Althaus et Finlayson qui l'ont employée avec avantage; — enfin la galvanisation permanente de la colonne vertébrale par un courant ascendant, méthode qui appartient à mon éminent collègue et ami, le professeur Le Fort. Il commence par l'application de deux éléments, puis il en augmente graduellement le nombre jusqu'à dix; il a pu ainsi, en trois semaines, réduire la polyurie de 22 litres à 10 litres; au bout de deux mois, elle était tombée à 5 litres.

Les résultats obtenus par ces divers procédés d'électrisation sont certainement encourageants, et en raison de la ténacité du mal, je pense qu'il convient d'associer cette méthode de traitement aux médications dont je vous ai entretenus.

TRENTE-SEPTIÈME LEÇON

SUR UN CAS DE GOUTTE

(16 JUIN 1885)

Exposé d'un cas de goutte d'une durée de vingt-huit ans. — Conditions étiologiques chez le malade. — Des principaux phénomènes prémonitoires qui caractérisent la disposition goutteuse.

État actuel du malade. — Caractères de l'urine. — Résultats de l'examen organique. — État du sang. — Période de cachexie.

Distinction entre l'état goutteux et les attaques articulaires. — Caractéristique fondamentale de l'état goutteux. — Dyscrasie urique. — Conclusion.

MESSIEURS,

Le malade couché, depuis le 4 juin dernier, au numéro 23 de la salle Jenner, est un exemple très net de goutte chronique; il y a vingt-huit ans qu'il est atteint, il a aujourd'hui cinquante-six ans; son affection a donc éclaté à l'âge de vingt-huit ans. Ce fait suffit pour faire penser qu'il s'agit ici d'une goutte héréditaire, car la goutte acquise ne se manifeste guère dans les jointures avant l'âge de trente-huit ou quarante ans. Les renseignements confirment cette présomption : le père et deux oncles paternels de cet homme ont été fortement goutteux, pendant une bonne partie de leur vie. Cet individu est d'ail-

leurs de nationalité anglaise, et vous savez, sans doute, que la goutte a une fréquence prédominante en Angleterre.

Si nous acceptons comme exacts les détails fournis par ce malade, nous devons reconnaître qu'aucune autre cause n'a préparé chez lui le développement de la goutte; son régime a toujours été très sobre, tant pour les solides que pour les liquides, et sa vie n'a nullement été sédentaire. Il a été alternativement cocher et jockey, et dans les temps qui ont précédé sa première attaque, il dut, afin d'être accepté comme jockey, suivre un régime très sévère, et faire chaque jour de longues courses à pied dans les montagnes d'Écosse. Ce genre de vie est assurément tout l'opposé de celui qui favorise la goutte, et l'hérédité est ici seule en cause; il est vrai qu'il s'agit d'une hérédité directe des plus accusées, trois ascendants dans la même ligne ont été goutteux.

Je vous ai dit que la goutte héréditaire apparaît plus tôt que la goutte acquise; je tiens à ajouter que, dans ces conditions étiologiques spéciales, elle peut avoir une précocité plus grande encore que chez notre malade, et s'affirmer dès l'âge de dix à quinze ans, ou même plus tôt encore. Si, dans le cas actuel, la première manifestation de la maladie a été retardée jusqu'à vingt-huit ans, malgré la puissance exceptionnelle de l'influence de famille, cela tient peut-être bien à ce que cet individu a eu précisément une hygiène alimentaire et un genre de vie, qui ont pu contrebalancer, au moins pour un temps, les effets de l'hérédité.

Une autre particularité doit être relevée dans les antécédents de notre malade. A vingt-huit ans, il a un premier accès de goutte articulaire; mais jusque-là, il a joui d'une santé parfaite, et après une interrogation minutieuse et répétée, nous sommes obligés de reconnaître qu'il n'a présenté aucune de ces affections multiples, qui, surtout dans les formes héréditaires, font présager longtemps à l'avance l'explosion de la maladie.

