

quoique, dans les cas douteux, ce soit naturellement le seul moyen de tirer la chose au clair.

Traitement. En ce qui concerne le régime des malades atteints de diabète insipide, il n'y a pas de prescriptions spéciales à faire. Il n'y a évidemment pas moyen de défendre de boire de grandes quantités d'eau, mais on devra tout au moins, si c'est possible, en limiter l'usage en prescrivant des fragments de glace et des limonades acides. L'*opium* agit également dans le diabète insipide en atténuant la soif et en réduisant considérablement la diurèse. — Il importe aussi de veiller à une bonne *hygiène de la peau* (bains, frictions) et d'ordonner tous les remèdes qui contribuent à fortifier l'état général (bonne nourriture, air de la campagne, etc.).

Parmi les multiples moyens internes qu'on a préconisés comme étant doués d'une vertu spécifique, il y en a peu qui soient restés dans la pratique. La *racine de valériane* paraît jouir de la plus grande somme d'utilité (journalièrement de 5 à 10 grammes en poudre ou en infusion). L'*ergotine* mérite aussi d'être recommandée. L'*acide carbolique*, le *salicylate de soude*, l'*acide nitrique*, etc., ont quelques prétendus succès à leur actif. Enfin la *galvanisation* au niveau de la moelle cervicale et de la moelle allongée semble quelquefois être avantageuse.

Dans quelques cas on peut tenter de remplir l'*indication causale*. Existe-t-il un soupçon de *syphilis*, on tentera en tout cas une *cure de friction* qui, d'après notre expérience personnelle, a parfois une grande utilité. — Le traitement de la maladie fondamentale entre évidemment en ligne de compte dans toute *polyurie symptomatique* (hystérie, etc.).

CHAPITRE ONZIÈME.

GOUTTE.

(Arthrite uratique ou urique. Podagra.)

Étiologie. La première bonne description de la goutte nous vient de THOMAS SYDENHAM qui fut lui-même pendant 40 ans tributaire de cette maladie et qui dans son traité: « *De podagra et hydrope* » paru en 1683, a fait le récit circonstancié de sa propre odyssée morbide. Cependant le premier qui soupçonna la nature de la métamorphose anormale qui forme l'essence de la goutte, fut WOLLASTON, qui, en 1797, démontra que les dépôts goutteux qui se rencontrent dans les articulations et parfois en d'autres endroits du corps, sont en majeure partie constitués par de l'*acide urique*. Depuis lors la question de la dépendance qui relie les symptômes

goutteux aux altérations de formation et d'élimination de l'acide urique, est devenue le point culminant de toutes les recherches qui furent faites sur la pathogénie de cette maladie, et c'est GARROD surtout, qui, après avoir découvert, en 1848, que chez les goutteux le sang contenait un excès d'acide urique et que le rein en éliminait moins qu'il ne fallait, édifia le premier une théorie rationnelle de la goutte. En dépit de toutes les études entreprises depuis cette époque, on en est encore aujourd'hui, en ce qui concerne la goutte, au même point que vis-à-vis du diabète: on connaît toute une série de faits établis, mais la cause essentielle de la déviation du travail organique normal et l'idée-mère fondamentale capable de nous donner la clef synthétique des symptômes, sont encore à trouver.

Parmi les *causes éloignées de la goutte* que l'expérience clinique nous a fait connaître, il faut signaler en première ligne l'*hérédité*. Dans près de la moitié des cas on peut démontrer que le goutteux appartient à une famille déjà entachée de la maladie, et même on a pu poursuivre la trace de la goutte à travers plusieurs générations successives. En même temps l'héritage goutteux dérive beaucoup plus fréquemment de la partie mâle de la famille que des femmes.

