

certain temps à son lieu d'élection, elle envahit d'ordinaire d'autres articulations. — Dans quelques cas rares, on observe durant l'attaque un déplacement subit de la fluxion sur la jointure homologue de l'autre côté, ou sur une autre plus ou moins éloignée.

La première attaque de goutte peut demeurer isolée, mais le fait est très-rare; il est de règle que les accidents se reproduisent après un intervalle variable. Bien des circonstances influent sur la durée de ce dernier: c'est d'abord l'idiosyncrasie du malade, c'est la gravité de la maladie, puis le régime de la vie et le traitement, enfin l'influence saisonnière, qui devient d'autant plus puissante que le mal est plus ancien; elle finit souvent par dominer toutes les autres conditions, de sorte que le malade a une ou deux attaques par an, toujours à la même époque.

Les attaques violentes et fébriles que je viens de décrire appartiennent à la goutte aiguë des individus robustes; mais sans que la maladie perde son caractère d'acuité, on peut observer chez les sujets débilités des paroxysmes moins intenses, parfois même apyrétiques, qui présentent d'ailleurs les mêmes phénomènes locaux; cette variété, qui a sa raison d'être dans le mode réactionnel des malades et non pas dans le caractère de la maladie, peut être opposée comme *goutte asthénique aiguë* à la *goutte sthénique aiguë*, les deux types extrêmes étant unis par de nombreux intermédiaires.

FORME CHRONIQUE. — Ordinairement consécutive à l'aiguë, souvent hâtée par un traitement mal dirigé, la goutte chronique peut aussi être primitive, notamment chez les individus chétifs ou débilités par quelque maladie antérieure. Quoi qu'il en soit, cette forme chronique est constituée par des attaques articulaires qui diffèrent des précédentes par les trois caractères que voici: elles sont moins fortes, et le plus souvent apyrétiques ou accompagnées d'un mouvement fébrile très-léger; — elles sont plus longues, comme si la durée était en raison inverse de l'intensité; — dans leur intervalle la santé n'est pas complètement restaurée, le goutteux reste malade. Les raisons de ce fait sont diverses: par cela même que l'attaque est moins forte, la fièvre moins vive ou nulle, l'individu n'est pas obligé d'observer la diète, et le paroxysme n'a plus son effet régulateur sur le bilan organique; dans la goutte aiguë, chaque attaque diminue la recette et augmente la dépense, et l'équilibre, rompu au profit de l'engorgement, est par là momentanément rétabli; dans la goutte chronique, ces conditions font défaut, et l'état constitutionnel du malade qui subit ces accès imparfaits reste à la suite ce qu'il était avant. D'un autre côté, l'état local est de plus en plus compromis; non-seulement les jointures conservent une roideur, une sensibilité douloureuse qui gênent les mouvements, mais les dépôts spécifiques d'urates atteignent les ligaments, les tissus périarticulaires; des tophus sont produits, et quand bien même les phénomènes douloureux viennent à cesser complètement, les articulations

sont déformées, la locomotion et la préhension sont plus ou moins entravées, et le patient arrive à un état voisin de l'infirmité. Ce résultat est principalement à craindre lorsque la goutte chronique occupe toujours les mêmes jointures (*goutte fixe*); celle qui, sans siège électif, se déplace incessamment (*goutte erratique* ou *vague*), expose bien moins à ces fâcheuses conséquences. Dans les régions garnies de tophus on observe parfois une inflammation phlegmoneuse qui se développe spontanément ou sous l'influence du plus léger traumatisme; ces foyers fournissent d'abord un pus séreux, puis une masse crayeuse ou des concrétions dont l'élimination, souvent fort longue, transforme en fistule l'ouverture de l'abcès.

Indépendamment de ces différences fondamentales issues des allures générales de la maladie, l'attaque avortée de la goutte chronique en présente d'autres eu égard à l'état local des parties durant le paroxysme; la rougeur est moindre et elle se développe plus lentement, la tuméfaction est tout à fait graduelle, elle a d'emblée l'apparence œdémateuse, et elle persiste après la fin du paroxysme qui manque de desquamation épidermique. — Alors même que la goutte chronique est sans complications, l'intervalle des attaques n'est pas seulement marqué par les désordres articulaires: les malades souffrent de dyspepsie, de gastro-entéralgie, de migraines, de palpitations, et l'irritabilité de leur caractère s'accroît de plus en plus. On observe assez souvent un certain balancement entre les phénomènes viscéraux et les articulaires, en ce sens que les premiers sont moins pénibles lorsque les seconds sont très-accusés *et vice versa*. Cette tendance est un trait d'union entre la goutte régulière et l'irrégulière. L'urine est assez variable quant à sa couleur et sa clarté, mais la quantité d'acide urique paraît être constamment au-dessous de la normale.

