

la goutte. C'est ainsi qu'il faut interpréter l'*endocardite* et la *myocardite* chroniques qui se rencontrent souvent au cours de la goutte, peut-être aussi certains symptômes « fonctionnels » (nerveux ?), tels que les battements de cœur, les attaques d'angine de poitrine, etc. Mais la complication la plus digne d'être mentionnée, c'est l'*endarterite chronique*, la *sclérose artérielle*, qui s'observe fréquemment chez les goutteux, et dont la relation directe avec la goutte semble, au moins en beaucoup de cas, n'être pas improbable. Les *affections goutteuses des veines* (phlébectasie, thrombose) ne sont pas rares non plus, et il est superflu de dire que ces lésions vasculaires peuvent à leur tour être l'origine de beaucoup de phénomènes secondaires.

Dans des circonstances exceptionnelles, il se produit de véritables affections goutteuses des centres nerveux, du *cerveau* et de la *moelle spinale*. D'ordinaire cependant les symptômes nerveux chez les goutteux dépendent, comme il a été dit, d'états consécutifs (urémie chronique et aiguë, troubles de la circulation intracérébrale, etc.). L'explication à donner à certains états nerveux fonctionnels (névralgies, migraine, etc.) est entourée d'obscurité.

Les *articulations* dans la goutte chronique, malgré des attaques répétées, peuvent présenter une apparence extérieure à peu près normale, puisque les manifestations inflammatoires aiguës se dissipent chaque fois complètement. Parfois cependant on voit s'y développer lentement des indurations et des déformations persistantes, communément désignées du nom de *nodosités goutteuses* (tophus arthritiques). Très souvent on sent quelques nodosités semblables dans l'épaisseur des muscles et des tendons, dans la peau (paupières) et principalement dans le cartilage de l'oreille. Elles consistent essentiellement en un amas de sels uratiques (v. plus loin). Il arrive quelquefois que la matière tophacée se crée une issue au dehors, que les urates s'évacuent mêlés à un pus épais, d'où résulte un *ulcère* indolent, atonique et difficile à guérir. Sous l'influence d'agents septiques venus de l'extérieur, ces ulcérations sont souvent le point de départ de suppurations phlegmoneuses étendues.

Disons pour finir que la goutte *se complique* encore d'autres affections : surtout de la *néphrolithiase* et parfois du *diabète sucré* (v. plus haut).

Altérations anatomiques et chimiques dans la goutte. Théorie de la goutte. La lésion anatomique essentielle de la goutte consiste dans le *dépôt* à l'intérieur des tissus d'*abondantes masses de cristaux d'urate*. Ces dépôts se montrent le plus évidemment aux *articulations* atteintes, dont la surface cartilagineuse est parfois entièrement revêtue d'une couche blanche et crétacée. Dans les cas graves, les *ligaments articulaires*, les *tendons*, le

périoste, les *bourses muqueuses*, plusieurs endroits de la peau, etc. sont également parsemés d'une multitude de concrétions formées des mêmes sels. Tous ces dépôts sont constitués essentiellement par de l'*urate de soude*, quelquefois associé à une minime quantité d'urate de chaux, de phosphate de chaux et de chlorure de sodium. EBSTEIN a, dans ces derniers temps, fait des recherches minutieuses sur la pathogénie de ces formations cristallines. Il a trouvé que le processus de l'excrétion urique est toujours précédé d'une *nécrose de tissu*. Grâce à l'irritation chimique nocive que l'acide urique, encore dissout, exerce au préalable sur certains endroits du tissu cartilagineux, des tendons, etc., il s'y produit tout d'abord un travail de nécrose, et c'est seulement à la suite de cette nécrose que les urates se précipitent, se cristallisent et constituent des dépôts. A l'entour de ces foyers nécrosiques se développent plus tard des phénomènes de réaction inflammatoire. En liant les uretères à des poules, EBSTEIN est parvenu à reproduire artificiellement toutes ces altérations de tissu.

Le *rein goutteux*, pour ce qui concerne les données anatomiques, est presque en tout semblable au rein scléreux essentiel, il n'y a qu'un point qui diffère, c'est qu'on y trouve en outre des incrustations d'acide urique et d'urates salins, disposées en stries, non seulement dans la lumière des canalicules rénaux, mais aussi dans l'épithélium et dans le tissu interstitiel. Il est probable que dans ces derniers endroits l'imprégnation uratique n'a jamais lieu non plus qu'après avoir été précédée d'une nécrose du parenchyme.

