

retrouver à la même période de la vie chez les autres enfants d'arthritiques.

Dans la première enfance, qui peut être d'ailleurs exempte de tout incident pathologique, il y a lieu de signaler assez souvent la fréquence de l'*eczéma* et de l'*impétigo*. Cette dernière dermatose a beau ressortir au processus pathogénique de l'infection; les microbes qui la causent étant vulgaires, il faut accepter que leur développement requiert certains terrains, les téguments du jeune arthritique comme ceux du jeune scrofuleux. Nous avons déjà insisté sur le parallélisme qui existe entre l'enfance de ces deux êtres dissemblables dans l'avenir, mais dont les diathèses ont un lien, un substratum commun, le ralentissement des mutations nutritives.

La seconde enfance des arthritiques, futurs goutteux, se fait remarquer par la fréquence des *catarrhes des voies respiratoires*, rhumes, coryzas, bronchites, débutant brusquement, affectant une grande intensité et disparaissant très vite, ayant plus l'apparence de la fluxion que celle de l'inflammation. Les *amygdalites* sont provoquées par le moindre refroidissement. L'*urticaire* n'est pas rare.

De la douzième à la quinzième année ils ont quelquefois une attaque de *rhumatisme articulaire aigu*, qui, dit M. Bouchard, pourra faire croire ultérieurement à des médecins non témoins de cette maladie que la goutte avait commencé beaucoup plus tôt.

Vers la quinzième année, mais quelquefois bien avant, le futur goutteux se plaint de *migraines*. Il est pris périodiquement d'*épistaxis* abondantes, se reproduisant plusieurs jours de suite pour disparaître assez longtemps.

Dès les premiers rapprochements sexuels, pour peu qu'il trouve des gonocoques sur sa route, le jeune arthritique contracte une *blennorrhagie*, qui guérira lentement, récidivera aisément ou se perpétuera interminablement en blennorrhée. Outre les urétrites à gonocoques, il n'est pas exceptionnel de rencontrer chez les candidats à la goutte, de même que chez des goutteux déclarés, des catarrhes plutôt muqueux ou même séreux de l'urètre, évoluant d'une manière subaiguë en 5 semaines et coïncidant avec la présence dans l'urètre d'une éruption d'*herpès* qui très souvent apparaît avant, en même temps ou après, sur le prépuce. M. Bouchard dit qu'on peut quelquefois apercevoir, en écartant les lèvres du méat, une de ces petites plaques blanchâtres qui succèdent si vite aux vésicules de l'herpès des muqueuses; plus souvent on peut constater sur la partie antérieure de l'urètre un point où existe un épaississement douloureux au palper, au niveau duquel le passage de l'urine est cuisant.

Les *blennorrhées* des goutteux, même non vénériennes, peuvent se compliquer de cystite du col, de prostatite et d'épididymite. C'est par le mécanisme de la propagation du catarrhe uréthro-funiculaire que se produit l'*orchite* improprement qualifiée de goutteuse.

A partir de 25 ans, certaines *dermatoses* apparaissent chez les goutteux futurs. La plus caractéristique est un *eczéma des doigts*, siégeant symétriquement sur les parties latérales du pouce et de l'index, du médius, plus rarement des autres doigts; cette éruption est au début vésiculeuse et peu prurigineuse, mais suinte exceptionnellement; elle se sèche, se desquame et fendille superficiellement le derme (*eczéma fendillé*). Elle apparaît périodiquement à chaque printemps pour disparaître pendant l'été, et la même évolution peut se faire pendant de longues années. On trouve chez les arthritiques d'autres *eczémas* circonscrits, en placards arrondis ou ovoïdes, d'autres fois circonscrits ou marginés, qui ne suintent

presque jamais, sinon quand on les excorie par le grattage, car ils causent de vives démangeaisons; ils sont plutôt squameux; leurs sièges sont les régions présternales, malléolaires, axillaires ou les plis génito-cruraux, au niveau desquels chez les sujets obèses ils revêtent l'aspect érythémateux et suintant de l'intertrigo.

