

de *rhumatisme hyperpyrétique* que la médication par les bains froids a donné de très beaux succès (M. Raynaud, Féréol, Blachez).

Les accidents cérébraux, au lieu de prendre une forme aiguë et de se développer à la période d'état du rhumatisme aigu, peuvent se produire à la période de déclin sous une forme sub-aiguë ou chronique, caractérisée surtout par des troubles psychiques, qui méritent les noms de *folie*, de *manie* ou de *lypémanie rhumatismales* qui leur ont été donnés. Les choses se passent en général de la façon suivante : un malade, après avoir subi une atteinte de rhumatisme aigu compliqué ou non d'accidents cardiaques, paraît être entré en convalescence, la fièvre et les douleurs articulaires ont disparu, quand on s'aperçoit à divers indices que le caractère change ; le malade devient sombre, soupçonneux, taciturne, il se renferme dans un mutisme absolu ; s'il consent à répondre aux questions qu'on lui pose, on apprend qu'il a des hallucinations de la vue et de l'ouïe, il voit des animaux étranges, il se figure que des parents morts depuis longtemps viennent le visiter, il croit que les personnes chargées de le soigner et de le surveiller en veulent à sa vie ; parfois il prétend qu'il est mort et il refuse de prendre de la nourriture. Le faciès est celui des lypémaniques : les traits sont tirés, amaigris. Les malades s'efforcent de se dérober quand on s'approche d'eux et on les surprend souvent à verser des larmes sans aucun motif ; quelques-uns tentent de se suicider.

L'agitation peut être considérable, comme dans la manie aiguë : les malades cherchent sans cesse à se lever et à tromper la surveillance de leurs gardiens, ils prononcent des phrases sans suite ou se répandent en cris et en gémissements. Après cette période d'excitation, ils retombent dans la mélancolie. L'amaigrissement est d'autant plus considérable que les malades déjà affaiblis et anémiés par le rhumatisme aigu refusent en général de prendre des aliments.

Ces troubles psychiques se produisent indépendamment de toute influence alcoolique et de toute prédisposition héréditaire à l'aliénation mentale ; on peut rencontrer à la suite d'autres maladies aiguës, de la fièvre typhoïde en particulier, des troubles analogues aux précédents ; mais ce qui domine en général chez les malades qui ont eu des fièvres typhoïdes graves, c'est la diminution ou la perte des facultés mentales, c'est la perte de la mémoire, l'idiotisme dans les cas les plus graves.

Nous ignorons à quelles lésions cérébrales il faut attribuer la

manie et la lypémanie rhumatismales ; il est probable qu'il existe une altération de l'écorce grise du cerveau. Les malades se rétablissent ou bien la folie passe à l'état chronique ; dans quelques cas enfin, ils succombent à l'inanition, au marasme et à l'épuisement nerveux.

Quelques auteurs ont décrit une *forme apoplectique* du rhumatisme cérébral. Il y a lieu de se demander s'il ne s'agit pas d'embolies cérébrales déterminées par la migration, soit de caillots fibrineux formés dans le cœur, soit de débris de végétations dues à l'endocardite.

Parmi les complications du rhumatisme aigu, il faut citer encore : les douleurs musculaires qui siègent plus particulièrement dans les muscles de la nuque (rhumatisme cervical), des régions latérales du cou (torticolis), du thorax (pleurodynie) ou dans les masses sacro-lombaires (lumbago), les névralgies, la chorée chez les enfants.

La plupart des auteurs admettent aujourd'hui qu'il existe un œdème rhumatismal essentiel, véritable rhumatisme du tissu conjonctif sous-cutané. L'œdème rhumatismal se montre le plus souvent chez des malades qui ont ou qui ont eu précédemment une atteinte de rhumatisme articulaire ; l'œdème rhumatismal est dur, rénitent, douloureux, l'empreinte du doigt est moins profonde et moins persistante que dans les autres œdèmes. Le siège est très variable ; le plus souvent l'œdème rhumatismal envahit les membres, soit un des membres inférieurs ou supérieurs, soit les deux membres inférieurs ou même les quatre membres. La durée varie beaucoup, l'œdème rhumatismal peut disparaître rapidement pour reparaitre bientôt après. Davaine, Testelin et Chuffart ont cité un grand nombre de faits d'œdème rhumatismal essentiel.

D'après Potain et Chuffart, la théorie la plus vraisemblable de l'œdème rhumatismal est celle de l'origine nerveuse des accidents ; il existerait chez les malades atteints de cette complication des névrites périphériques.

L'œdème rhumatismal peut se généraliser et présenter alors tous les caractères de l'anasarque ; les urines ne sont pas albumineuses et l'œdème disparaît en général rapidement.

On observe quelquefois chez les rhumatisants des tuméfactions persistantes du tissu cellulo-adipeux, principalement dans les régions sus-claviculaires (pseudo-lipome du creux sus-claviculaire, Verneuil). Ces tuméfactions peuvent se rencontrer aussi dans d'autres régions : sur les côtés du tendon rotulien ou du

tendon d'Achille, au voisinage des malléoles, au-dessous des bosses occipitales, etc...

Enfin le rhumatisme peut passer à l'état chronique, la tuméfaction des articulations persiste, les douleurs perdent de leur intensité, mais ne disparaissent pas complètement.

**ANATOMIE PATHOLOGIQUE.** — Lorsque la mort arrive dans le cours d'un rhumatisme articulaire aigu, on constate que les articulations malades renferment de la synovie en assez grande quantité et que les synoviales présentent une injection plus ou moins vive.

L'examen histologique montre ce qui suit : le liquide exsudé dans l'intérieur des articulations tient en suspension des leucocytes, des flocons muqueux ou fibrineux et de grandes cellules arrondies, quelquefois chargées de globules graisseux qui paraissent être des cellules endothéliales modifiées par le processus inflammatoire.

Les cellules situées dans les franges de la synoviale sont en voie de prolifération, les cartilages articulaires eux-mêmes sont altérés; il se forme des capsules secondaires et les cellules se multiplient, principalement au voisinage de la surface articulaire (Ollivier et Ranvier).

Le sang renferme de la fibrine en excès (inopexie). Lorsque le rhumatisme s'est compliqué d'endocardite, de péricardite ou de pleurésie, on trouve à l'autopsie les caractères anatomiques de ces inflammations, nous n'avons pas à les décrire ici. Dans les cas où les malades ont succombé à des accidents cérébraux, tantôt les méninges présentent des traces manifestes d'un processus inflammatoire : injection fine, œdème sous-arachnoïdien, exsudats; tantôt, au contraire, on ne découvre aucune altération microscopique des centres nerveux ni de leurs enveloppes, ce qui démontre une fois de plus que la pathogénie des accidents cérébraux du rhumatisme n'est pas toujours la même.

