

MALADIES GÉNÉRALES

XLVII. — GOUTTE ATONIQUE

I. EXPOSÉ CLINIQUE.

II. INDICATIONS THÉRAPEUTIQUES; TRAITEMENT.

I. — Exposé clinique.

Voici l'histoire très sommaire d'une maladie que l'on rencontre rarement dans la clientèle hospitalière, et que le praticien est assez souvent appelé à traiter dans sa clientèle.

J'ai eu à examiner, il y a quelques années, un malade de soixante-deux ans atteint depuis trois mois d'un accès de goutte aiguë. Cet accès a traîné en longueur, et malgré la médication usitée en pareil cas (colchique, salicylate de soude, salicylate de lithine, quinine), une douleur sourde et constante persistait dans les diverses articulations du membre inférieur et surtout dans celles du pied, douleur immobilisant le malade au lit depuis la disparition des accidents aigus, c'est-à-dire depuis plus de deux mois.

En même temps, j'avais constaté un œdème permanent de la région dorsale du pied, des malléoles et des jambes, de la main droite, qui restait douloureuse. Il s'agissait ici d'un *œdème goutteux*, tel qu'on le constate dans le cours de la goutte atonique, et non d'un œdème symptomatique d'une affection du cœur, des reins, ou seulement de varices. Le malade n'était du reste ni variqueux, ni rénal, ni cardiaque.

Mais, ce qui appelait surtout l'attention, c'était la décoloration assez accusée des téguments, la pâleur de la face et des muqueuses, qui traduisaient un état anémique des

plus évidents. Les fonctions gastriques étaient également atteintes et il existait une diminution réelle de l'appétit.

Dans ces conditions, quelles indications thérapeutiques et quelle médication?

II. — Indications thérapeutiques; traitement.

a. — Lorsqu'on se trouve en présence d'une goutte rebelle, *atonique* (qu'il ne faut pas confondre absolument avec la goutte chronique), on a une tendance naturelle à exagérer le traitement antigoutteux. On prescrit divers médicaments (colchique, salicylate, quinine), qui n'ont plus aucune action et qui sont au contraire capables, en troublant les fonctions de l'estomac, d'accentuer l'état anémique du sujet. Celui-ci est encore augmenté par le genre d'alimentation que l'on impose aux goutteux en général (laitage, viandes blanches, légumes divers, privation de vin, de café, de liqueurs alcooliques). Scudamore avait donc raison de dire qu'un régime trop sévère peut aggraver la goutte, surtout lorsqu'elle tend à devenir chronique. En effet, dans ces cas qui réalisent au plus haut degré une maladie par ralentissement de la nutrition, on se rend complice de la maladie, parce que l'on veut traiter seulement la goutte et qu'on ne traite pas le goutteux. Si le colchique, ce médicament d'ordinaire si puissant contre la goutte, reste inerte et ne réussit pas, c'est parce que le malade ne se trouve plus en état de réceptivité médicamenteuse. Car, pour que l'action d'un médicament produise tous ses effets, il faut aussi une sorte de consentement de l'organisme.

Ici, l'indication thérapeutique doit viser moins la goutte que l'état anémique du sujet, état anémique qui est la cause principale de la prolongation inusitée de la maladie.

Il faut activer la nutrition, prescrire une médication tonique, une alimentation fortifiante; et quand même cette médication aurait pour effet de substituer une goutte aiguë et douloureuse à une goutte atonique et rebelle, elle résou-

draît le problème thérapeutique posé. Comme le dit Sydenham, la douleur dans la goutte est un remède très amer dont se sert la nature.

b. — Tel est le traitement que j'ai formulé au sujet du malade dont j'ai rapporté l'observation succincte :

1° Supprimer tous les médicaments antigoutteux (colchique, quinine, salicylate de soude).

2° Prescrire une *alimentation fortifiante* : viandes rôties et grillées, œufs, quelques légumes ; un peu de café et un petit verre de cognac après le repas.

3° Ordonner une *préparation ferrugineuse* : fer réduit par l'hydrogène, iodure de fer, tartrate ferrico-potassique, protoxalate de fer.