Je ne veux pas laisser passer cette occcasion, sans vous rappeler les principales de ces affections prémonitoires qui caractérisent la disposition goutteuse; pour ne pas trop m'écarter de notre malade, je me bornerai à une simple énumération, vous renvoyant, pour une étude détaillée, au remarquable ouvrage de mon ami le professeur Bouchard, sur les maladies par ralentissement de la nutrition.

Les marques de la constitution goutteuse héréditaire peuvent se montrer dès la première enfance, sous forme d'eczéma ou d'impétigo; cela est peu caractéristique. Dans la seconde enfance, apparaissent des coryzas à répétition, qui éclatent sans cause saisissable, et qui sont le plus souvent constitués par de véritables accès d'éternuement : les secousses se répètent coup sur coup, huit, dix, douze fois de suite, et l'accès se termine par une abondante sécrétion fluide; avec ces coryzas qui persistent souvent durant une semaine et plus, il y a des bronchites fugaces ou de courte durée, ou bien des angines tonsillaires. Il faut savoir que le coryza peut se montrer avec les mêmes caractères jusqu'à la première manifestation articulaire de la maladie. Un peu plus tard, de quinze à vingt ans, surviennent les migraines et les épistaxis;

après vingt-cinq ans, les dermatoses sont l'accident le plus ordinaire; c'est l'herpès de l'urètre, ce sont les eczémas, soit l'eczéma latéral des doigts, soit des eczémas de la poitrine, de l'oreille ou des paupières; ces éruptions sont en général circonscrites, prurigineuses, et rarement suintantes.

Plus tard encore, après trente ans, arrivent les phénomènes gastriques constitués essentiellement par des accès de gastralgie, avec flatulence, pyrosis et constipation. Si les années s'écoulent encore sans manifestations articulaires, on peut observer la formation d'hémorrhoïdes, des accès d'asthme, des vertiges extrêmement pénibles, ou bien encore des crises d'angoisse thoracique, avec sentiment de suffocation, rappelant plus ou moins exactement l'angine de poitrine. Ces derniers désordres, auxquels il fait encore ajouter les coliques néphrétiques, sont dans nombre de cas des précurseurs presque immédiats de l'attaque de goutte. — Notons enfin que, chez ces individus, les sueurs sont faciles et excessives, et qu'ils sont souvent tourmentés par de vives démangeaisons, phénomène que l'on doit attribuer à l'acidité anormale des sécrétions cutanées.

Tels sont les accidents multiples et divers, qui dénoncent la disposition goutteuse, plus ou moins longtemps avant l'explosion des symptômes articulaires; cet ensemble de troubles précurseurs, n'est pas fréquemment observé dans la goutte acquise; on a dit qu'il est constant dans la goutte héréditaire; il n'en est rien, le cas de notre malade le prouve nettement.

Je reprends son histoire, qui est d'ailleurs d'un

remarquable simplicité pendant les premières années de la maladie.

Il y a vingt-huit ans, au printemps, cet homme a été pris soudainement de sa première attaque; elle a frappé le gros orteil droit au lieu d'élection, c'est-à-dire au côté interne de l'articulation métacarpo-phalangienne. Cette attaque a duré quatorze jours; elle s'est donc comportée exactement comme l'accès de goutte aiguë franche, dont la durée moyenne est de douze à quatorze jours.

Cette régularité d'allures s'affirme par la suite avec une rare précision.

A partir de cette première attaque, cet individu est resté dix-neuf ans en Angleterre, et, pendant cette longue série d'années, il a éprouvé à chaque printemps une attaque semblable à la première, quant à la durée et quant au siège; ce sont toujours les gros orteils qui ont été pris, tantôt le droit, tantôt le gauche, jamais les deux à la fois.

Après cette période, il vient sur le continent, et il passe sept ans sans avoir d'accès; son genre de vie est pourtant resté le même, il fait toujours le métier de jockey, et même il a remplacé la bière par le vin rouge; il est donc évident que le changement de résidence a été la seule cause de cette immunité de sept années; vous avez là un bien bel exemple de l'influence des conditions climatériques sur le développement de la goutte.