Après l'hérédité, c'est, depuis les temps anciens, le *régime de vie* qu'on accuse le plus de provoquer l'éclosion de la maladie. On s'accordait généralement à dire qu'une alimentation trop riche dans laquelle prédominent les matières azotées et l'abus persistant des boissons alcooliques, sont les causes occasionnelles les plus puissantes de la goutte. SÈNÈQUE raconte qu'au temps de la décadence de l'empire romain, les femmes étaient, à raison de leurs débordements, non moins que les hommes, atteintes de podagre, et un vieux vers dit: « Le vin est le père, la table la mère et Vénus la nourrice de la goutte. » Toutefois cette manière de voir est incontestablement une exagération et quoiqu'il soit positif qu'elle contienne une part de vérité, il faut convenir néanmoins que la goutte ne mérite nullement la dénomination exclusive d'« arthrite des gens riches », mais qu'elle se présente aussi chez les pauvres qui certainement ne jouissent pas beaucoup des plaisirs de la table. Au surplus, nous n'avons pas besoin de dire que beaucoup de bon vivants atteignent un âge avancé sans jamais avoir eu mal au gros orteil.

Il existe entre la goutte et l'*intoxication saturnine chronique* une affinité très remarquable, mais complètement inconnue dans son essence. Il est positivement établi que chez les personnes qui manient beaucoup le plomb (composeurs, peintres en bâtiments, etc.), on voit avec une fréquence frappante se développer la goutte véritable avec dépôts uratiques dans les articulations.

Tous les autres éléments étiologiques qu'on invoque comme ayant une prétendue relation avec la production de la goutte, n'ont aucune valeur avérée. Tout au plus pourrait-on mentionner encore quelques causes occasionnelles pouvant donner lieu peut-être à des accès gouteux isolés. Citons à cet égard les traumatismes, les refroidissements, les écarts de régime, les émotions morales, etc.

Un fait digne de remarque, c'est la *distribution géographique* inégale de la goutte. Il n'est pas sans intérêt de faire voir que cette maladie est beaucoup plus fréquente en Angleterre qu'en Allemagne, et que dans celle-ci les diverses régions diffèrent manifestement les unes des autres sous ce rapport. A Leipzig (et à ce qui paraît dans la Saxe en général) et en Bavière la goutte est en réalité une affection assez insolite.

Ce n'est que par exception que la maladie se déclare dès la première jeunesse. En général la goutte est une affection de l'*âge mûr* et qui se montre rarement avant 40 ans. — Les *hommes* y sont sujets dans une plus forte proportion que les femmes.

Symptômes cliniques et marche morbide. Quoique les manifestations de la goutte affectent les *organes les plus divers*, ce sont pourtant les *lésions articulaires gouteuses* qui constituent le signe le plus caractéristique de la maladie, tellement que depuis longtemps on les a opposées sous le nom de « goutte normale et régulière » à « la goutte interne remontée et anormale ». Il est évident que cette distinction est purement artificielle, attendu que les diverses manières de se manifester de la goutte ne sont en définitive que des nuances multiples et des formes de transition de la même maladie. Cependant, en vue de faciliter l'intelligence pratique des nombreux aspects de la goutte, nous commencerons par décrire « l'accès de goutte typique », et puis seulement nous exposerons les autres manifestations de la maladie. Nous sommes d'autant plus autorisé à procéder de la sorte que, dans la plupart des cas (v. plus bas), l'accès de goutte régulière est aussi le *premier* et le plus précoce de tous les symptômes gouteux.

1. *L'accès de goutte régulière* éclate rarement d'une manière subite. Le plus souvent il est précédé depuis un temps plus ou moins long de certains prodromes, dont ceux qui sont frappés pour la première fois ne comprennent d'ordinaire pas la valeur, mais avec lesquels sont parfaitement familiarisés les individus qui connaissent la maladie par ses visites antérieures, d'autant plus que les signes précurseurs sont pour une seule et même personne presque toujours identiques. Ces *prodromes* consistent tantôt en troubles digestifs, tantôt en un sentiment d'abattement et une altération du moral, parfois en douleurs musculaires contusives, en crampes des mollets, quel-

quefois en légers mouvements fébriles accompagnés de frissons, de chaleur et de sueur. Inversement il peut aussi arriver que le malade, immédiatement avant l'accès, soit dans un état de bien-être parfait.