Les lésions anatomiques qu'on découvre au cœur, aux vaisseaux et dans les autres organes, n'offrent rien de particulièrement caractéristique pour la goutte. — Le *sang* des goutteux, comme GARROD l'a démontré le premier avec certitude, est également surchargé d'acide urique.

Une *théorie sur la goutte*, pour être adéquate, aurait à prouver que dans cette maladie il s'agit, soit d'un excès de formation, soit d'un obstacle à l'élimination de l'acide urique ; elle devrait de plus déterminer quelle est la cause essentielle de cette singulière anomalie de la métamorphose organique, quelles conditions président aux précipitations des cristaux uratiques dans les tissus, pour quels motifs ce sont certains organes en particulier, comme les articulations, et surtout la première articulation du gros orteil, qui sont atteints de préférence, et enfin de quelles circonstances dépendent la marche de la maladie, son apparition par accès séparés, et ainsi de suite. Aucune de ces questions n'a jusqu'à ce jour reçu de solution satisfaisante. Le fait expérimental que la goutte se rencontre souvent chez les personnes qui ont vécu dans la bonne chair, a fait croire que chez le goutteux la nour-

riture ingérée n'est pas totalement consumée et que dès lors l'acide urique formé en excès s'accumule dans le corps. Comme il a été dit plus haut, cette supposition ne suffit pas à expliquer tous les cas de goutte, et d'un autre côté les notions que nous possédons sur la genèse de l'acide urique aux dépens des composés albuminoïdes, et sur les transformations ultérieures de ceux-ci, sont encore beaucoup trop élémentaires pour autoriser à formuler nettement une pareille hypothèse. Force est donc d'avouer que la cause véritable de l'accumulation d'acide urique dans les tissus est encore à l'état de problème. Tout au plus pourrait-on présumer que la *précipitation* en cristaux de l'acide urique tenu en dissolution dans le sang et dans les humeurs, doit être occasionnée ou tout au moins favorisée par une *acidité excessive* des liquides susdits. Quant à dire quels sont les acides qui sont ici en jeu et comment ils se forment, c'est là encore une fois une question irrésolue. Il est probable que le motif pour lequel la matière tophacée incruste en premier lieu les cartilages articulaires, tient peut-être à ce que les humeurs se meuvent avec une certaine torpeur dans ce genre de tissus. Quant à savoir si l'acide urique se développe dans le cartilage même, c'est un point également douteux. EBSTEIN croit qu'il se forme surtout dans les muscles et dans la moelle des os, d'où il serait transporté vers les cartilages, tandis que d'autres (notamment CANTANI) considèrent le cartilage même et le tissu connectif comme le lieu d'origine de l'acide urique.

Diagnostic. Le diagnostic de l'attaque de goutte aiguë ne présente d'ordinaire pas de difficulté, parce que l'explosion subite de la douleur pendant la nuit et sa localisation dans le gros orteil, sont des signes très caractéristiques qui suffisent pour distinguer la maladie des autres affections aiguës articulaires. Dans les phases avancées de la goutte, le diagnostic est plus difficile, vu qu'alors ces manifestations sont moins accusées. Cependant le commémoratif relate parfois l'existence antérieure d'accès de goutte typiques et l'influence d'éléments étiologiques très importants (hérédité, manière de vivre) au point de vue du diagnostic. Il faut noter en outre que beaucoup de gouteux aiment à cacher leurs antécédents et n'avouent pas volontiers leurs accès de goutte passés. Si l'on est en présence d'une goutte articulaire chronique, il y a lieu parfois de faire le diagnostic différentiel entre celle-ci et l'arthrite déformante. Cette dernière se distingue d'ordinaire aisément par les déformations qui atteignent tout d'abord les mains et les doigts et par la constante chronicité de sa marche morbide. De plus, dans la véritable goutte, on sent quelquefois des nodosités gouteuses caractéristiques aux tendons et dans l'épaisseur de la peau (paupières, pavillon de l'oreille).

La connaissance de l'origine gouteuse de la *néphrite chronique* n'est possible que pour autant que des symptômes non équivoques de goutte l'ont devancée. En dehors de ceux-ci il n'y a que certains facteurs étiologiques (hérédité gouteuse, intoxication saturnine chronique) qui pourraient mettre sur la bonne voie. Les cas de « goutte rénale dite primitive » (EBSTEIN) dans lesquels les affections articulaires font défaut pendant tout le cours de la maladie, se déroberaient d'ordinaire à un diagnostic clinique précis.