Les pilules « toni-ferrugineuses » que j'emploie d'ordinaire sont ici bien indiquées. Voici leur formule :

Extrait de quinquina.....	} aa	5 grammes.
— de gentiane.....		
— de rhubarbe.....		
Tartrate ferrico-potassique.....		
Poudre de noix vomique.....		0gr,50.

Pour cent pilules. Prendre deux pilules, deux ou trois fois par jour au commencement du repas.

On peut encore prescrire une préparation de *kola*, d'après la formule suivante :

Extrait fluide de kola.....	80 grammes.
— — de coca.....	120 —

Une cuillerée à café une ou deux fois par jour dans du lait.

4° Faire pratiquer tous les jours sur les membres, du *massage*, suivi de *frictions* avec une flanelle légèrement imbibée de *liniment de Rosen*, ou d'un autre liniment excitant.

5° Si l'œdème goutteux et l'état douloureux des articulations ne cessent pas, il sera indiqué d'employer l'*électricité* sous forme de courants continus (pôle positif sur le trajet de la colonne vertébrale, pôle négatif sur les membres).

6° Envoyer le malade aux eaux de Luxeuil ou de Royat ; ou mieux aux *eaux chlorurées* un peu excitantes : Bourbon-Lancy, Bourbon-l'Archambault, Salins-Moutiers, Salins du Jura, La Bourboule, Hambourg, Wiesbaden ; aux eaux sulfureuses d'Aix, en Savoie ; aux *eaux ferrugineuses* de Forges.

Telle est la médication à opposer à la goutte atonique.

Je me souviens, à ce sujet, d'un malade de soixante-dix ans environ, pour lequel toutes les médications antigoutteuses avaient été inutilement épuisées pendant plus de six mois, et qui dut sa guérison complète au traitement précédent, suivi pendant six semaines.

Les préparations ferrugineuses, recommandées autrefois par Cullen sous forme d'*oxyde de fer* à haute dose contre l'anémie goutteuse, seraient pour Garrod et Dyce Duckworth le plus souvent contre-indiquées, parce qu'elles ramèneraient des attaques de goutte et qu'elles arrêteraient l'élimination de l'acide urique. Il en serait de même des sels de *manganèse*, et à titre de médicament hématique et tonique du système nerveux, l'*arsenic* est certes préférable. Néanmoins, je n'ai jamais constaté le moindre inconvénient avec les préparations ferrugineuses. La grande réputation dont le *gaiac* jouirait dans les formes atoniques de la goutte et quand la circulation est languissante, nous semble exagérée.

La médication que je préconise a été traversée heureusement par quelques poussées subaiguës du côté des articulations malades, et s'est terminée par la guérison complète et définitive.

« La principale attention qu'il faut avoir dans le traitement de la goutte — disait Sydenham, — c'est que les remèdes fortifiants, soit qu'on les tire de la matière médicale, du régime ou de l'exercice, doivent être mis en usage pendant longtemps et avec tout le soin imaginable. »

C'est presque la même idée exprimée par Lecorché : « Pour notre part, nous préférons nous exposer à déter-

miner des attaques de goutte franche, plutôt que de laisser, par une débilitation générale, s'établir les accidents graves de la goutte viscérale. Aussi, n'hésitons-nous pas à prescrire le fer chaque fois que des attaques longues et répétées ont déterminé un état anémique, avec affaiblissement de toutes les fonctions.»

J'ajoute que cette médication est encore applicable dans les formes traînantes de rhumatisme subaigu, parfois rebelles à la médication salicylée et dont la prolongation et la transformation en état chronique sont en rapport avec l'anémie, l'affaiblissement, l'état général du sujet.

Conclusion :

Il faut soigner la goutte et le rhumatisme ; il faut aussi traiter le gouteux et le rhumatisant.

XLVIII. — DIABÈTE ET ALBUMINURIE

- I. EXPOSÉ CLINIQUE. — 1° Albuminurie dyscrasique ou nerveuse. —
2° Albuminurie brightique. Ses variétés et causes multiples.
II. INDICATIONS THÉRAPEUTIQUES ; TRAITEMENT.

I. — Exposé clinique.

Voici une question très pratique, se présentant souvent à l'observation, puisque l'albuminurie existerait d'après les divers auteurs dans le quart, le tiers, ou même plus de la moitié des cas chez les diabétiques. Pour résoudre cette question, il est nécessaire d'envisager l'albuminurie chez ces malades sous des aspects différents.