Pendant les dix-neuf ans qui constituent la première période de la maladie, cet homme a joui dans l'intervalle des attaques d'une santé parfaite, dont le souvenir le réjouit encore aujourd'hui; pendant les sept années

d'immunité articulaire, il a commencé à souffrir de divers malaises, qui ont été croissant jusqu'à ce jour, et je suis convaincu que c'est pendant cette phase d'accalmie trompeuse, que se sont lentement et sourdement développées les lésions viscérales, dont je vous parlerai bientôt.

L'an dernier, huitième du séjour en France, au printemps, est survenue une attaque qui a occupé le gros orteil droit et le médius de la main droite; mais cette attaque n'a plus présenté les caractères de la goutte aiguë, elle a duré pendant deux mois, et elle n'a point obligé le malade à suspendre son travail. Il s'est agi cette fois d'une attaque chronique et atonique. Après ces deux mois, la guérison a été complète, au moins en ce qui concerne les symptômes douloureux.

Cette année, au commencement d'avril, c'est-à-dire deux mois avant l'entrée à l'hôpital, nouvelle attaque qui frappe successivement les deux gros orteils; elle a du reste les mêmes caractères de persistance et de subacuité que la précédente; pendant les sept premières semaines, cet homme a pu continuer son travail; lorsqu'il l'a interrompu, au bout de ce temps, ce n'est point à cause de l'intensité plus grande des douleurs, c'est en raison d'un phénomène nouveau, à savoir un gonflement notable des membres inférieurs. Il garde alors la chambre pendant une huitaine de jours, il se trouve très affaibli, et il se décide à entrer à l'hôpital, lorsqu'il voit que, pendant vingt-quatre heures, son urine est absolument noire; ce sont les termes mêmes dont il s'est servi.

Lorsque cet homme nous est arrivé, son attaque de

goutte était au déclin, mais elle durait encore; le gros orteil droit était douloureux, il présentait au niveau de l'articulation métacarpo-phalangienne un gonflement incolore, il y a même eu les premiers soirs une légère élévation de la température axillaire, qui a atteint une fois 38°,2.

Les jointures sont beaucoup moins altérées qu'on ne le croirait *a priori;* si nous songeons qu'il y a eu vingt et une attaques de goutte en vingt-huit ans, qu'elles ont toutes siégé dans les mêmes points, nous pouvons dire en toute vérité que ces articulations présentent aujourd'hui le minumum de désordres possible.

Les gros orteils sont déformés tous deux de la même manière; la déformation consiste en une subluxation en dedans de l'articulation métacarpo-phalangienne, subluxation, par suite de laquelle le gros orteil est couché presque horizontalement sous le second. Le gonflement de la tête du métatarsien est très marqué, à sa partie interne surtout; mais c'est un gonflement en masse, il n'y a pas de tophus.

Le médius droit qui n'a été atteint qu'une fois, lors de l'attaque de l'an dernier, présente aussi une subluxation entre la deuxième et la troisième phalange; le gonflement porte presque exclusivement sur l'extrémité inférieure de la phalangine. Ici il y a quelques petites concrétions isolées, et les téguments ont une laxité anormale, indiquant qu'ils ont été antérieurement distendus par un dépôt liquide ou demi-solide, qui s'est résorbé plus tard.

J'ai donc raison de vous dire que nous constatons chez ce malade, après vingt et une attaques de goutte, le minimum des altérations osseuses.

L'urine du jour de l'entrée, nous a présenté les caractères que le récit du malade faisait prévoir. Elle est rare, 650 grammes pour vingt-quatre heures, elle est trouble et dépose abondamment, le dépôt est blanc, grumeleux ; le liquide ne s'éclaircit pas par le repos, et il a une teinte foncée d'un brun légèrement verdâtre. La densité est de 1012, la réaction fortement acide, quoique le dépôt soit certainement purulent ; cette acidité dans ces conditions est le fait de la goutte.

L'analyse rapportée à un litre donne les résultats que voici : urée, 17gr,654 ; — acide urique, 0gr,775 ; — acide phosphorique, 1gr,10 ; — chlorures, 2gr,30 ; — albumine, 1gr,38. — Pas de sucre, ni de pigment biliaire.

