, etc., plus marquée même que dans la goutte. La *lactescence du sérum* coïncidant avec de la phosphaturie a été également constatée dans la goutte (Debove, A. Jousset).

L'*anémie*, plus ou moins prononcée, est habituelle chez les vieux goutteux. L'*alcalinité du sang* est diminuée. L'acide urique est décelable dans diverses humeurs : sérosités pleurétique, ascitique, péricarditique; sérosité des vésicatoires, sueurs, salive, larmes.

Urines. — La composition des urines est très variable avec les diverses phases de la goutte.

Phase prodromique. — Avant la première attaque de goutte existent déjà des signes particuliers : gêne ou pesanteur lombaire, cuisson périnéale, pollakiurie, polyurie (1800 à 2200 centimètres cubes). Les urines sont colorées, plus rarement pâles; elles sont *denses* (1025-1050), contenant souvent de petites *paillettes brillantes* à la lumière transmise; elles sont très *acides*, par excès de phosphate acide de soude, et laissent déposer : des *urates* (urate de soude surtout), de l'*acide urique* et des *phosphates*. Toujours accru, à

⁽¹⁾ Voy. DEBOVE, *Arch. gén. de méd.*, 1905, p. 1241.

⁽²⁾ Voy. DEBOVE, *Arch. gén. de méd.*, 1905, p. 866.

cette période, l'acide urique éliminé atteint (en 24 heures) 1^{er},50, 1^{er},80, au lieu de 50 centigrammes. Le taux de l'urée croît parallèlement (55, 40, 45 grammes), celui de l'acide phosphorique de même.

Période des attaques. — Quand éclate l'attaque de goutte, l'urine diminue, et son volume tombe à 1200, 1000, 800 centimètres cubes; elle devient plus dense, plus foncée, plus acide. Le taux de l'urée, de l'acide urique, de l'acide phosphorique, baisse fortement (de moitié parfois); les phosphates peuvent augmenter (J. Teissier); on rencontre quelquefois un peu d'*albumine* et même de *sucre*, presque constamment une certaine quantité d'*urobiline* (Letienne). Vers la fin de l'accès de goutte, l'urine augmente de nouveau (1200, 2000 centimètres cubes), pâlit, devient moins dense, tandis que l'acide urique s'accroît déjà au fort de l'attaque (Lecorché); l'urée reste encore faible; l'acide phosphorique ne remonte que lors de la convalescence. Après l'attaque, l'urine reprend les caractères qu'elle offrait avant : hyperacidité, surcharge urique, hyperazoturie.

Phase chronique. — Lorsque la goutte, devenue chronique et atone, comporte un certain degré de cachexie, l'urine moins colorée, moins dense, moins acide, contient un taux d'urée et d'acide urique égal ou inférieur à la normale (par épuisement); mais celui-ci peut se relever, lors des poussées aiguës. C'est à cette période que l'*albuminurie* devient fréquente, ainsi que la *glycosurie goutteuse*, généralement légère, intermittente et rapidement réductible par le régime.

On a signalé plus récemment, dans les urines goutteuses, la constance de *principes alloxuriques* (bases xanthiniques dérivées de la nucléo-albumine) en excès qui motiveraient les lésions rénales et artérielles (Kolisch).

Diagnostic. — La goutte franche, la goutte avec tophus est facile à reconnaître. Souvent, la difficulté consiste à savoir faire la part exacte de la goutte dans les accidents viscéraux observés.

Le *rhumatisme articulaire aigu franc* diffère de la goutte : par le nombre et le genre des articulations qu'il frappe (grandes articulations); par sa mobilité; par l'anémie et les complications cardiaques qu'il entraîne, etc. Le *rhumatisme subaigu*, torpide, est souvent bien plus difficile à distinguer de la goutte, d'autant plus qu'il n'épargne pas les goutteux. De même la *goutte aiguë généralisée* offre de grandes ressemblances avec le rhumatisme articulaire aigu.

Contrairement à la goutte, le *rhumatisme chronique déformant* offre un début lent et insidieux, des lésions symétriques, une marche progressive, sans uricémie. La goutte peut cependant simuler l'*arthrite sèche* et reproduire les *nodosités d'Héberden* qui, d'habitude, ressortissent au rhumatisme.

La goutte musculaire ne sera distinguée que grâce à une analyse clinique attentive (syndrome urinaire) : du *rhumatisme chronique vague* et surtout du *rhumatisme fibreux*.

La *glycosurie des goutteux* peut revêtir deux formes : elle est tantôt intermittente et réductible, liée au *diabète goutteux*; tantôt irréductible et

progressive, attribuable au *diabète vrai* chez un goutteux. Semblable division est du reste plutôt théorique. Le diabète goutteux est avant tout un diabète bénin, lent, compatible avec un état général relativement bon.

L'*albuminurie goutteuse* est celle qui accompagne momentanément l'accès de goutte aigu (par décharge urique). Elle est curable et distincte de l'albuminurie tardive, symptomatique du rein goutteux, qui comporte : la polyurie, l'hypertrophie du ventricule gauche et l'hypertension artérielle.