Lorsque la goutte chronique ne guérit pas, elle finit par amener, alors même qu'elle n'est pas compliquée, une altération générale de l'organisme, une CACHEXIE qui peut être considérée comme la période ultime de la maladie. Par le fait de la dyspepsie, la digestion et l'assimilation sont compromises, l'appétit est d'ailleurs nul, le malade maigrit et perd ses forces, l'anémie l'affecte d'autant plus puissamment qu'il était habitué à une alimentation plus riche, il a des palpitations fréquentes, du vertige, une tendance marquée aux lipothymies et à la syncope, et sa constitution débilitée ne peut plus faire les frais des déterminations articulaires; il n'y a pas de paroxysmes, les douleurs caractéristiques sont à peine accusées ou nulles (*goutte atonique*), et c'est alors qu'il y a le plus de chances de voir apparaître les accidents redoutables de la goutte anormale. A son plus haut degré cette cachexie aboutit à l'œdème, et le patient succombe dans le marasme.

Cette évolution est exceptionnelle; le plus ordinairement c'est une maladie intercurrente qui amène la mort, ou bien, si la goutte chronique tue,

c'est parce qu'elle est COMPLIQUÉE, et le patient succombe soit à la complication même, soit à l'une de ses suites.

Ces COMPLICATIONS sont nombreuses; les plus importantes sont la lithiase rénale et ses conséquences, — la néphrite parenchymateuse avec infarctus urique, — la congestion chronique du foie et la sclérose, — les varices hémorroïdaires, — l'asthme et ses suites, le catarrhe et l'emphysème avec ou sans bronchectasie, — la dégénérescence graisseuse du cœur, — enfin l'athérome artériel, lésion qui rend compte des maladies valvulaires, des dilatations aortiques, des hémorragies, des ramollissements du cerveau (*apoplexie goutteuse* des anciens), et des altérations semblables de la moelle (*paraplégie goutteuse* de Graves).

**Goutte anormale.** — Cette forme appartient également à la goutte aiguë et à la chronique, mais elle est bien plus fréquente dans cette dernière; elle est caractérisée par des troubles réflexes, par des fluxions cutanées ou viscérales, qui remplacent pour un temps les fluxions articulaires de la goutte normale. Suivant la modalité de ce remplacement, je distingue ici trois variétés.

I. Dans le cours d'une attaque, les symptômes articulaires disparaissent soudainement et sont remplacés par une fluxion intestinale à forme dysentérique, par un accès de cardialgie, d'asthme, de palpitations, d'angine de poitrine, par des vertiges, du délire ou du coma; c'est là la GOUTTE MÉTASTATIQUE dans le sens rigoureux du mot.

II. Chez un individu bien et dûment reconnu pour goutteux, c'est-à-dire qui a eu des attaques de goutte régulière aiguë ou chronique, on observe, en l'absence de toute attaque actuelle, l'un des phénomènes de la goutte métastatique; tantôt ce désordre est remplacé au bout de quelques heures ou de quelques jours par une poussée articulaire normale, tantôt il subsiste sans remplacement dans sa forme première, et tient lieu de l'attaque; le paroxysme suivant peut être d'ailleurs parfaitement régulier; ce n'est plus là de la goutte métastatique, car le phénomène viscéral tient lieu par *compensation* d'une attaque articulaire qui manque, et si la fluxion sur les jointures vient à se produire secondairement, le déplacement a lieu de la partie plus noble à la moins noble; il y a, suivant le langage traditionnel, MÉTAPTOSE et non MÉTASTASE. Pour éviter toute équivoque, je réserve à cette variété la qualification de GOUTTE ALTERNANTE ABARTICULAIRE. Le phénomène abarticulaire peut être toujours le même chez le même malade, toutefois il n'en est pas toujours ainsi; je donne des soins depuis plusieurs années à une dame qui présente un type parfait de goutte alternante, et chez elle l'affection substituée est tantôt une cardialgie avec ou sans vomissements, tantôt un catarrhe dysentérique; à certaines époques, c'est une attaque de dysménorrhée, quoique en toute autre circonstance la menstruation soit parfaitement normale.