**DIAGNOSTIC.** — L'existence de la fièvre et des arthropathies multiples ne laisse aucun doute sur la nature de la maladie, surtout s'il y a eu déjà une ou plusieurs atteintes de rhumatisme ou s'il existe des antécédents héréditaires. Certains cas de goutte aiguë généralisée présentent une grande analogie avec le rhumatisme aigu; nous nous occuperons de ce diagnostic différentiel lorsque nous aurons fait l'histoire de la goutte.

La myélite aiguë s'accompagne souvent d'arthrites multiples, mais on observe alors des troubles de la sensibilité et de la motilité étrangers au rhumatisme, des eschares, des phlyctènes, des

altérations musculaires, osseuses, etc.; contrairement à ce qui arrive pour les arthrites rhumatismales, les arthrites qui surviennent à la suite des myélites aiguës ont une grande tendance à suppurer.

Le rhumatisme blennorrhagique se localise presque toujours à un petit nombre d'articulations et il affectionne certaines d'entre elles, comme les articulations sterno-claviculaires, qui sont rarement prises dans le rhumatisme articulaire aigu; la fièvre est beaucoup moins vive et moins persistante dans le rhumatisme blennorrhagique que dans le rhumatisme aigu; enfin la coexistence de la blennorrhagie et des arthrites est facile à constater. Cette coexistence à elle seule n'est pas une preuve suffisante de la nature blennorrhagique de l'affection, le rhumatisme et la blennorrhagie sont des maladies trop communes pour qu'elles ne se rencontrent pas quelquefois chez un même malade.

La pyohémie donne lieu comme le rhumatisme à de la fièvre et à des arthrites multiples; mais elle succède toujours à des traumatismes, elle s'accompagne de frissons violents et d'un état général grave, adynamique, qu'on ne rencontre pas d'ordinaire dans le rhumatisme. La pyohémie se produit parfois à la suite de traumatismes très légers, chez des malades dont les plaies sont en bonne voie de cicatrisation ou même presque complètement cicatrisées c'est dans ces cas surtout que la confusion avec le rhumatisme est possible.

La morve aiguë présente à son début une certaine analogie avec le rhumatisme; l'éruption pustuleuse, les abcès musculaires, les ulcérations nasales, l'état typhoïde, ne laissent pas longtemps subsister le doute.

La tuberculose aiguë des synoviales est très rare et elle s'accompagne en général de complications thoraciques ou abdominales étrangères au rhumatisme.

Chez les enfants, on peut confondre avec le rhumatisme les douleurs du rachitisme suraigu et fébrile et surtout la périostite aiguë épiphysaire. Dans le rachitisme, les douleurs ne sont pas limitées aux articulations et les tuméfactions osseuses ont des localisations caractéristiques, elles se montrent aux extrémités sternales des côtes, par exemple; l'âge des petits malades est du reste l'indication la plus précieuse. Dans les abcès juxta-épiphysaires, la douleur ne siège pas exactement au niveau de l'interligne articulaire, mais sur l'une ou l'autre des extrémités osseuses qui constituent l'articulation. Le diagnostic est ici d'autant plus important que la périostite aiguë épiphysaire a une marche très

rapide et que l'incision prématurée de l'abcès constitue la seule chance de salut (E. Besnier, art. RHUMATISME, in *Dict. encycl. des sc. méd.*).

Pendant tout le cours du rhumatisme articulaire aigu, le médecin surveillera attentivement le cœur, afin d'être en mesure de combattre l'endocardite et la péricardite dès leur apparition. Les moindres troubles psychiques doivent aussi éveiller l'attention.

PRONOSTIC. — E. Besnier fixe à 3 pour 100 la mortalité des cas de rhumatisme articulaire aigu traités dans les hôpitaux de Paris (*op. cit.*). Ce chiffre représente la mortalité des atteintes de rhumatisme et non pas celle du rhumatisme lui-même. Un malade peut avoir dix attaques de rhumatisme articulaire aigu et succomber à la onzième; la statistique enregistre un décès sur onze cas, alors que ce rhumatisant ne devrait figurer que pour un dans la colonne des maladies comme dans celle des décès. D'autre part, il est démontré que le rhumatisme est la cause la plus commune des maladies organiques du cœur, il faudrait donc augmenter le chiffre de mortalité donné plus haut de celui des décès par maladies du cœur consécutives au rhumatisme.

La gravité du rhumatisme aigu est le plus souvent en rapport avec l'intensité de la fièvre et des localisations articulaires.

Le pronostic des complications cérébrales du rhumatisme est extrêmement grave.

TRAITEMENT. — Après avoir employé dans le rhumatisme aigu les médications les plus énergiques : la saignée coup sur coup, le tartre stibié à haute dose, le sulfate de quinine, la digitale, les vésicatoires appliqués sur toutes les articulations malades, etc., on en est arrivé aujourd'hui à reconnaître que tous ces moyens n'ont pas d'influence appréciable sur la durée et la gravité du rhumatisme, et que quelques-uns d'entre eux augmentent sans bénéfice l'anémie ou les douleurs. La propylamine et l'acide salicylique ont joui dans ces derniers temps d'une vogue qui s'est épuisée bien vite pour la propylamine. L'acide salicylique et le salicylate de soude méritent plus de confiance. Le salicylate de soude doit être prescrit à la dose de 4 à 6 grammes, par jour; sous l'influence de ce médicament les douleurs diminuent assez rapidement et la durée de la maladie est abrégée. L'antipyrine, à la dose de 2 à 4 grammes par jour, donne aussi de très bons résultats. Le colchique, si actif dans la goutte, ne produit dans le rhumatisme qu'un effet purgatif lorsqu'il est administré à dose suffisante.

La principale indication à remplir dans le rhumatisme aigu est

dé soulager les malades; le repos au lit, l'immobilité, l'enveloppement des jointures avec de la ouate, quelques doses de salicylate de soude, la diète, un purgatif quand il existe de la constipation, telles sont les prescriptions qui doivent être faites dans les cas non compliqués. Si les douleurs sont très vives et ne cèdent pas au salicylate de soude, on donnera des préparations opiacées ou de l'hydrate de chloral.