La *goutte saturnine* a été étudiée au chapitre *Intoxication saturnine*

IV. — RHUMATISMES EN GÉNÉRAL

Préliminaires techniques. — Ponction des séreuses articulaires. — Le diagnostic précis des arthropathies, même médicales, exige souvent l'examen du liquide articulaire extrait par ponction ; aussi la technique de la ponction des séreuses articulaires est-elle une introduction naturelle à l'étude clinique des rhumatismes.

Technique. — L'important est de pénétrer dans la cavité articulaire sans buter sur les surfaces osseuses. On ponctionne généralement le *cul-de-sac principal de la synoviale*. Au *genou*, c'est le *cul-de-sac sous-tricipital* qui fait saillie au-dessus de la rotule, dans l'extension, quand l'épanchement est notable. A l'*épaule*, c'est le cul-de-sac antérieur que l'on ponctionne.

La synovie normale est visqueuse ; les épanchements pathologiques contiennent des flocons fibrineux ; l'inflammation amplifie les franges synoviales, toutes causes capables d'obturer l'aiguille, au cours de l'aspiration. Celle-ci doit donc être lente. Si le liquide coule mal, on retire et on renforce légèrement l'aiguille.

Liquides recueillis. — Le liquide peut être *séreux, hémorragique* ou *purulent*, plutôt chocolat dans ce dernier cas. A l'examen direct sur lamelle, les *liquides séreux* contiennent souvent des agents pathogènes (streptocoque, staphylocoque, gonocoque, bacille d'Eberth) ; la présence du bacille de Koch n'est guère démontrée que par *inoculation* ou *inoscopie*.

Généralement d'origine traumatique, les *liquides hémorragiques* renferment, dans les cas rares où ils sont liés à une septicémie (*purpura*), l'agent de l'infection causale. Le streptocoque y a été rencontré.

Les *liquides louches* ou franchement *purulents* doivent toujours être soumis à l'examen bactériologique (direct sur lamelles, ou par les cultures sur milieux solides) dont le résultat décide du pronostic et du traitement. On y trouve le streptocoque, le staphylocoque, le pneumocoque ; plus rarement, le gonocoque. Il arrive aussi que ces liquides soient *stériles*. Quoique le pus d'origine tuberculeuse présente souvent un aspect particulier, l'inoculation au cobaye permet seule d'en bien préciser la nature.

Classification. — Le terme *rhumatisme* a été longtemps appliqué à un ensemble d'affections disparates, aiguës ou chroniques, fébriles ou apyrétiques, ayant peut-être pour seul caractère commun la localisation de phé-

nomènes douloureux sur les articulations, les systèmes fibro-tendineux et musculaire, mais différant en bien des points, quant aux symptômes généraux et viscéraux.

On reconnaît encore actuellement trois grandes classes de rhumatismes : le *rhumatisme articulaire aigu franc*, poly-arthrite infectieuse spécifique, dont l'agent pathogène est encore imparfaitement précisé ; les *pseudo-rhumatismes infectieux* qui ne sont que des localisations articulaires d'infections bactériennes, classées ou non ; le *rhumatisme chronique*, terme qui embrasse un certain nombre d'arthropathies à évolution lente, dont la classification laisse encore à désirer, grâce à l'incertitude qui plane sur leur véritable nature.

A. — RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU FRANC

Le rhumatisme articulaire aigu, qui trouve place en ce chapitre pour des raisons purement traditionnelles, est une infection fébrile caractérisée par des arthropathies multiples, mobiles, et souvent aussi par des déterminations sur les séreuses viscérales ; en particulier, sur l'endocarde et le péricarde.

Mode de début. — Le début est généralement précédé de *prodromes* : courbature, lumbago, pleurodynie, coryza, angine ou trachéobronchite légère (G. Weber) ⁽¹⁾. Les douleurs siègent habituellement d'abord aux extrémités. Quelquefois elles succèdent à plusieurs jours de *fièvre rhumatismale* (hyperthermie, malaise général).

Arthrite rhumatismale. — Les articulations prises sont légèrement teintées de rose, en particulier celles que recouvre une peau fine (poignet, phalanges, cou-de-pied, faces dorsale et interne du pied) ; la rougeur est parallèle à l'interligne articulaire et aussi aux gaines tendineuses. La jointure elle-même est plus ou moins tuméfiée, grâce à la congestion des parties molles et à un léger épanchement ; sa température locale présente une élévation notable.

Le phénomène dominant est la *douleur*, souvent atroce, réveillée par le moindre ébranlement, la moindre pression, condamnant le malade à l'immobilité absolue dans une attitude propre à relâcher muscles et ligaments (membres supérieurs légèrement écartés du corps, avant-bras un peu fléchis, doigts écartés ; segments du membre inférieur en demi-flexion et rotation externe). Plutôt péri-articulaire, la douleur occupe surtout les parties fibreuses de l'articulation, les points d'insertion des tendons et des lames tendineuses.

La *sensibilité cutanée* (au tact et à la douleur) des parties malades est réduite ou exaltée ; la *sensibilité faradique* peut être diminuée ou abolie. La *sensibilité au froid* est diminuée, la *sensibilité au chaud* exaltée. Les *mouvements communiqués* à la jointure peuvent être indolents, si le membre est dans la résolution complète (Lasègue). Chaque arthrite ne dure guère que

⁽¹⁾ G. WEBER, *Soc. de thérap.*, février, mars 1895.