L'examen microscopique montre du pus en grande quantité, et de nombreux cylindres ; savoir : des cylindres épithéliaux en abondance, des cylindres granuleux moins nombreux que les précédents, des cylindres hyalins rares ; on trouve en outre des débris de l'épithélium rénal, quelques globules rouges très peu abondants, quelques cristaux d'acide urique, et des cellules épithéliales de la vessie.

Il y a là évidemment un état complexe ; d'abord une néphrite interstitielle plus ou moins ancienne ; cette première partie du diagnostic est aussi simple que certaine ; mais l'urine, dite noire par le malade, rendue le jour qui a précédé l'entrée à l'hôpital, indique vraisemblablement une hématurie, puisqu'aujourd'hui encore on retrouve des globules rouges ; d'un autre côté il y a du pus dans cette urine ; pour ces raisons, je pense que la néphrite chronique s'est compliquée d'une inflammation du bassinet, d'une pyélite, complication qui n'est pas absolument rare au cours de la néphrite goutteuse, encore bien que le malade n'ait jamais eu de coliques néphrétiques.

Notez soigneusement, je vous prie, la présence de cristaux d'acide urique dans le sédiment de l'urine, et l'excès de cet acide dans le liquide ; il y en a 77 centigrammes pour un litre, alors que le taux normal pour l'urine des vingt-quatre heures est de 55 à 60 centigrammes. Ce fait est très important parce que des observateurs compétents ont avancé que, lorsque la goutte devient chronique et atonique, il ne peut plus y avoir excès d'acide urique dans l'urine. Le cas présent prouve que cette affirmation est au moins trop absolue. Je dois ajouter d'ailleurs que ce phénomène n'a point été passager ; pour les vingt-quatre heures qui finissent ce matin même, c'est à-dire dix jours plus tard, alors que le malade est depuis cinq jours au régime lacté et que les phénomènes articulaires sont totalement éteints, l'analyse montre 67 centigrammes d'acide urique, la réaction de l'urine étant par suite toujours fortement acide.

Toutes les *artères* accessibles à l'examen sont fortement épaissies et indurées ; l'*endocarde* présente certainement la même altération athéromateuse, car l'auscultation fait entendre un souffle systolique rude à chacun des quatre foyers ; le même souffle est retrouvé dans les carotides. L'action du cœur est d'ailleurs assez faible, quoique régulière, et cela est évidemment en rapport avec l'athéromasie des artères coronaires, laquelle peut être affirmée d'après l'état de l'endocarde et du système artériel. C'est l'insuffisance de l'action cardiaque et de

la circulation artérielle qui a amené l'œdème des membres inférieurs; il est aujourd'hui dissipé, mais à l'entrée du malade il s'étendait jusqu'au scrotum.

Sur le pavillon de l'*oreille* il existe quelques points desquamés sur fond rougeâtre; en outre sur l'oreille droite, dans le repli et le long du bord libre de l'hélix, il y a sous la peau de petits noyaux résistants, dont la teinte blanchâtre apparaît à travers le tégument; ces concrétions, d'une dimension inférieure à celle d'un grain de chènevis, sont des dépôts uratiques.

L'examen des *yeux* montre à gauche une légère cataracte centrale, appréciable surtout à l'ophtalmoscope, et par l'éclairage oblique. Les papilles sont saines.

L'aspect du malade est bien en rapport avec le renseignement qu'il donne relativement à la perte de ses forces; il est pâle, amaigri, et l'atonie, qui a caractérisé ses attaques de goutte depuis deux ans, se reflète sur l'ensemble de l'organisme.

En ces conditions l'examen du sang présentait un réel intérêt; la numération a donné 2790000 globules rouges, et 6900 globules blancs, soit un globule blanc pour 404 rouges; le chiffre des globules rouges est donc de très peu supérieur à la moitié du nombre normal, c'est un état d'anémie grave, bien en rapport avec la nouvelle phase de la maladie dans ces deux dernières années, et avec la détérioration organique. A côté de cette pénurie globulaire, le sang présente un excès d'acide urique que nous avons constaté par l'épreuve du fil; un vésicatoire ayant été appliqué sur le dos du pied droit, un fil a été trempé pendant quarante-huit heures dans la sérosité

provenant de la vésication, laquelle a été additionnée d'acide acétique; au bout de ce temps, le fil était chargé d'un dépôt d'acide urique, reconnaissable par les réactions chimiques, mais non par l'examen microscopique.