L'endocardite et la péricardite seront combattues énergiquement et sans retard à l'aide d'émissions sanguines locales (sangsues, ventouses scarifiées) et de vésicatoires. Il ne faut pas hésiter à appliquer coup sur coup plusieurs vésicatoires sur la poitrine, alors même que l'endocardite ne se révèle qu'à l'auscultation et que les malades n'accusent aucun trouble fonctionnel, aucune douleur du côté du cœur; on arrive souvent à guérir ainsi des affections cardiaques qui, abandonnées à elles-mêmes, auraient continué à progresser et seraient devenues incurables.

Türk, M. Raynaud, Féréol, Blachez, Vallin ont publié des faits qui démontrent l'efficacité des bains froids dans le traitement du rhumatisme aigu hyperpyrétique; les objections qui ont été faites à l'emploi de cette médication dans la fièvre typhoïde ne s'appliquent plus ici; le rhumatisme hyperpyrétique avec accidents cérébraux se termine presque toujours par la mort lorsqu'on abandonne les malades à eux-mêmes ou qu'on les traite par les méthodes anciennes; d'autre part, il s'agit d'une maladie rare et de courte durée, ce qui supprime en grande partie les difficultés pratiques si considérables dans l'application de la méthode réfrigérante à la fièvre typhoïde. Lorsque sans complication inflammatoire apparente la température s'élève à 40, 41 degrés ou au-dessus, et qu'il se produit des accidents cérébraux: délire, agitation, etc., l'indication des bains froids est formelle. Le malade sera placé dans un bain à 25 ou 30 degrés qu'on refroidira progressivement en y ajoutant de l'eau à la température ordinaire.

La durée du bain ne doit pas, en général, dépasser vingt-cinq à trente minutes, on retirera le malade dès qu'il sera pris de frissonnements, et on le remettra dans son lit après l'avoir essuyé. Il ne faut pas chercher à obtenir trop rapidement une défervescence complète; mieux vaut renouveler les bains chaque fois que la température tend à reprendre son degré primitif.

Si les accidents cérébraux prennent la forme méningitique, on prescrira le traitement ordinaire de la méningite: glace sur la

tête, sangsues aux apophyses mastoïdes, etc. Dans la folie rhumatismale il faut surveiller les malades afin qu'ils ne nuisent ni à eux-mêmes ni aux autres; la principale indication consiste souvent à les nourrir.

## RHUMATISME CHRONIQUE

**ÉTILOGIE.** — L'influence de l'hérédité est manifeste dans le rhumatisme chronique comme dans le rhumatisme aigu, cependant les circonstances extérieures ont ici une action plus directe, et parmi ces circonstances il faut noter surtout l'action prolongée du froid humide. Le rhumatisme chronique se développe avec une grande fréquence chez les personnes qui habitent des appartements froids et humides ou qui, par leur profession, sont obligées de plonger sans cesse leurs mains dans l'eau froide. Les pauvres, plus exposés aux refroidissements que les riches, sont plus éprouvés qu'eux par le rhumatisme chronique. Tandis que le rhumatisme aigu a sa plus grande fréquence de vingt à quarante ans, le rhumatisme chronique s'observe surtout de quarante à soixante ans; les femmes sont plus souvent atteintes que les hommes.

**DESCRIPTION.** — Le rhumatisme chronique peut se présenter sous plusieurs formes cliniques; la plus importante de ces formes est le *rhumatisme noueux*, puis viennent le *rhumatisme chronique simple* et les *nodosités d'Héberden*. L'arthrite chronique sèche a été décrite par différents auteurs comme une variété du rhumatisme chronique; sa localisation dans une seule articulation, dans celle de la hanche en particulier, *morbus coxae senilis*, l'âge auquel on l'observe, l'absence de prédisposition héréditaire et des causes qui président d'ordinaire à l'apparition du rhumatisme, tout démontre que cette maladie doit être rangée parmi les arthrites sèches et non parmi les manifestations de la diathèse rhumatismale.

**Rhumatisme noueux.** — Il débute d'ordinaire dans les petites articulations des mains; tout d'abord les malades éprouvent seulement de la gêne et de la raideur dans les mouvements des doigts; à certains moments les douleurs deviennent plus vives, il y a des poussées aiguës. Des déformations caractéristiques ne tardent pas à se produire, les doigts se renflent au niveau des articulations malades, d'où le nom de *rhumatisme noueux*. La tuméfaction articulaire ne dépend pas, comme dans le rhumatisme aigu, d'un épanchement de synovie ou d'un œdème

périarticulaire, elle est due à une augmentation de volume des têtes osseuses; aussi présente-t-elle une grande dureté et une grande persistance. En faisant mouvoir les articulations malades on détermine la production de craquements, qui s'expliquent, comme nous le verrons, par l'altération des surfaces articulaires. Après avoir envahi les petites articulations des doigts, le rhumatisme noueux s'étend aux petites articulations des pieds, aux coudes et aux épaules; dans les cas graves il finit par se généraliser. Les articulations sont presque toujours atteintes d'une façon symétrique.

La gêne des mouvements est augmentée par les déformations que subissent les membres, déformations qui sont presque toujours les mêmes et qui semblent obéir à des lois régulières. Pour la main, on peut reconnaître un *type de flexion* et un *type d'extension* (Charcot). Dans bon nombre de cas les doigts sont rapprochés les uns des autres et inclinés en masse vers le bord cubital de la main. Lorsque les articulations du coude et de l'épaule sont malades, l'avant-bras est maintenu dans la flexion et dans la pronation, l'épaule est rigide et le bras ne se laisse plus écarter du tronc. D'après Charcot, les déformations sont dues le plus souvent à des *contractions musculaires spasmodiques*. L'atrophie de certains groupes de muscles paraît jouer aussi un rôle important; cette atrophie est manifeste dans tous les cas graves de rhumatisme noueux, elle porte en particulier sur les muscles interosseux des mains et elle s'étend parfois à une partie des muscles de l'avant-bras et du bras. Les muscles antagonistes de ceux qui sont atrophiés produisent des déformations par le même mécanisme que dans l'atrophie musculaire progressive, et de fait les déformations de la main dans le rhumatisme noueux et dans l'atrophie musculaire progressive présentent une grande analogie; les altérations des têtes osseuses sont aussi un élément dont il faut tenir grand compte.

Les déformations consécutives au rhumatisme noueux sont parfois si prononcées que les malades ne peuvent plus se servir de leurs membres ni pour marcher, ni même pour manger; l'impotence est absolue; cet état peut se prolonger assez longtemps, les malades finissent par succomber à quelque complication, la pneumonie est une des plus fréquentes.

La maladie n'aboutit pas toujours à ces déformations graves, elle peut s'arrêter dans sa marche; les lésions restent stationnaires, parfois même elles rétrogradent, mais il est rare qu'elles disparaissent complètement.