Il nous reste à faire brièvement mention du procédé qu'emploie GARROD pour découvrir l'acide urique dans le sang, en vue d'établir le diagnostic de la goutte. On recueille quelques grammes (5 à 10) de sérum du sang ou de sérosité d'un vésicatoire dans un verre de montre et on y ajoute 6 à 10 gouttes environ d'une solution d'acide acétique à 30 %. Puis on étend un fil de toile dans ce mélange et on laisse l'appareil pendant un jour à peu près exposé à une chaleur modérée. Si le liquide contient une assez forte proportion d'acide urique, on trouve le fil entouré de cristaux reconnaissables à leur forme et à leur réaction chimique. Toutefois le procédé du fil de GARROD n'est pas très usité dans la pratique, puisqu'il réussit seulement quand le sang renferme de l'acide urique en grande abondance, et que d'autre part cet acide peut se rencontrer aussi dans l'état de santé et dans des états morbides d'une autre nature.

Pronostic. Autant le pronostic de l'accès de goutte en particulier est favorable, aussi peu on doit compter sur la guérison durable de la maladie elle-même. C'est seulement quand les malades, à partir des premiers avertissements que, la goutte leur donne, observent avec toute la rigueur possible toutes les règles prophylactiques d'un sage régime, qu'ils pourront espérer qu'à l'avenir la maladie se manifestera plus rarement et avec moins de sévérité, et que les graves lésions de la goutte interne ne se produiront pas. Si les organes intérieurs et les reins en particulier sont encore intacts, la vie ne court pas de danger prochain et les malades, en dépit de leur goutte, peuvent atteindre un âge avancé. Tout au plus voit-on les altérations chroniques qui se sont lentement développées dans les articulations, amener des troubles fonctionnels dans la marche et dans divers autres mouvements. Pour le reste, l'état général des arthritiques est excellent en dehors des accès, et l'expérience nous apprend même qu'ils éprouvent un grand sentiment de bien-être, immédiatement après le décours d'une attaque de goutte intense, tandis que des accès rudimentaires et irréguliers dans leur apparition sont souvent considérés comme d'augure défavorable. Quoi qu'il en soit, le danger devient sérieux quand on est en présence d'une néphrite chronique. Le pronostic s'en ressent aussi, et il

importe d'avoir l'œil ouvert sur toutes les éventualités qui peuvent surgir dans les diverses formes de sclérose rénale (v. y.).

Traitement. Tous les médecins s'accordent à dire que le traitement de la goutte doit être avant tout, non pas médicamenteux, mais *diététique*. Ce n'est que pour autant que le malade aura assez d'énergie, dès les premiers débuts de la maladie, pour s'observer lui-même en ce qui concerne son alimentation et toute sa manière de vivre, réglée d'après une ordonnance sévère, qu'il pourra réellement escompter un bénéfice de l'intervention thérapeutique.

Les *prescriptions diététiques* spéciales qu'on a récemment fait valoir de divers côtés contre la goutte, diffèrent notablement les unes des autres ; cependant ces différences ne sont pas aussi grandes en réalité qu'elles en ont l'air au premier aspect, et en tout cas c'est généralement la quantité des aliments beaucoup plus que leur qualité particulière qui entre en ligne de compte. Comme la plupart des goutteux sont obèses, le régime qui leur convient concorde en majeure partie avec celui qui est préconisé contre l'obésité. Il s'ensuit qu'il importe tout d'abord de *réduire la quantité des aliments* et de n'en accorder que ce qu'il en faut indispensablement pour apaiser la faim. La nourriture peut rester mixte, c'est-à-dire consister en substances azotées, amylacées et grasses, quoiqu'à dose exigüe pour ce qui concerne ces dernières (v. le chap. suiv.) L'apport de l'azote doit être ramené à un certain taux, pour diminuer la production de l'acide urique ; on restreint la ration de graisse et de fécule de manière à brûler autant d'albumine que possible et à éviter l'accumulation de graisse. Les acides seront écartés de l'alimentation pour rendre moins facile la précipitation de l'acide urique au sein des tissus. Quelques expérimentations pratiques semblent prouver qu'un régime où prédominent les *végétaux* est mieux toléré par les goutteux qu'une nourriture animale. Cependant, à voir les choses de près, il n'est en réalité de nouveau question ici que de rapports quantitatifs, puisque les aliments assimilés, et surtout ceux qui sont résorbés dans l'intestin, le sont toujours en quantité moindre dans la diète végétale que dans le régime animal. Conséquemment, le menu à servir aux goutteux se composera de préférence de viande maigre, de poisson, de bouillon, de légumes herbacés et de petites quantités de lait, d'œufs et de pain. Les gâteaux sucrés, les viandes grasses, les pommes de terre et tous les mets acides devront être évités, tandis que les fruits à dose modérée sont permis. Comme boisson, il n'y a rien « qui surpasse l'eau », quoique trop de liquide soit nuisible et donne parfois lieu à certains inconvénients. Les *alcooliques* pris en masse sont certainement pernicieux aux goutteux. Si on ne peut les