III. Enfin la troisième variété de goutte anormale est ainsi constituée :

un individu est de famille goutteuse, ou bien il a les attributs de la constitution goutteuse, il n'a jamais présenté de symptômes articulaires, mais il a des accès d'asthme, des accès de vertige, de migraine ou tel autre des phénomènes viscéraux ou cutanés qui ont été si souvent énumérés; c'est là la GOUTTE LARVÉE; je suis loin d'en vouloir contester la réalité, j'ai dit précédemment, au contraire, que le médecin doit utiliser cette situation au point de vue thérapeutique; mais il est bien certain aussi que, jusqu'au moment où éclate un accès articulaire, la goutte larvée reste à l'état de goutte hypothétique.

La goutte métastatique et la goutte alternante sont extrêmement pénibles, et si la rétrocession ou la substitution porte sur le cœur ou sur le cerveau, la mort subite ou rapide en peut être la conséquence; c'est une syncope qui la produit dans la goutte cardiaque; c'est vraisemblablement une fluxion avec infiltration œdémateuse du mésocéphale qui en est la condition dans la goutte cérébrale. Il va sans dire que ces faits doivent être soigneusement distingués des cas *plus nombreux* dans lesquels la mort résulte d'une lésion cardiaque ou cérébrale commune compliquant la maladie goutteuse. L'oubli de cette distinction a singulièrement élargi le domaine de la goutte viscérale; néanmoins un médecin prudent ne doit jamais perdre de vue cette proposition de Musgrave: la goutte articulaire est celle dont on est malade; la goutte anormale, celle dont on meurt.

#### TRAITEMENT.

Le traitement hygiénique de la disposition goutteuse est basé sur la connaissance des notions pathogéniques, et il est facile d'en déduire les règles: sobriété, et régularité dans les heures de repas, voilà les préceptes fondamentaux; le régime doit être mixte, mais plus végétal qu'animal, et parmi les substances animales il faut laisser de côté le gibier, les crustacés et les poissons de mer; le café, le thé, les liqueurs ne peuvent être autorisés que par exception, la boisson la plus salutaire est l'eau pure; si elle n'est pas bien tolérée, on peut conseiller les vins blancs les plus légers du Rhin ou de la Moselle, ou bien la bière faible, notamment le *pale ale*. Comme complément de ce traitement à la fois préventif et curateur, je puis recommander après expérience la cure vernale de petit-lait dans les contrées alpestres. En même temps qu'on règle de la sorte l'introduction du combustible, il faut veiller aux opérations qui en amènent la combustion parfaite; conséquemment les exercices physiques, la vie en plein air, sont d'absolue nécessité, et il convient d'activer autant que possible les fonctions cutanées. Enfin je conseille d'administrer chaque mois, pendant une dizaine de jours, une eau bicarbonatée sodique,

ou une solution artificielle de ce sel; d'après les modifications que l'usage des alcalins produit dans l'urine, il est permis de penser qu'ils restreignent la formation de l'acide urique. Ce traitement complexe est d'une incontestable puissance, et son inefficacité fréquente est imputable ou à une application trop tardive, ou au défaut de soumission des malades; c'est là, il faut le dire, la véritable pierre d'achoppement.