L'état général est presque toujours satisfaisant, il n'y a pas de fièvre, sauf dans le cas où la maladie prend une marche aiguë.

*Rhumatisme chronique simple.* — Le rhumatisme chronique simple est tantôt primitif, tantôt consécutif au rhumatisme aigu; il envahit les grandes articulations aussi bien que les petites, s'accompagne de douleurs et de tuméfactions articulaires qui portent sur les synoviales et le tissu conjonctif périarticulaire, plutôt que sur les extrémités osseuses; ces arthrites sont sèches et donnent lieu à des craquements lorsqu'on fait exécuter des mouvements, ou bien il existe des hydarthroses. On n'observe pas dans cette variété de déformations aussi caractéristiques que dans le rhumatisme noueux.

La marche du rhumatisme chronique simple est paroxystique; les malades ont des périodes de tranquillité pendant lesquelles les douleurs et les tuméfactions articulaires s'atténuent sans disparaître complètement. Les changements brusques de température apportent presque toujours une aggravation dans l'état des malades.

*Nodosités d'Héberden.* — Cette variété du rhumatisme chronique est très souvent confondue avec la goutte; elle est caractérisée par des douleurs qui siègent dans les petites articulations des doigts et qui s'accompagnent de temps à autre de rougeur et de tuméfaction des parties molles périarticulaires. Les nodosités qui constituent le principal caractère de la maladie, comme le nom l'indique, siègent au niveau des articulations des phalanges; il existe un nodule de chaque côté de la jointure qui paraît un peu élargie; les articulations des phalanges avec les phalanges sont raides, les mouvements sont gênés, il n'y a pas de craquements articulaires. Les autres jointures des mains sont en général affectées, mais à un bien moindre degré.

*COMPLICATIONS.* — Les complications du côté des séreuses viscérales, si communes dans le rhumatisme aigu, sont très rares dans le rhumatisme chronique; l'endocardite et la péricardite ont été rencontrées, cependant, dans quelques cas de rhumatisme chronique simple et de rhumatisme noueux; elles se développent de préférence à l'époque des exacerbations de la maladie (Charcot).

Le rhumatisme musculaire, l'asthme, la migraine, les névralgies, certaines affections de la peau, telles que l'eczéma, le psoriasis, le lichen, viennent souvent compliquer le rhumatisme articulaire chronique.

*ANATOMIE PATHOLOGIQUE.* — Le rhumatisme chronique simple

ne donne lieu qu'exceptionnellement à des lésions osseuses, d'où le nom de *rhumatisme chronique synovial* qui a été proposé par E. Besnier; le rhumatisme noueux et les nodosités d'Héberden prendraient par opposition le nom de *rhumatisme chronique osseux*. Les synoviales s'épaississent, ainsi que les tissus fibreux sous-jacents; les ligaments, les tendons et leurs gaines participent plus ou moins à l'inflammation, d'où la gêne des mouvements d'abord, puis l'ankylose et les rétractions fibreuses.

Les lésions du rhumatisme noueux sont caractérisées : 1° par un état vilieux ou velvétique des cartilages articulaires; 2° par une hypertrophie des franges synoviales; 3° par la production de tissu cartilagineux ou osseux autour des surfaces articulaires.

Les capsules cartilagineuses et les cellules qu'elles renferment se multiplient sous l'influence du processus inflammatoire et viennent s'ouvrir dans l'intérieur de l'articulation; la substance fondamentale du cartilage, dissociée en quelque sorte par la chute des capsules et de leur contenu, apparaît sous forme de filaments, d'où la comparaison qui a été faite de la surface articulaire avec le velours et le nom d'*aspect velvétique*. Lorsque la maladie est très ancienne, le cartilage disparaît complètement et les surfaces articulaires présentent l'*aspect éburné* qui tient d'une part à une ostéite condensante des têtes osseuses, d'autre part à l'action mécanique, aux frottements naturels que subissent les os après la disparition des cartilages; les parties éburnées sont sillonnées de rainures dont le sens est déterminé par celui des mouvements articulaires. Tandis que les parties centrales des cartilages subissent ces altérations, du tissu cartilagineux se forme à la périphérie des têtes articulaires et s'ossifie progressivement, telle est l'origine des nodosités que l'on rencontre au niveau des articulations dans le rhumatisme noueux et dans la variété décrite par Héberden. Les franges synoviales s'hypertrophient, se couvrent de végétations dendritiques dans lesquelles se développe quelquefois du tissu cartilagineux ou osseux, les pédicules des végétations peuvent se rompre et la masse devenue libre forme alors un corps étranger articulaire (Cornil et Ranvier).

Les altérations du rhumatisme chronique d'Héberden sont analogues à celles du rhumatisme noueux; il n'y a pas trace de dépôts d'urate de soude.

*DIAGNOSTIC. PRONOSTIC.* — Nous nous occuperons du diagnostic différentiel du rhumatisme et de la goutte chronique, lorsque nous aurons fait l'histoire de la goutte.

Les déformations des mains produites par le rhumatisme chronique sont faciles à distinguer de celles de l'atrophie musculaire progressive et de la paralysie agitante, car dans ces dernières maladies les douleurs et les tuméfactions articulaires font défaut. Les arthropathies consécutives aux myélites chroniques siègent plus souvent dans les grandes articulations que dans les petites; ce sont aussi des arthrites sèches, mais en général elles ne donnent pas lieu à des douleurs vives et elles se caractérisent par l'usure rapide des têtes osseuses, par la tendance aux luxations et aux fractures spontanées, enfin par la coexistence des autres symptômes d'une maladie des centres nerveux.

Les douleurs qui se produisent au début des myélites chroniques, et en particulier de l'ataxie locomotrice, sont souvent confondues avec des douleurs rhumatismales; il suffit du reste d'être prévenu de la possibilité de cette erreur pour être à même de l'éviter; les douleurs fulgurantes de l'ataxie, en particulier, n'ont aucune analogie avec les douleurs rhumatismales.

Le rhumatisme chronique ne menace pas directement la vie des malades; ce qui fait la gravité de son pronostic, c'est la persistance des douleurs et des lésions auxquelles il donne lieu, c'est la tendance incessante des déformations à s'accroître. Les nodosités d'Héberden constituent la variété la moins grave du rhumatisme chronique, à cause de leur localisation.