1° *Albuminurie dyscrasique ou nerveuse.* — Cette variété n'est nullement en rapport avec une lésion rénale. Peu abondante, transitoire, alternante, cette albuminurie est liée le plus souvent aux petits diabètes, à de simples glycosuries qui évoluent sans complication, avec 2 à 10 grammes de sucre par jour. Elle accompagne la glycosurie, alterne avec elle, la remplace, ce qui faisait croire aux anciens que l'albuminurie guérit le diabète. C'est là une erreur.

a. Cette maladie hybride, la *glyco-albuminurie*, n'est pas, à proprement parler, la maladie diabétique, elle peut y conduire parfois, comme elle peut disparaître sans laisser de traces de son passage. Qu'est-elle en résumé ? Une affection dyscrasique, probablement d'origine nerveuse, provoquée par un trouble fonctionnel ayant son siège principal, soit au système nerveux, soit au niveau du plancher du quatrième ventricule. Car il y a encore un quatrième ventricule, ce qu'on oublie parfois au milieu des

discussions provoquées par la pathogénie du diabète, et on laisse peut-être un peu trop de côté la célèbre expérience de Claude Bernard, dans laquelle la piqûre en des endroits déterminés au niveau du plancher du quatrième ventricule détermine de la polyurie, de l'albuminurie, de la glycosurie.

Dans la glyco-albuminurie nerveuse, que faut-il faire?

L'indication est dans l'emploi de la *médication bromurée* et aussi de quelques *applications révulsives* au niveau de la nuque ou encore de chlorure de méthyle. Quant à l'albuminurie, elle est négligeable; au point de vue thérapeutique, on ne doit pas s'en préoccuper.

b. N'oublions pas non plus que les *petits* comme les *grands* diabétiques sont souvent des hépatiques, et qu'il existe, non seulement une glycosurie, mais encore une albuminurie prenant leur origine dans une lésion du foie ou des troubles gastriques. Dans ces cas, il faut s'adresser à la cause, à la dyspepsie, pour faire disparaître l'albumine.

2° *Albuminurie brightique*. — Elle est due à une maladie des reins, à une néphrite parenchymateuse qui, d'après certains auteurs, aurait des caractères anatomo-pathologiques spéciaux. Elle est le plus souvent consécutive au diabète. Ici, il s'agit de deux maladies — diabète et mal de Bright — évoluant côte à côte. Dès que l'affection rénale est constituée, la quantité de sucre peut diminuer, même dans de grandes proportions, parce que son élimination est entravée. On prononce alors les mots « d'amélioration », de guérison du diabète, et on a tort. Il s'agit d'améliorations ou de guérisons *apparentes*.

Mais, dans le diabète, il faut savoir distinguer les lésions rénales qui dépendent du diabète lui-même, et celles qui relèvent plutôt de ses complications habituelles. Or, il se trouve que les premières (hypertrophie du rein, dégénérescence des épithéliums d'après Armani, Straus, Ebstein et Ehrlich) donnent assez rarement lieu à une albuminurie persistante. Mais, les diabétiques sont souvent uricémiques,

graveleux, goutteux, artérioscléreux, prostatiques; ils deviennent parfois bacillaires par le poumon et le rein, et d'autre part les urines sucrées étant un milieu de culture très favorable pour les espèces microbiennes, on comprend la fréquence relative des suppurations des voies urinaires et de la néphrite ascendante. Voilà bien des causes de lésions rénales graves et permanentes dans le cours du diabète. Aussi, ne faut-il pas s'étonner que les diabétiques meurent assez souvent urémiques. Ils sont plus directement menacés par leur rein que par leur diabète, d'où des indications très importantes pour la thérapeutique.

II. — Indications thérapeutiques; traitement.

Voici un cas assez embarrassant, au premier abord, qui s'est présenté dernièrement à mon observation, et je l'ai déjà vu plusieurs fois :

Un diabétique, rendant depuis une dizaine d'années une quantité de sucre oscillant entre 40 et 150 grammes par jour, est atteint depuis quelque temps d'albuminurie. Celle-ci, peu accusée d'abord, devient ensuite plus abondante, puisque le chiffre de l'albumine s'est élevé progressivement de 25 ou 50 centigrammes à 2^{sr},50 par jour (néphrite interstitielle et parenchymateuse, c'est-à-dire néphrite mixte). Le malade est atteint d'une dyspnée intense, le cœur fonctionne mal par suite d'une myocardite scléreuse, il y a de l'hyposystolie, de l'œdème des membres inférieurs, de la congestion hypostatique des poumons.