Une fois la goutte déclarée, la conduite à suivre varie selon les cas. Dans l'intervalle des attaques de goutte aiguë, les prescriptions précédentes doivent être scrupuleusement observées, il faut seulement avoir soin de régler la richesse de l'alimentation selon la constitution des malades; cette même considération doit fixer le choix des stations thermales. Les individus robustes atteints de goutte sthénique retirent de grands avantages d'une cure très-courte, mais répétée au besoin, à Vichy, à Carlsbad, à Vals ou à Pougues; les eaux seront données en boisson seulement, et non en bains; aux individus moins vigoureux on prescrira plutôt les eaux d'Ems ou de Kissingen. — Dans la goutte chronique, les eaux alcalines fortes trouvent rarement leur indication, à moins que la maladie ne soit récente et primitivement chronique, et la constitution du malade satisfaisante; les thermes d'Ems, de Kissingen, de Wiesbaden, Homburg sont bien plus souvent utiles dans ces conditions, et si l'individu, sans être profondément anémique, est débilité et présente une irritabilité nerveuse prononcée, il sera mieux encore de s'adresser aux eaux plus douces de Wildbad, Nérès ou Luxeuil. Ces dernières eaux, celles de Plombières, de Contrexéville, de Royat, conviennent aux goutteux à prédominances dyspeptiques; ces mêmes malades se trouvent très-bien aussi des préparations de noix vomique et de quassia amara. Enfin, aux individus tout à fait anémiques on conseillera Franzensbad, Schwalbach, Spa, Pyrmont ou Saint-Moritz; mais il faut prendre garde de dépasser le but et de provoquer une excitation qui pourrait ramener les accidents aigus; ce danger est bien plus grand encore avec les eaux sulfureuses conseillées par quelques médecins, et j'hésiterai toujours à en prescrire l'emploi. Chez les malades dont la goutte est depuis longtemps silencieuse et dont la nutrition est languissante, l'hydrothérapie méthodique peut rendre de grands services. — Les déterminations cutanées qui accompagnent la goutte normale, aiguë ou chronique, ne fournissent aucune indication particulière, elles sont justiciables du traitement employé contre la maladie fondamentale; si, par une médication dirigée spécialement contre elles, on réussissait à les faire disparaître, on serait plus nuisible qu'utile au patient, dont la goutte serait infailliblement exaspérée, et troublée dans ses allures jusque-là régulières. A plus forte raison en serait-il ainsi si l'on supprimait une dermatose habituelle chez un goutteux guéri des accidents articulaires; le moindre risque serait de ramener les manifestations aiguës sur les jointures, mais il se pourrait aussi que la fluxion compensa-

trice se fit sur un viscère et produisit un désordre mortel. En somme, tant que la goutte est normale, sa topographie doit être respectée; la notion de la maladie d'une part, la constitution du malade d'autre part, sont les seules causes des indications thérapeutiques. — Les désordres articulaires qui survivent aux attaques de goutte sont heureusement modifiés par les eaux chlorurées sodiques en boissons, en bains, notamment par celles de Wiesbaden et de Kreuznach, et aussi par les bains de boues (Saint-Amand).

On voit d'après ce qui précède qu'il n'existe pas plus de spécifiques contre la goutte que contre le rhumatisme; les remèdes secrets préconisés à grand bruit doivent leur efficacité au colchique, lequel n'est pas davantage un spécifique, mais simplement un remède utile, répondant à une indication particulière que je formulerai bientôt. Mais avant de passer outre, je tiens à mentionner l'opinion de Garrod touchant l'efficacité du carbonate de lithine dans le traitement de la dyscrasie urique et de la goutte chronique; ce sel, qu'il donne en solution aqueuse à la dose de 50 centigrammes à 1 gramme par jour, a pour effet de prévenir, en vertu de son pouvoir dissolvant, la formation des dépôts d'urates, et de diminuer la fréquence des accès. Cette médication est sans inconvénients et mérite d'être vulgarisée.

Le traitement de l'attaque aiguë de courte durée se réduit à peu de chose; le repos, l'enveloppement de la partie malade avec de la ouate recouverte d'un taffetas gommé, ou bien des applications d'huiles narcotiques en feront tous les frais. Mais lorsque l'enchaînement de nombreux paroxysmes constitue une attaque de plusieurs semaines, pendant lesquelles le patient est tourmenté de douleurs atroces, il y a lieu de venir à son aide, et c'est dans ce cas que le colchique trouve son indication la plus utile; il ne faut pas le donner dès les premiers jours, et il faut commencer par des doses faibles. On emploie l'extrait de semences à la dose de 20 à 40 centigrammes par jour, la teinture à la dose de dix à vingt gouttes, ou le vin, dont on donne de 10 à 25 grammes en vingt-quatre heures. L'extrait est commodément administré sous forme pilulaire, et l'on peut y adjoindre une dose égale de sulfate de quinine et une dose moitié moindre de poudre de digitale. La médication est continuée durant trois à cinq jours de suite.