**TRAITEMENT.** — La première chose à faire est de soustraire les malades aux conditions de milieu qui paraissent avoir occasionné les douleurs; à cet effet on les interrogera avec soin sur leur habitation, sur leur profession, etc.; malheureusement la condition sociale des malades atteints de rhumatisme chronique et leur insouciance à braver un mal qui ne se traduit d'abord que par des douleurs intermittentes et une gêne peu considérable des mouvements, font qu'il est rarement possible de remplir cette indication causale dès le début des accidents; lorsque le rhumatisme chronique s'est bien établi dans l'organisme et qu'il a donné lieu à des altérations osseuses, les mesures d'hygiène ne peuvent plus que ralentir sa marche.

Un grand nombre de médications ont été préconisées sans beaucoup de succès dans le traitement du rhumatisme chronique. Les alcalins, la teinture d'iode à l'intérieur, l'arsenic (quatre à six gouttes de liqueur de Fowler peu de temps après les repas), l'iodure de potassium, déterminent quelquefois une amélioration notable dans l'état des malades, mais plus souvent ils restent impuissants. Les badigeonnages iodés sur les articulations ma-

lades et les vésicatoires agissent contre la douleur bien plutôt que contre les tuméfactions osseuses; ces applications locales sont surtout indiquées dans le rhumatisme chronique simple, lorsque les lésions articulaires portent principalement sur la synoviale et les tissus périarticulaires.

BOUILLAUD. *Nouv. rech. sur le rhumat. artic. aigu en général et spécialement sur la loi de coïncidence de la péricardite et de l'endocardite avec cette maladie.* Paris, 1836. — Du même. *Traité clin. du rhumat. artic. aigu.* 1840. — VIDAL. *Consid. sur le rhumat. artic. chron. primitif.* Paris, 1855. — GUBLER. *Études et observ. cliniques sur le rhumatisme cérébral (Soc. méd. des hôp., 1857).* — FERRAND. *Les exanthèmes du rhumatisme, th., Paris, 1862.* — TROUSSEAU. *Clinique méd., 1865, t. III, p. 361.* — OLLIVIER et RANVIER. *Contrib. à l'étude des lésions histol. que l'on a rencontrées dans l'arthropathie et l'encéphalopathie rhumatismales (Mém. de la Soc. de biol., 1865).* — B. BALL. *Du rhumat. viscéral, th. d'agrég., Paris, 1866.* — VERGELY. *Essai sur l'anat. pathol. du rhumat. artic. chronique primitif, th., Paris 1866.* — MALHERBE. *Des affect. viscérales dans la goutte et le rhumatisme chronique, th., Paris, 1866.* — GARROD. *La goutte, etc., trad. franç., par Aug. Ollivier, 1867.* — VIGLA. *Rhumat. cérébral (Bull. Acad. de méd., 1867, t. XXXII).* — CORNIL et RANVIER. *Histol. patholog.* — CHARCOT. *Leçons cliniques sur les malad. des vieillards et les malad. chron. Paris, 1874.* — M. RAYNAUD. *Application de la méthode des bains froids au traitement du rhumat. cérébral (Journ. de thérap., 1874).* — DUJARDIN-BEAUMETZ, FÉRÉOL, BLACHEZ. *Même sujet (Soc. méd. des hôp., 1875).* — E. BERNIER. *Art. Rhumatisme, in Dict. encycl. des sc. méd., 1876.* — A. LAVERAN. *De la manie rhumat. (Soc. méd. des hôp., 1876).* — VAILLARD. *De l'aliénation mentale consécutive au rhumat. artic. aigu (Gaz. hebdom., 1876 et Rec. mém. méd. milit., 1876).* — L. MARECHAL. *De la manie rhumatismale, th., Paris, 1876.* — FÉRÉOL. *Traitement du rhumatisme cérébral par les bains froids (Soc. méd. des hôp., 1877).* — H. MASSON. *De la médication réfrigérante dans le trait. du rhumat. cérébral hyperpyrétique, th., Paris, 1877.* — P. COUDERC. *Des compl. rénales du rhumat. artic. aigu, th., Paris, 1877.* — G. SÉE. *Traitement du rhumatisme articulaire par l'acide salicylique (Acad. de méd., 1877. Discussion).* — FÉRÉOL. *Du rhumat. ostéohypertrophique des diaphyses et des os plats (Soc. clinique, 1877).* — VALLIN. *Du rhumat. spinal (Soc. méd. des hôp., 1878).* — FÉRÉOL. *Sur les nodosités cutanées éphémères chez les arthritiques (Assoc. franç. pour l'avanc. des sciences, Paris, 1878).* — LETULLE. *Contrib. à l'histoire du rhumat. viscéral (Arch. de physiol., 1880).* — COMBY. *Note sur l'œdème aigu rhumat. ( Progrès méd., 1880).* — DAVAINE. *Même sujet, th., Paris, 1879.* — WOILLEZ, RAYNAUD. *Du rhumat. cérébral et de son traitement par les bains froids (Acad. de méd., séances du 12 octobre, du 16 et du 23 novembre 1880).* — TROISIÈRE et BROCC. *Les nodosités sous-cutanées éphémères et le rhumatisme (Revue de méd., 1881, p. 297).* — G. HOROLLE. *Art. Rhumatisme, in Nouv. Dict. de méd. et de chir. prat., t. XXXI.* — CHADOROWSKI. *Contrib. à l'étude des nodosités rhumatismales, th., Paris, 1882.* — BOURCY. *Pseudo-rhumatisme infectieux, th., Paris, 1883.* — TROISIÈRE. *Les nodosités rhumatismales sous-cutanées (Progrès médical, 1883-1884).* — TESTELIN. *Des œdèmes dans la diathèse arthritique, th., Paris, 1884.* — SCHMITT. *De la phlébite rhumatismale, th., Paris, 1884.* — CHUFFART. *Des affections rhumatismales du tissu cellulaire sous-cutané, th. d'agrég., Paris, 1886.*

## GOUTTE

La goutte a été confondue pendant longtemps avec le rhumatisme; c'est à Garrod que revient le mérite d'avoir mis en relief

son caractère fondamental, à savoir : la présence constante d'urate de soude en excès dans le sang, et d'avoir ainsi tracé une ligne de démarcation bien nette entre le rhumatisme et la goutte.

**ÉTIOLOGIE.** — La goutte est héréditaire dans la moitié des cas au moins, d'après Garrod ; l'hérédité n'est pas toujours directe, la goutte, comme d'autres diathèses, paraît pouvoir sauter une génération ; cela tient sans doute à ce que les parents, bien que goutteux en puissance et capables de transmettre à leurs enfants la diathèse, n'ont eu que des manifestations insignifiantes et inaperçues de la goutte, qui peut se traduire seulement par des migraines, des dyspepsies, de l'asthme, de la gravelle, des névralgies.