proscrire entièrement, il faut du moins tâcher de les réduire autant que possible.

Quand, par une alimentation ramenée à des proportions congrues, l'obstacle à la métamorphose organique aura été levé, et surtout qu'on aura empêché la formation surabondante d'acide urique, il n'y a pas de meilleur moyen pour activer directement la combustion interstitielle, qu'un *exercice musculaire bien ordonné*. Les goutteux corpulents et encore valides, chez lesquels n'existe aucune lésion interne sérieuse, doivent par conséquent être instamment engagés à se livrer à des exercices corporels méthodiques (ascensions alpestres, gymnastique de chambre, travaux de jardinage, etc.). « Peu de sommeil et beaucoup de mouvement » tel doit être l'adage de cette classe de malades. — C'est dans ce même but et pour accélérer les échanges nutritifs, que les goutteux peuvent avantageusement user des *bains*. Au début de la maladie, les bains frais et les frictions froides, les bains salins ordinaires, au besoin même une cure *prudente* à la mer seront parfois utiles. Dans les stades avancés de la goutte, surtout quand il s'est formé des lésions arthritiques persistantes, les *bains chauds* sont appropriés, à *Teplitz, Wildbad, Wiesbaden, Baden-Baden, Karlsbad, Ems, Aix-la-Chapelle*, etc.

Indépendamment des prescriptions d'hygiène générale susmentionnées, l'*usage interne des alcalins* est reconnu comme le meilleur remède contre la goutte. De fait, puisque depuis longtemps déjà sont établis les excellents effets des eaux minérales alcalines, cette médication répond aussi bien aux exigences de la pratique qu'aux données de la théorie concernant la précipitation de l'acide urique qui aurait lieu grâce à la production exagérée d'acide dans l'intérieur des tissus (v. plus haut). Les bons résultats des eaux minérales dépendent encore de la stimulation imprimée à la combustion de l'albumine par l'apport du chlorure de sodium, de l'impulsion qu'elles donnent à la sécrétion rénale, de l'influence favorable qu'elles exercent sur les catarrhes de l'estomac, sur la constipation, etc., et enfin disons encore que la plupart des malades observent beaucoup mieux les règles de l'hygiène et du régime alimentaire dans les stations balnéaires que chez eux. Parmi les eaux minérales, celles de *Karlsbad* et de *Vichy* ont acquis le meilleur renom dans le traitement de la goutte, quoiqu'avec des sources d'une composition analogue (*Ems, Neuenahr*) on obtienne certainement les mêmes succès. Quant aux eaux salines employées en boisson, ce sont celles de *Wiesbaden, Baden-Baden, Kissingen et Hombourg* qui sont les plus appropriées. — Se basant sur le fait chimique du grand pouvoir dissolvant que les sels de lithine possèdent sur l'acide urique, on a préconisé dans ces derniers temps

l'usage interne des *eaux lithinées*. Mais comme les eaux lithinées naturelles (source de la couronne d'Obersalzbrunn, d'Assmannshausen, de Salzschlif etc.) ne contiennent qu'une proportion infinitésimale de carbonate de lithine ou de chlorure de lithium, il faut donner la préférence aux *eaux de lithine artificielles* (composées par STRUVE ou EWICH). On peut aussi prescrire des poudres de 0, 1 à 0, 2 de carbonate de lithine, dont les malades prendront 2 à 3 doses par jour, dissoutes dans un verre d'eau de Selters ou de Bilin.

Tous les autres remèdes usités jadis pour neutraliser la « diathèse goutteuse » sont d'une efficacité plus que douteuse et ne méritent pas qu'on s'y arrête.