Le colchique pur ou associé comme je viens de le dire, répond, chez les goutteux, à une autre indication; il modifie avantageusement les névroses douloureuses, notamment les névralgies et la migraine, soit qu'elles tiennent à une goutte déjà manifestée, soit que, symptômes de la forme que j'ai appelée *larvée*, elles précèdent les déterminations articulaires. Dans ce dernier cas, il ne faut pas se borner à remplir l'indication symptomatique, il faut provoquer l'explosion de la goutte articulaire par des applications répétées de sinapismes ou de vésicatoires sur les jointures qui

sont le siège d'élection de la fluxion goutteuse. — Ce traitement est le seul efficace dans les accidents viscéraux aigus de la *goutte métastatique* et de la *goutte alternante*; je n'ai pas encore eu occasion d'en observer les effets contre les phénomènes cardiaques et cérébraux, mais j'en ai maintes fois constaté la rapide efficacité dans la cardialgie, l'entéralgie, la fluxion rectale dysentérique et la dysménorrhée. Ce fait est pour moi vérité démontrée, et il domine toute la thérapeutique de la goutte anormale.

## CHAPITRE V.

### RACHITISME.

#### GENÈSE ET ÉTIOLOGIE.

Le rachitisme (1) est une **maladie constitutionnelle** caractérisée par une **HYPERGÉNÈSE DU TISSU DES OS** avant leur complet développement. On peut admettre ou nier le caractère inflammatoire du processus, mais ce qui

(1) WHISTLER, *De morbo puerili anglorum dicto the Rickets*. Lugd. Bat., 1645. — BOOTIUS, *Liber de affectionibus omissis*, c. XII. — GLISSONIUS, *Tract. de rachitide seu morbo puerili, Rickets dicto*. London, 1650. — BUCHNER, *De rachitide perf. et imperf.* Strasb., 1715. — ZEVIANI, *Della cura di bambini attaccati della rachitide*. Verona, 1761. — LEIDENFROST, *Nonnulla de rachitide*. Duisburgi, 1771. — LEVACHER DE LA FLEUTRIE, *Traité du rachitis, etc.* Paris, 1772. — VAN SWIETEN, *Commentaires*, V. — DE MAGNY, *Mémoire sur le rachitis*. Paris, 1780. — FOURCROY, *Mém. Soc. roy. de méd.*, 1782. — TRNKA DE KRZOWITZ, *Historia rachitidis*. Viennæ, 1787. — VEIRAC, *Abhand. ueber die Rachitis, etc. (aus dem Höllandischen von Keup)*. Stendal, 1794. — HEINE, *De vasorum absorbentium ad rachitiden procreandam potentia*. Göttingen, 1792. — PORTAL, *Obs. sur la nature et le traitement du rachitisme*. Paris, 1797.

ROMBERG, *De rachit. congenit.* Berolini, 1817. — GIULANI, *Sul rachitismo*. Napoli, 1819. — FICKER, *De rachitide morbique ex ea oriundis*. Berolini, 1821. — SARTORIUS, *De rachit. congenit. obs.* Lipsiæ, 1826. — SIEBOLD, *Die englische Krankheit*. Würzburg, 1827. — RUFZ, *Gaz. méd. Paris*, 1834. — SHAW, *London med. Gaz.*, 1835. — *Med. chir. Trans.*, 1843. — WEATHERHEAD, *A Treatise on rickets*. London, 1835. — GUÉRIN, *Gaz. méd. Paris*, 1839. — RICHTER, *Ueber das Wesen und die Behandl. der englischen Krankheit*. Erfurt, 1841. — MARCHAND, *Journ. f. prakt. Chemie*, 1842. — FRERICHS, *Wöhler und Liebig's Annalen*, 1843. — KÜTTNER, *Casper's Wochen.*, 1843. — EPHRAIM, *Diss. ad morpholog. rach. symbol.* Berolini, 1843. — VON BIBRA, *Chem. Unters. der Knochen*. Schweinfurt, 1844. — GUERSANT, *Gaz. hôp.*, 1846.