Les causes de la goutte acquise sont toutes celles qui tendent à augmenter la production de l'acide urique dans l'organisme et à diminuer sa combustion ou son élimination ; comme ces conditions se trouvent bien plus souvent réalisées chez les riches que chez les pauvres, on a pu dire que la goutte était une *maladie de richesse*. En France, la goutte ne s'observe presque jamais dans la classe ouvrière ; il n'en est pas de même en Angleterre, ce qui s'explique par l'abus des bières fortes, qui est commun dans toutes les classes de la société anglaise.

La goutte est plus rare chez la femme que chez l'homme et elle se développe presque toujours après la ménopause, comme Hippocrate l'a fait remarquer ; chez l'homme la goutte héréditaire peut donner lieu de très bonne heure à des manifestations morbides ; en général elle n'apparaît que vers quarante ou cinquante ans.

Une alimentation trop riche, trop azotée, l'abus des boissons fermentées (vins, particulièrement le porto et le xérès, bières fortes, ale, porter), le défaut d'exercice, la vie de cabinet, les travaux intellectuels, sont les causes les mieux connues de la goutte. En Angleterre, presque tous les hommes d'État, ministres, membres du Parlement, etc., sont goutteux. Sydenham se console d'avoir la goutte en songeant que plusieurs hommes illustres en sont morts et qu'elle frappe plus de gens d'esprit que de stupides ; Montaigne prend, pour les mêmes motifs, sa gravelle en patience.

Le saturnisme, en altérant les reins et en empêchant, dans une certaine mesure, l'élimination de l'acide urique, prédispose à la goutte, il est probable que la néphrite interstitielle agit de même ; on a été jusqu'à dire que la goutte était toujours une conséquence des altérations des reins ; c'est là une exagération mani-

feste, attendu que les lésions rénales, bien que très communes chez les goutteux, ne sont pas constantes.

Une fois la diathèse créée, des causes occasionnelles banales, telles que fatigues, refroidissements, excès de table, impressions morales vives, etc., peuvent déterminer l'apparition des accès.

**DESCRIPTION.** — La maladie débute, au milieu d'un état parfait de santé, par une attaque de goutte articulaire, ou bien d'autres symptômes morbides annoncent l'existence de la diathèse avant l'apparition des attaques proprement dites ; les malades sont atteints de dyspepsie flatulente, de migraine, de gravelle urique, d'asthme essentiel ou de névralgie sciatique. Ces symptômes disparaissent assez souvent lorsque se produisent les localisations articulaires.

La goutte articulaire se divise en *goutte aiguë* et *goutte chronique*, mais la distinction qui existe entre ces deux formes est loin d'être aussi tranchée que pour le rhumatisme ; la goutte aiguë aboutit d'ordinaire à la goutte chronique, tandis que le rhumatisme chronique succède rarement au rhumatisme aigu. Il existe une *goutte viscérale* comme un rhumatisme viscéral.

**Goutte aiguë.** — L'attaque de goutte aiguë débute brusquement, en général les douleurs apparaissent pendant la nuit ; vers deux heures du matin le malade est réveillé, dit Sydenham, par une douleur qui se fait sentir dans l'un des gros orteils, quelquefois aussi au cou-de-pied : cette douleur ressemble à celle qui accompagne la dislocation des os, avec la sensation d'une eau tiède répandue sur la partie malade ; bientôt après il survient une fièvre légère. La douleur, d'abord supportable, augmente peu à peu ; vers le soir elle parvient à son plus haut degré ; elle ressemble tantôt à une tension violente ou à un arrachement des ligaments, tantôt à celle que cause la morsure d'un chien ou encore à celle qui est produite par une violente compression. La partie malade est sensible à ce point que le poids même des couvertures est insupportable, les veines sont gonflées, saillantes ; le malade fait mille efforts infructueux pour trouver une position qui diminue ses souffrances. La douleur ne cesse que vers les deux ou trois heures du matin, après avoir duré vingt-quatre heures ; alors le malade éprouve tout à coup un soulagement qu'il attribue à la position dans laquelle il est parvenu à mettre la partie souffrante ; il lui prend ensuite une douce moiteur et il se laisse aller au sommeil. A son réveil la douleur est encore fort diminuée ; la partie malade est tuméfiée, la peau présente à ce niveau une teinte rouge, violacée, et pendant quelques

jours il reste de la douleur qui augmente le soir et diminue le matin; peu de jours après, l'autre pied se prend à son tour, d'autres articulations peuvent aussi devenir douloureuses. Chez les sujets vigoureux l'attaque de goutte ne dure que douze à quatorze jours; chez les vieillards et chez les sujets affaiblis par des attaques antérieures, elle peut se prolonger pendant deux mois et plus. Lorsque l'attaque est finie, la tuméfaction des pieds se dissipe, et il survient, particulièrement au niveau des orteils, des démangeaisons insupportables et une desquamation furfuracée.

Cette description de l'attaque de goutte aiguë régulière est empruntée presque en entier à Sydenham, qui, au moment où il écrivait son admirable *Traité de la goutte*, avait le triste avantage d'être atteint de la goutte depuis trente-quatre ans.

La première attaque peut se localiser à l'un des gros orteils, dans l'une des articulations tibio-tarsiennes, parfois même dans les articulations des membres supérieurs; lorsqu'une articulation a souffert antérieurement à la suite d'une blessure, d'une entorse ou d'un traumatisme quelconque, les manifestations goutteuses s'y portent de préférence.

Au lieu de se limiter à quelques articulations, la goutte aiguë peut se généraliser et simuler un rhumatisme articulaire aigu.

Pendant l'attaque de goutte aiguë, la fièvre est rarement vive; on n'observe jamais les températures élevées du rhumatisme articulaire aigu. Il existe de la dyspepsie, de l'anorexie, de la constipation. Les urines sont rares et très colorées, elle laissent souvent déposer de l'acide urique, ce qui tient à la condensation de l'urine bien plus qu'à l'augmentation de quantité de l'acide urique; d'après Garrod, il y aurait même toujours, dans les accès de goutte aiguë, une diminution de la quantité d'acide urique rendue dans les vingt-quatre heures; à la fin de l'accès seulement, l'acide urique se trouverait en excès dans l'urine.