Que faire dans ce cas complexe? Si l'on impose rigoureusement le régime alimentaire antidiabétique, si l'on ordonne des viandes, on risque d'augmenter les accidents dyspnéiques. Si, d'un autre côté, on prescrit contre cette *dyspnée toxique* le régime lacté exclusif, on parvient bien certainement à vaincre assez rapidement l'élément dyspnéique, mais au détriment du diabète qui s'aggravera; car il est démontré que le régime lacté augmente la glycosurie

dans de notables proportions, quoique ce régime ait été proposé par quelques médecins, Donkin en particulier, pour la cure du diabète.

La solution de cet antagonisme thérapeutique n'est pas si difficile qu'elle le paraît. En effet, dans ce cas particulier, quels sont les accidents qui menacent le plus le malade ? Ce sont, la dyspnée d'abord, l'hyposystolie ensuite. Donc, la médication doit être surtout dirigée contre ces deux éléments, d'autant plus que l'augmentation du diabète par le régime lacté n'est pas un fait absolument constant et toujours dangereux. Plus tard, c'est-à-dire quand les accidents urémiques et hyposystoliques auront en partie disparu, il sera toujours temps de revenir à la médication antidiabétique. Pour le moment, voici le traitement qui doit être proposé :

1° Soumettre le malade au régime lacté exclusif (3 à 4 litres de lait par jour, en additionnant chaque tasse de lait d'une à deux cuillerées d'eau de Vichy-Célestins).

2° Si le malade est atteint d'insomnie, en raison surtout de son état dyspnéique, le régime lacté suffit le plus souvent pour vaincre cette insomnie, en faisant disparaître la dyspnée. Cependant, on se trouvera bien de prescrire tous les soirs un cachet d'un gramme de *sulfonal*, médicament d'autant mieux indiqué qu'il paraît, d'après certains auteurs, être doué d'une véritable action antidiabétique.

3° Après un traitement de dix à quinze jours par le régime lacté (lequel suffit le plus souvent contre la dyspnée toxique), il faut s'adresser à la seconde indication, résultant de l'état hyposystolique du sujet, et on la remplira d'autant mieux que le régime lacté aura ainsi déjà ouvert les voies à la *digitale*. Pour cela, il faut prescrire d'abord un purgatif (20 grammes de teinture de jalap composé) et le lendemain 40 à 50 gouttes de la solution de digitaline cristallisée au millième, dose qui doit être donnée en une ou deux fois et pendant un seul jour, d'après les principes déjà formulés

par nous. Il faut se rappeler que l'albuminurie n'est pas, comme on le croit et comme on l'a dit, une contre-indication à l'emploi de la digitale.

J'ajoute encore une prescription sur laquelle j'ai insisté au sujet des albuminuriques ; je veux parler du *danger des voyages*, et surtout des voyages en chemin de fer. Qu'il s'agisse de néphrite ou de diabète, la contre-indication est formelle, et l'on cite de nombreux cas où des malades, en imminence d'intoxication diabétique ou d'acétonémie, ont été atteints d'accidents graves et promptement mortels à la suite d'une course ou d'un voyage prolongés. Que de malades arrivent diabétiques dans une station hydro-minérale et en sortent acétonuriques ! Bien entendu, ce qui est vrai pour le diabète simple l'est plus encore pour le diabète auquel est associée la néphrite parenchymateuse et surtout interstitielle.

Cette dernière prescription est importante si l'on considère le nombre des diabétiques envoyés inconsidérément aux stations d'eaux minérales, et qui viennent y succomber. On incrimine alors, bien à tort, les eaux de Vichy, quand on devrait accuser les fatigues d'un voyage intempestif. J'ai vu ainsi mourir deux diabétiques qui étaient partis, l'un à Vichy, l'autre à Carlsbad, sans consulter leur médecin.