Un fait étonnant, c'est que *l'accès de goutte proprement dit* commence d'ordinaire au milieu de la nuit ou le matin de bonne heure. Les malades sont réveillés par une douleur subite et très cuisante qui se localise presque toujours dans l'*articulation métatarsophalangienne d'un des gros orteils (podagra)*. La jointure gonfle manifestement, la peau qui la recouvre s'injecte, elle est chaude et tendue, à l'entour les veines s'engorgent et deviennent turgides. En même temps se déclarent des frissons et une fièvre modérée. Cet état dure ainsi jusqu'au matin. A ce moment les douleurs s'apaisent presque toujours, la chaleur animale baisse à la faveur d'une forte sudation et les malades se sentent assez bien pour le restant de la journée. Il n'y a qu'un œdème inflammatoire de la région du gros orteil qui persiste. La nuit suivante les douleurs et la fièvre reprennent, et ces alternatives se reproduisent de cette manière pendant $\frac{1}{2}$ à $1\frac{1}{2}$ semaine. Même quand la période paroxysmale dure plus longtemps, ce n'est communément que pendant les 2 ou 3 premières nuits que les douleurs ont une grande acuité. Plus tard, elles se calment graduellement, et c'est même une règle générale que l'accès est d'autant plus vite coupé que les symptômes initiaux ont été plus violents. Dès que les douleurs cessent, le gonflement articulaire rétrocede, la peau reprend son aspect normal tout en subissant une desquamation épidermique légère, l'état général s'amende rapidement et l'expérience apprend que peu après l'accès il est souvent beaucoup meilleur qu'il n'était avant.

En ce qui concerne la théorie de la goutte (v. plus bas), il serait très désirable d'avoir une notion plus exacte de l'*état de l'urine* et surtout de la sécrétion urique au cours de l'accès. Les recherches faites dans ce but sont réellement trop peu nombreuses encore. La donnée la plus importante est celle fournie par GARROD et confirmée par CANTANI, d'après laquelle *la quantité d'acide urique excrétée baisse quelques jours déjà avant le début de l'accès et est considérablement diminuée pendant l'accès*. En revanche, après l'accès, l'élimination de l'acide urique par la voie rénale est plus considérable, tandis que la proportion d'acide urique dans le sang varie précisément dans un sens inverse, c'est-à-dire qu'elle est accrue pendant l'accès et moindre une fois l'accès passé. Mais quant à dire jusqu'à quel point ces modifications de l'excrétion urique doivent être attribuées à des altérations du mouvement nutritif, si elles tiennent à une diminution de la formation urique ou seulement à une précipitation d'acide urique dans les articulations

vers lesquelles il a été détourné (v. plus loin), on ne connaît rien de précis à cet égard.

La maladie ne se borne presque jamais à un accès *unique*. Après un temps plus ou moins long, après un intervalle plus ou moins régulier de quelques semaines, de quelques mois ou même de plusieurs années, les accès se reproduisent, plus rares dans les cas légers, plus fréquents dans les cas graves et à des distances de plus en plus courtes. Le printemps et l'automne sont considérés comme les saisons où les accès de goutte se renouvellent avec une prédilection marquée. Le gros orteil est généralement l'articulation la plus régulièrement et la plus fortement atteinte, quoique dans les accès ultérieurs d'autres *jointures*, celle de la main (*chiragra*), du genou (*gonagra*), de l'épaule (*omagra*), puissent être entreprises. Parfois des causes traumatiques ou d'autres affections articulaires préexistantes (rhumatismales) semblent appeler l'accès de goutte vers telle articulation plutôt que vers telle autre. Cependant l'affection reste le plus souvent mono-articulaire dans les accès successifs, et ce n'est que rarement et seulement dans les phases avancées de la maladie que plusieurs articulations sont atteintes simultanément.