Lorsque l'attaque est terminée, les forces et l'appétit reviennent, les articulations qui ont été touchées reprennent leurs fonctions; en un mot, la guérison semble complète; mais l'année suivante la goutte reparait. Les attaques se succèdent ensuite à intervalles irréguliers; elles deviennent moins douloureuses, mais plus longues à mesure que le goutteux vieillit, elles s'accompagnent de déformations, de dépôts tophacés, surtout autour des articulations, enfin elles aboutissent à la goutte chronique. Un traitement approprié peut avoir pour effet d'éloigner les attaques ou même de les faire disparaître, surtout s'il est appliqué de bonne heure et avec persévérance.

*Goutte chronique.* — Elle est caractérisée par la longue durée des attaques, par l'envahissement progressif d'un grand nombre d'articulations qui se déforment ou s'ankylosent, et par la production de dépôts tophacés autour des articulations.

Tandis que dans la goutte aiguë, presque tous les symptômes morbides disparaissent dans les intervalles des attaques, les douleurs de la goutte chronique persistent une grande partie de l'année et les tuméfactions articulaires ne se dissipent plus. Des dépôts tophacés se produisent autour des petites articulations des doigts et des orteils, dans les bourses séreuses (olécraniennes et prérotuliennes par exemple), enfin dans les cartilages de l'oreille, principalement dans l'hélix; ils ont, à ce niveau, l'apparence de petites perles blanchâtres qui s'échappent à travers la peau amincie et comme érodée à leur niveau, d'autant plus facilement que les malades ont de la tendance à gratter la petite tumeur formée par ce tophus. Les déformations des pieds et des mains ne sont pas régulières comme celles du rhumatisme chronique; les tophus, abondants sur un point, sont rares ou nuls sur un autre; les articulations encroûtées d'urate de soude s'infléchissent, se déforment et finissent par s'ankyloser complètement.

Dans quelques cas de goutte invétérée, des concrétions tophacées volumineuses se forment, non seulement autour des articulations, mais jusque dans le tissu cellulaire des membres; l'un de nous a observé chez un mécanicien de la marine goutteux et saturnin, outre des tophus périarticulaires en grand nombre, des concrétions de même nature qui siégeaient dans le tissu cellulaire sous-cutané à la face postérieure des avant-bras, à la face interne des jambes et au niveau des fesses; ces derniers tophus, qui étaient symétriques, avaient la forme de calottes de sphères et le volume d'une orange environ.

Les tophus sont durs, insensibles à la pression en dehors des attaques, leur forme est très irrégulière; en se développant ils finissent par atteindre la peau, qui s'amincit, rougit et s'ulcère; on voit alors s'écouler par la plaie une matière qui ressemble à de la couleur blanche à l'huile et des fragments durs de tophus. Les fistules consécutives à ces abcès goutteux sont longues à se fermer; les concrétions tophacées, très adhérentes aux parties profondes, peuvent rester pendant longtemps à découvert; on raconte même qu'en Angleterre quelques vieux goutteux se servent de ces concrétions pour tracer des traits blancs sur le tapis vert et marquer leurs points au jeu.

Lorsqu'on examine au microscope la matière blanche des



tophus, elle apparaît composée de cristaux aciculaires d'urate de soude très petits, enchevêtrés dans tous les sens et formant un véritable feutrage; en ajoutant à la préparation une goutte d'acide acétique, on voit ces cristaux aciculaires disparaître, et au bout de quelques instants il se forme d'innombrables cristaux d'acide urique.

Les tophus s'accroissent en général après chaque accès de goutte; pendant les accès ils se ramollissent quelquefois, la peau est rouge et douloureuse à leur niveau et donne la sensation de la fluctuation, si bien qu'on pourrait croire à l'existence d'un abcès.

Quelques malades ont des hyarthroses chroniques des genoux.

Sydenham a signalé dans la goutte chronique des douleurs qui se produisent subitement dans les ligaments du métatarse, et des crampes extrêmement douloureuses des muscles extenseurs des jambes.

La goutte chronique a un retentissement fâcheux sur la plupart des fonctions et sur l'état général; les malades sont souvent tourmentés par la dyspepsie plus encore que par leurs douleurs, ils s'affaiblissent et s'anémient, le moral s'affecte et l'on conçoit sans peine la mauvaise humeur habituelle de ces pauvres malades quand ils n'ont pas la philosophie d'un Sydenham ou d'un Montaigne.

Dans la goutte chronique il y a diminution notable de la quantité d'acide urique rendue dans les vingt-quatre heures; les urines sont pâles, abondantes, elles renferment assez souvent des traces d'albumine (Garrod). Ces derniers caractères de l'urine s'expliquent par la fréquence de la cirrhose rénale concomitante.

*Goutte anormale, abarticulaire ou viscérale. Accidents et complications de la goutte normale.* — Les auteurs ne sont pas d'accord sur la fréquence et la gravité de la goutte viscérale, les uns font un tableau très sombre des accidents de la *goutte remontée* ou *rérocedée*; les autres, au contraire, nient l'existence de ces accidents ou du moins prétendent qu'on a singulièrement exagéré leur importance; il est à noter que parmi ces derniers se rangent la plupart des auteurs anglais qui ont une grande expérience de la goutte. Watson attribue à des indigestions les accidents gastriques décrits sous le nom de *goutte rérocedée sur l'estomac*, et d'après lui il faudrait dire le plus souvent: *du lard dans l'estomac* et non *la goutte dans l'estomac*; Garrod n'a jamais observé la goutte sur l'estomac; il pense que dans les cas décrits sous le nom de goutte rérocedée sur le cœur ou sur l'encéphale les acci-

dents procèdent le plus souvent de complications étrangères à la goutte. Brinton admet seulement que chez les goutteux il existe une irritabilité spéciale de l'estomac. Il est évident qu'on a une grande tendance à rapporter à la goutte tous les troubles morbides qui surviennent chez les goutteux, et qu'on a décrit sous le nom de goutte rérocedée sur le cœur ou sur l'encéphale, des accidents qui ne sont pas sous la dépendance directe de la diathèse urique; tels sont les désordres cardiaques qui dépendent de l'état graisseux du cœur et les symptômes de l'urémie à forme rapide ou lente qui se produisent sous l'influence de la néphrite interstitielle. On a exagéré surtout l'importance du déplacement des douleurs goutteuses à une époque où l'on croyait à la théorie de la métastase; de là les expressions de *goutte remontée*, *rérocedée*.

Au milieu de ces contradictions un fait paraît cependant démontré, c'est que la goutte s'accompagne fréquemment de troubles gastriques qui, dans certains cas, présentent une gravité incontestable; les douleurs ont le caractère d'une gastralgie violente, elles sont suivies de nausées ou de vomissements, le pouls est petit, les extrémités se refroidissent, le corps se couvre de sueurs froides et la mort peut survenir dans l'algidité. En dehors de ces crises gastralgiques les goutteux éprouvent souvent de la dyspepsie flatulente avec anorexie.