Pour montrer l'influence néfaste des voyages chez ces malades, il suffit de rappeler les exemples suivants :

Un malade, observé autrefois par Prout, ayant beaucoup souffert du froid et du mal de mer, durant une traversée difficile, mourut le lendemain matin.

Charcot parle d'une femme diabétique de trente-cinq ans, qui fait à pied dans Paris, avant de partir pour la Suisse, de nombreuses courses pour aller voir ses amis et effectuer des achats. Elle rentre le soir épuisée de fatigue, et le lendemain elle succombe rapidement au coma.

Balthazar Foster cite l'observation d'un homme qui, ayant manqué une voiture, fait en courant une longue marche à pied pour revenir chez lui. Le lendemain, sur-

viennent les premiers symptômes d'intoxication diabétique, puis il succombe au coma après trois jours.

Il y a sept ans, j'ai vu un diabétique, atteint de cardiopathie artérielle, qui, dès son arrivée à Paris, s'est livré à des courses longues et fatigantes. Huit jours après, mort rapide au milieu d'accidents comateux.

Ici, on ne peut pas toujours invoquer la congestion rénale comme circonstance aggravante de la maladie, ni les voyages en chemin de fer comme cause pathogénique des accidents. La fatigue agit chez les diabétiques au même titre que les exercices violents. On sait, en effet, que le muscle, alcalin à l'état de repos, devient promptement acide à la suite de contractions répétées et énergiques ; car un muscle fatigué est un muscle intoxiqué par les acides et surtout par l'acide lactique. Or, la fatigue, les marches forcées, les exercices violents agissent dans le sens de l'intoxication diabétique, laquelle n'est autre qu'une intoxication acide. Et il ne faut jamais oublier, comme je le disais déjà en 1893, que ce qui est un exercice anormal chez un homme sain peut être une fatigue pour le diabétique, parce qu'il est constamment en état d'imminence de fatigue.

Quant à la *cure hydro-minérale* dans le diabète compliqué d'albuminurie, elle est très simple. Dans la glyco-albuminurie, on peut envoyer les malades à Vichy, non pas à Carlsbad, à cause de son éloignement. Mais ces eaux sont formellement contre-indiquées dans tous les cas de diabètes compliqués de néphrite parenchymateuse ou interstitielle. Tout au plus peut-on envoyer ces malades aux eaux diurétiques de Contrexéville, Vittel, Évian.

Cependant, le bénéfice qu'ils peuvent tirer de la cure thermale n'est malheureusement pas compensé par les dangers qui résultent toujours des longs voyages en chemin de fer. C'est pour cette raison qu'il convient de choisir pour ces malades des stations hydro-minérales le plus possible à proximité de l'endroit qu'ils habitent.

XLIX. — RHUMATISME INFANTILE

- I. RHUMATISME CARDIAQUE. — Lois de Bouillaud. Torticolis rhumatismal. Douleurs dites « de croissance ». Rhumatisme à précession cardiaque, à manifestations péricardiques.
- II. TRAITEMENT. — Mode d'administration du salicylate de soude. — Médicaments à élimination rapide et à élimination lente. — Importance de la médication nocturne.

Le rhumatisme infantile est fréquent, et bien des fois dans nos salles, j'ai eu l'occasion de faire examiner des jeunes gens de vingt-cinq à trente ans, atteints de lésions organiques du cœur, lesquelles avaient été reconnues d'une façon toute fortuite, ou pour lesquelles les malades étaient venus consulter ; mais, dans beaucoup de cas, l'étiologie paraissait d'abord obscure. En interrogeant ces malades, on apprenait que pendant l'enfance, entre cinq et quinze ans, il y avait eu un certain nombre de crises rhumatismales parfois très légères, de courte durée, frappant seulement quelques articulations et s'accompagnant d'un état fébrile presque inappréciable, qui avaient exigé seulement quelques jours de repos.

Le point sur lequel je désire particulièrement appeler l'attention, et contre lequel je désire vous mettre en garde, ce sont ces manifestations rhumatismales, articulaires ou autres, toujours de faible intensité, mais dont les conséquences cardiaques sont au moins aussi graves que celles qui peuvent être produites par les rhumatismes plus francs et plus généralisés des adultes.

I. — Rhumatisme cardiaque.

Vous avez souvent pu voir des malades âgés de trente à quarante ans, atteints pour la première fois de rhumatisme