En ce qui concerne le *traitement de l'accès de goutte aiguë*, on a presque complètement renoncé à toute intervention active. Il va sans dire que le malade gardera le lit, l'orteil endolori enveloppé d'ouate, la jambe placée dans une position élevée, et en s'astreignant à un régime sévère. On veillera aux garde-robes au moyen de lavements ; si l'estomac est notablement dérangé, on fera prendre un peu de soude, de magnésie ou un amer quelconque. Les douleurs prennent-elles de l'acuité, après les embrocations narcotiques, les cataplasmes chauds, etc., la morphine en injection sous-cutanée est le remède le plus sûr. Il n'est pas prouvé qu'il existe des *remèdes internes* en état de couper court à une attaque de goutte. Dès les temps reculés la *colchique* (3 à 4 fois par jour 20 à 30 gouttes de vin ou de teinture de colchique) était le médicament favori qui est aujourd'hui d'un usage beaucoup plus restreint. L'*acide salicylique* et le *salicylate de soude* donnés de la même manière que dans le rhumatisme articulaire aigu, semblent quelquefois, pas toujours cependant, avoir un effet favorable. L'*antipyrine* (au besoin peut-être l'*antifébrine*) exerce parfois une influence réellement anodine sur l'affection articulaire. Plusieurs médecins recommandent surtout des injections sous-cutanées d'antipyrine au voisinage de l'articulation. Nous manquons d'expérience personnelle à cet égard.

Les *arthrites chroniques goutteuses* se traitent de la même façon que les autres formes d'arthrite chronique (v. p. 641). Le *massage* prudemment fait et les *bains* (eaux thermales, bains sulfureux, bains de boue sulfureuse) sont les remèdes les plus puissants, qui doivent être combinés avec les médicaments internes généralement dirigés contre la disposition goutteuse (*alcalins, lithine*). Quelques médecins attribuent aussi à l'usage de l'*iodure de potassium* une action favorable sur la résorption des concrétions goutteuses.

Le traitement des *complications* et en particulier de la *néphrite goutteuse*,

n'exige pas de mention spéciale, attendu que celui de la maladie fondamentale est toujours l'affaire principale et que d'ailleurs il ne peut être question que des médications symptomatiques relatées dans les chapitres qui se rapportent à ces complications.

CHAPITRE DOUZIÈME.

OBÉSITÉ.

(Corpulence, polysarcie adipeuse, embonpoint anormal.)

Définition et étiologie. Comme le développement adipeux est sujet à d'assez grandes variations, la ligne de démarcation entre l'embonpoint physiologique et l'obésité qui doit être considérée comme anormale, n'est pas facile à tracer. Au point de vue pratique, cette limite est franchie quand la graisse commence à devenir une surcharge pour ceux qu'elle afflige et à leur causer des malaises subjectifs. Dès que la polysarcie a atteint un certain degré, elle entraîne presque toujours des conséquences fâcheuses et on est en droit de l'envisager, non plus comme un simple désagrément, mais comme une véritable *maladie*. Il est vrai qu'aux symptômes de l'obésité viennent alors se mêler diverses autres manifestations morbides qui sont des résultats accessoires, dus aux mêmes causes que celles qui président à la genèse de la polysarcie.

La cause ordinaire et principale de l'obésité c'est l'apport continu et trop abondant des matériaux de nutrition. « Trop abondant » signifie que, étant donné un état d'embonpoint moyen préexistant, la nourriture ingérée continue d'apporter incessamment une nouvelle quantité d'éléments gras-seux. Que cet excédant nutritif consiste en matière azotée, en substances hydrocarbonées ou en graisse, il n'importe guère, attendu que dans chacune de ces conditions, la ration alimentaire étant suffisante, l'apport de graisse peut avoir lieu. Toutefois c'est le plus souvent, disons-le de suite, un surplus de graisse et de féculents dans l'alimentation, qui a pour conséquence nécessaire une augmentation du tissu adipeux. Comme en ces cas il s'agit presque toujours de facteurs à action continue, il ne faut pas précisément que ce surplus de tous les jours soit bien considérable. Très souvent des gens obèses s'étonnent d'augmenter constamment en poids, malgré qu'ils « ne mangent pas plus que d'autres personnes qui restent maigres ». Cela se comprend aisément quand on songe qu'une ajoute quotidienne de 5 grammes seulement, suffit dans l'espace de 10 ans (de 35 à 45 ans, par