Depuis longtemps on a reconnu les affinités de la goutte articulaire et de la gravelle urique; Érasme écrit à Th. Morus: « Tu as la gravelle et moi j'ai la goutte, nous avons épousé les deux sœurs ». La gravelle et la goutte articulaire procèdent toutes deux de la diathèse urique. La gravelle apparaît souvent la première, elle donne lieu à des dépôts briquetés dans les urines et à des coliques néphrétiques, suivies de l'expulsion de petits graviers; elle disparaît en général au moment où se produisent les localisations articulaires.

Le diabète alterne quelquefois avec les attaques de goutte régulière; des goutteux peuvent donner naissance à des diabétiques et réciproquement. La goutte et le diabète relèvent évidemment de diathèses voisines. Il est à noter que les goutteux ont assez souvent un engorgement du foie.

Le psoriasis et l'eczéma sont fréquents chez les goutteux; on voit quelquefois se produire chez eux des furoncles ou des anthrax (anthrax urique) analogues à ceux des diabétiques; les hémorrhoides sont aussi très communes chez ces malades.

Nous avons déjà signalé les rapports qui existent entre la goutte

et le saturnisme; les saturnins sont prédisposés à la goutte et les gouteux au saturnisme, ce qui tient sans doute à ce que les reins altérés dans ces deux maladies s'opposent à l'élimination de l'acide urique ou des sels plombiques. Chez les saturnins les dépôts tophacés prennent souvent un grand développement.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — La goutte est caractérisée, ainsi que l'a démontré Garrod : 1° par l'existence d'un excès d'urate de soude dans le sang ; 2° par le dépôt de cristaux d'urate de soude dans les cartilages des articulations malades et dans les tissus fibreux périarticulaires ; on connaissait depuis longtemps les altérations profondes des articulations dans la goutte invétérée, le mérite de Garrod a été de montrer que ces altérations se produisaient *dès les premiers accès de goutte*, et qu'elles étaient inséparables des inflammations gouteuses ; l'un de nous a eu l'occasion de vérifier récemment la loi de Garrod chez un malade mort quelques mois après avoir présenté un accès de goutte qui était resté unique ; l'articulation du gros orteil, dans laquelle s'étaient localisées les douleurs, était incrustée d'urate de soude.

Garrod a indiqué un procédé très simple, dit *procédé du fil*, pour reconnaître la présence d'urates en excès dans le sang : on prend 4 à 8 grammes de sérosité du sang frais obtenu à l'aide d'une ventouse scarifiée, ou bien la même quantité de sérosité provenant d'un vésicatoire, on la place dans un verre de montre, on ajoute quelques gouttes d'acide acétique afin de décomposer l'urate de soude, puis on plonge dans le liquide quelques fils de lin très ténus ; au bout de vingt-quatre ou quarante-huit heures, lorsqu'on examine ces fils au microscope, on constate qu'ils sont couverts de petits cristaux d'acide urique. Ce procédé ne révèle pas les traces d'urate de soude qui existent à l'état normal dans le sang, et dans aucune autre maladie que la goutte on n'a observé la formation de cristaux d'acide urique dans ces conditions. Lorsqu'on se propose de faire cette expérience sur la sérosité des vésicatoires, il faut avoir soin d'appliquer ceux-ci sur des parties qui ne sont pas le siège de l'inflammation gouteuse, car la sérosité provenant de ces parties ne renferme pas toujours de l'urate de soude en excès. La présence de l'urate de soude a été constatée dans la sérosité épanchée dans la plèvre ou dans le péricarde chez les gouteux (Garrod) et dans le liquide des vésicules de l'eczéma ; Garrod a recherché plusieurs fois sans succès l'urate de soude dans la sueur des gouteux.

Dans les articulations, l'urate de soude se dépose d'abord autour des cellules cartilagineuses qui, au microscope, apparaissent sous

forme de petites masses opaques hérissées de cristaux aciculaires ; toute la surface des cartilages est bientôt encroûtée de ces dépôts qui, au début, n'altèrent pas la structure des cartilages ; lorsqu'on fait macérer dans l'eau tiède l'articulation d'un gouteux, les dépôts tophacés se dissolvent et le cartilage apparaît avec sa structure normale. Les os sont presque toujours indemnes. Dans les cas de goutte invétérée, des dépôts d'urate de soude se produisent dans les tissus fibreux périarticulaires et dans l'intérieur des articulations, qui sont remplies d'une matière blanche analogue à du plâtre. Les cartilages finissent par s'altérer ; on constate alors des lésions analogues à celles de l'arthrite sèche. Des ankyloses complètes peuvent être la suite de la rigidité des ligaments périarticulaires encroûtés d'urate de soude et formant de véritables coques très résistantes autour des articulations.

Dans la goutte chronique les reins sont presque toujours altérés, ils sont petits, la substance corticale est atrophiée, et au microscope on constate les caractères de la néphrite interstitielle chronique, des dépôts d'urate de soude sont disposés sous forme de faisceaux allongés entre les tubes droits des pyramides de Malpighi. Les auteurs anglais donnent souvent aux reins atrophiés le nom de *reins gouteux*, dénomination impropre, car l'atrophie des reins peut reconnaître une tout autre origine ; chez les vieillards, par exemple, en dehors de toute influence gouteuse, il y a souvent atrophie de la substance corticale. Le rein gouteux est caractérisé plus encore par les productions d'urate de soude que par la cirrhose et l'atrophie.

Il existe assez souvent une hypertrophie du foie ; les anatomopathologistes ne paraissent pas avoir accordé jusqu'ici à cette altération toute l'attention qu'elle mérite en raison des importantes fonctions du foie et du rôle qu'il joue peut-être dans la pathogénie de la goutte.

DIAGNOSTIC. PRONOSTIC. — L'attaque de goutte aiguë régulière est d'un diagnostic facile : l'âge des malades, leurs habitudes, l'influence héréditaire fournissent déjà de fortes présomptions ; le mode de début par les articulations des gros orteils, l'acuité des douleurs, l'absence de fièvre, la tuméfaction suivie de fourmillements et de desquamation au niveau des parties atteintes, sont des caractères pathognomoniques. C'est seulement dans les cas où la goutte envahit d'emblée un grand nombre d'articulations que le diagnostic différentiel avec le rhumatisme aigu peut présenter des difficultés sérieuses ; on sera guidé par l'âge des malades, par les prédispositions héréditaires ou acquises, par le