Plus la maladie dure, plus aussi les accès subséquents se dépouillent de leur cachet typique. Parfois ils sont d'intensité moindre, mais les altérations articulaires ne se dissipent plus entièrement, des manifestations se produisent de la part d'autres organes et de cette manière la goutte entre petit à petit dans son second stade, le stade *chronique* (*atonique*). Remarquons cependant que quelquefois la maladie se montre d'emblée sous cette forme atypique, irrégulière, et que les premiers phénomènes goutteux n'occupent pas tout d'abord les articulations, mais d'autres organes et principalement les reins (v. plus bas).

2. *La goutte atypique et les affections goutteuses des autres organes.* A la suite des arthrites goutteuses, il faut placer en premier lieu les affections assez fréquentes des membranes muqueuses. Signalons d'abord la *dyspepsie goutteuse* qui se traduit par des troubles digestifs et des symptômes gastriques plus ou moins intenses. Les *catarrhes intestinaux* bénins ou rebelles ne sont pas rares chez les arthritiques, il en est de même de la *bronchite*, de la *conjonctivite* et du catarrhe des voies urinaires (« blennorrhée goutteuse », qui, d'après EBSTEIN, affecte surtout les conduits excréteurs de la prostate). L'interprétation de tous les catarrhes qui se manifestent pendant la goutte n'est pas facile. Tantôt ce sont évidemment des complications accidentelles, tantôt ils constituent certainement des *catarrhes par stase* qui résultent d'une insuffisance cardiaque en voie de formation (v. plus

bas) ; d'autre part cependant il semble incontestable que « les catarrhes goutteux » sont le résultat immédiat de l'action nocive de l'acide urique accumulé dans l'organisme.

Des inflammations des membranes séreuses (effusions pleurétiques) se rencontrent également, de même que des *pneumonies* passagères. L'enveloppe cutanée présente quelquefois des *eczémas* aigus ou chroniques, qui sont très probablement en relation directe avec la diathèse goutteuse. Des affections oculaires graves (kératite, iritis) peuvent aussi dépendre directement de la goutte. On a à diverses reprises trouvé le foie affecté de *cirrhose*, dont le développement doit, selon toute apparence, être attribué à l'influence de l'acide urique sur le parenchyme hépatique. Mais l'organe interne le plus fréquemment atteint de lésions goutteuses, c'est évidemment le rein, et consécutivement à celui-ci l'appareil circulatoire (cœur et vaisseaux) qui est aussi quelquefois malade pour son propre compte, indépendamment de toute affection rénale.

Il est certain néanmoins que malgré une goutte articulaire grave de plusieurs années de durée, les reins peuvent demeurer complètement indemnes jusqu'à la fin. Ce fait est pourtant exceptionnel : il est de règle que, en cas de goutte intense, les signes d'une affection rénale et surtout d'une *sclérose rénale chronique* (le rein dit *goutteux*) se produisent tôt ou tard. Les symptômes de cette complication, la plus importante de toutes les complications goutteuses, ne doivent plus être décrits, attendu qu'ils sont identiquement les mêmes que ceux de la sclérose rénale commune (v. p. 547). L'*albuminurie* en constitue le caractère diagnostique démonstratif et l'*hypertrophie secondaire*, à développement lentement progressif, du ventricule gauche est comme la borne de la carrière morbide au delà de laquelle la maladie entre dans une phase nouvelle. Tant que le cœur conserve son énergie contractile, l'état du malade reste supportable et même il conserve une sensation de bien-être subjectif. Mais si peu à peu se déclare l'inévitable insuffisance du cœur, on voit naître de l'œdème, des désordres dyspnéiques, une faiblesse et une émaciation générale, bref le tableau achevé de la rupture de compensation. Une attaque d'*urémie*, une embolie cérébrale ou une apoplexie, peuvent amener une fin prompte, tandis qu'en d'autres conditions les malades ont à traverser les longues péripéties d'une affection chronique du cœur, qui du reste est susceptible de se compliquer encore des symptômes de l'affection fondamentale (nouveaux accès de goutte articulaire, etc.).

Outre l'hypertrophie cardiaque secondaire qui résulte de la sclérose rénale, l'appareil circulatoire peut se ressentir directement de l'influence de