De cet ensemble de faits il résulte que notre goutteux est arrivé à la période atonique, on peut presque dire cachectique, de sa maladie, et le diagnostic résumant son état doit être ainsi formulé : Goutte chronique compliquée parvenue à la phase cachectique. Les complications sont la néphrite interstitielle avec pyélite, l'endocardite et l'endartérite généralisée, l'abaissement de l'hématopoièse.

Cette histoire vraiment typique, qui embrasse l'évolution de la goutte pendant vingt-huit années, nous fournit plusieurs enseignements auxquels, j'attache une grande importance.

Pendant dix-neuf ans, cet homme a été sujet à une goutte articulaire à attaques aiguës, d'une admirable régularité; les attaques cessent pendant sept ans, et lorsqu'elles reprennent, elles ont changé de caractère, en même temps que l'organisme commence à présenter les signes d'une altération progressive, résultant des complications viscérales, notamment de l'artérite, qui maintient tous les tissus dans un état d'hypotrophie. Il n'est donc pas vrai de dire que les lésions viscérales de la goutte sont exclusivement liées à la goutte abarticulaire ou anormale; une telle proposition ne peut qu'inspirer une quiétude fort dangereuse. Je crois bien que les décharges fluxionnaires qui se font sur les jointures, surtout lorsqu'elles sont régulières et franchement aiguës,

peuvent retarder le développement des altérations viscérales, mais le bénéfice ne va pas plus loin, il ne s'agit point d'une immunité définitive. Les lésions artérielles, les altérations de tissu que ces lésions tiennent sous leur dépendance, sont le fait de l'état goutteux, et elles ne sont pas prévenues par les manifestations articulaires de la maladie.

Les choses étant ainsi, ce qui est important, ce qui est dominant dans la goutte, c'est l'état goutteux, et non pas l'attaque articulaire. Or, en quoi consiste cet état goutteux?

Pour répondre sans hypothèse, il n'y a qu'un moyen; il faut examiner la question que voici : peut-on observer le même ensemble d'accidents chez des individus qui n'ont jamais eu d'attaques sur les jointures? Oui, sans aucun doute, l'observation le prouve surabondamment. Or, chez ces individus quelle est l'anomalie organique constante et fondamentale? c'est l'uricémie permanente, c'est-à-dire la dyscrasie urique, révélée par l'excès habituel de l'acide urique et des urates dans l'urine.

Puisque donc l'uricémie sans attaques articulaires, a les mêmes conséquences que la goutte avec attaques, il est bien évident que c'est cette dyscrasie qui est le fait dominant, le fait caractéristique, et que l'attaque est un simple épisode dans cet état de dystrophie.

Je ne vois ni théorie ni doctrine, qui puisse prévaloir contre cette conclusion; elle m'est inspirée par la similitude pathologique des malades à uricémie simple, et des malades à uricémie avec accès articulaires. Un autre fait peut encore être invoqué à l'appui de ma conclusion, le voici : dans la goutte la plus régulière, les nombreux

symptômes de la période prémonitoire et des périodes intercalaires des accès sont uniquement dus à l'état d'uricémie.

Ma conclusion aurait un point faible, si la goutte articulaire était parfois isolée; mais elle ne l'est jamais, c'est encore là un fait qui défie toute contestation; le goutteux à accès, alors même que sa maladie a débuté par une manifestation sur les jointures, présente toujours, plus tôt ou plus tard, les mêmes phénomènes viscéraux que le malade à uricémie qui n'a jamais eu d'accès; peut-être, je le répète, ces phénomènes sont-ils plus retardés chez le premier, mais c'est là la seule différence que l'observation me permette de saisir.

La dyscrasie urique, voilà pour moi l'état goutteux, l'état permanent et caractéristique en dehors des attaques; je n'aurais pas tant insisté sur ce fait, s'il n'était la notion dominante pour la thérapeutique, que nous étudierons dans notre prochaine conférence.