ROKITANSKY, *Beiträge zur Kenntniss des Verknöcherungsprocesses (Zeits. der Wiener Aerzte)*, 1848. — GURLT, *De ossium mutatione rach. effecta*. Berolini, 1848. — MEYER, *Ueber die Bedeutung der Knochenkörperchen (Müller's Archiv)*, 1849. — BENEKE, *Zur*

est certain, c'est que l'altération consiste dans une production exagérée des éléments chondro-fibroïdes, par le moyen desquels le cartilage épiphysaire et le périoste de la diaphyse assurent la croissance de l'os, et dans le défaut d'ossification de ces éléments, qui restent par suite à l'état fibro-spongioïde. Ces notions fondamentales et relativement récentes (Kölliker, Virchow, Mayer) font justice de la théorie pathogénique qui attribue le développement du rachitisme à l'insuffisance des sels calcaires dans l'organisme; cette condition, à la supposer constante, ce qui n'est pas, ne peut rendre compte que du second élément de l'altération rachitique, le défaut d'ossification, elle ne saurait expliquer le fait primordial de l'hypergénèse cartilagineuse et sous-périostée. La flexibilité et la mollesse des os rachitiques ne sont point inconciliables avec l'hyperplasie du tissu ostéoïde; le canal médullaire se développe dans ces os aussi bien que dans les os sains, et comme la résorption intérieure n'est point compensée par l'ossification des couches périphériques, il est tout simple que la résistance de l'os soit diminuée.

La cause réelle de la maladie est inconnue; l'apparition possible du rachitisme chez des enfants robustes et bien portants ne permet pas d'établir un rapport constant entre cette altération du squelette et la débilité native ou acquise de la constitution; mais la fréquence de ce rapport n'est pas contestable. Les enfants mal nourris, qui, par suite de cette nutrition vicieuse, ont souffert d'un catarrhe gastro-intestinal prolongé, sont particulièrement exposés à la maladie; on a dit que ces désordres dyspep-

*Phys. und Path. des phosphors. Kalks*. Göttingen, 1850. — KÖLLIKER, *Mikroskop. Anatomie*. Würzburg, 1851. — BEYLARD, *Du rachitisme, etc.*, thèse de Paris, 1852. — MEYER, *Beiträge zur Lehre von Knochenkrankheiten (Henle und Pfeufer's Zeit., III, 1852)*. — VIRCHOW, *Das normale Knochenwachstum und die rachitischen Störungen desselben (Des-sen Archiv, V)*. — BROCA, *Bullet. Soc. Anat.*, 1852. — STIEBEL, *Rachitis in Virchow's Handb.* Erlangen, 1854. — BOUVIER, *Leçons cliniques sur les maladies de l'appareil locomoteur*. Paris, 1858. — DUMREICHER, *Jahrb. f. Kinderheilk.* Wien, 1862. — SCHÜTZENBERGER, *Gaz. méd. Strasbourg*, 1865. — VALLIN, *Gaz. hebdom.*, 1865. — STEPHENSON, *Edinb. med. Journ.*, 1865. — SCHULZ, *De rachitidis Pathogenesi*. Berolini, 1865. — MAYER, *Bemerkungen über Rachitis*. Aachen, 1866. — ROLOFF, *Virchow's Archiv*, 1866. — JAENNICHEN, *De rachitide*. Berolini, 1867. — SCHARLAU, *Ueber sogenannte congenitale Rachitis (Monats. f. Geburtsk., 1867)*. — BRUENNIGHE, *Bidrag til Bedømmelsen af Rachitis i Kjøbenhavn (Bibl. f. Læger)*, 1867. — DES MENARDS, *Thèse de Paris*, 1868. — GEE, *St. Bartholom. Hosp. Rep.*, 1868. — DICKINSON, *On the enlargement of the viscera which occurs in rickets (Med. chir. Transact., 1869)*.

RITCHIE, *Clinical observations on rickets (Med. Times and Gaz., 1871)*. — PARRY, *Americ. Journ. of med. Sc.*, 1872. — HEITZMANN, *Ueber künstliche Hervor-rufung von Rachitis und Osteomalacie (Wien. med. Presse, 1873)*. — RITCHIE, *Enlargement of the spleen from rickets, simulating malignant disease of the Kidney (The Lancet, 1873)*. — STEUDENER, *Ein Fall von schwerer Rachitis (Deuts. Zeits. f. Chir., 1873)*.