C'est vers la trentième année que la *dyspepsie* fait son apparition chez presque tous les arthritiques de cet ordre; elle inaugure les accidents chroniques chez le prédisposé à la goutte, puisque toutes les affections énumérées précédemment ont le caractère passager et paroxystique. Les digestions se font lentement, l'épigastre se ballonne après le repas, puis des éructations, des renvois aigres et du pyrosis, de la flatulence et de la constipation complètent le tableau de cette dyspepsie. L'état dyspeptique fait apparaître ou augmente les sédiments uriques ou uratiques dans les urines.

Mais la dyspepsie ne revêt pas toujours l'allure flatulente; suivant les conditions alimentaires et les réactions nerveuses de l'individu, on peut observer diverses modalités cliniques de dyspepsie (hyperpepsie, hyperchlorhydrie ou simple hyperesthésie).

La *goutte intestinale* se manifesterait, suivant Haig (*Ther. gaz.*, 1892), par des accès de colique, d'entéralgie et de typhlite. L'administration de médicaments tels que le mercure, le calomel, le plomb, le zinc et la cocaïne à des prédisposés pourrait, en formant des urates insolubles, produire des crises intestinales qui cèdent à quelques doses de salicylate de soude (1 gramme toutes les 5 ou 4 heures).

Le *prurit anal* est un tourment véritable; il se montre surtout le soir et s'exaspère par la chaleur du lit; aucune lésion des téguments de la région anale n'est d'abord apparente, plus tard peuvent apparaître des papules de prurigo et de lichen. Le sujet a des sensations de pesanteur dans le rectum, un suintement muqueux, glaireux ou sanguinolent; de vraies *poussées de fluxion hémorroïdale*, qui souvent se jugent par des flux hémorragiques.

La tendance à contracter sous l'influence du plus léger refroidissement des catarrhes des voies respiratoires, disposition qui se traduisait dans l'enfance par des rhumes intenses, mais passagers, existe encore, mais les coryzas et les bronchites sont plus durables; les *bronchites* s'accompagnent de sifflements inspiratoires et d'oppression, symptômes qu'expliquent le caractère glutineux et la viscosité de l'expectoration. Ces catarrhes ont aussi une *tendance à passer à l'état chronique* avec abondante expectoration matinale. L'inflammation du pharynx se complique de l'état granuleux par le gonflement, la saillie des glandes; la propagation de la *pharyngite granuleuse* à la trompe d'Eustache peut aboutir à l'otite moyenne chronique avec sclérose de la caisse, arthrites des osselets. Les *amygdalites* sont aussi fréquentes, et elles suppurent facilement.

La *migraine* peut exister périodiquement, alternant avec la céphalée congestive.

Les *furoncles* se montrent de temps en temps par poussées assez intenses pour donner l'idée de chercher la glycosurie; pourtant on ne trouve le plus souvent que des sédiments uratiques et de l'oxalate de chaux.

Toutes ces petites misères n'empêchent pas le futur goutteux d'avoir une apparence florissante, le visage coloré, de l'embonpoint ou même de l'obésité. La *chute des cheveux* est souvent précoce, les tempes et la région frontale se dégarnissent; la calvitie reconnaît pour causes soit l'atrophie primitive des bulbes pileux, soit la séborrhée pityriasiforme ou le pityriasis.

Un moment arrive où la dyspepsie devenue permanente augmente d'intensité, la langue est sale, large, la bouche amère; pourtant l'appétit demeure bon au repas du matin, ou même excessif, pour diminuer le soir. Le teint devient jaunâtre, même terreux, et à ce moment il y a de la pesanteur dans l'hypocondre droit. Les *troubles fonctionnels du foie* sont fréquents chez les goutteux, parce qu'ils sont souvent gros mangeurs et dyspeptiques. La nature de ces troubles a été diversement appréciée par les observateurs. Les uns parlent de tuméfaction, les autres de congestion ou de torpeur (Charcot). M. Bouchard dit qu'il a souvent cherché et n'a jamais trouvé la tuméfaction du foie, mais il décrit un ensemble symptomatique qu'il ne répugne pas à attribuer à un trouble fonctionnel de la glande hépatique et dont les traits principaux sont les suivants: migraines d'une durée exceptionnelle, avec pesanteur de tête et douleur sus-orbitaire dans l'intervalle des paroxysmes migraineux; anorexie avec recrudescence de l'état saburral; sensation de pesanteur dans l'hypocondre droit une ou deux heures après les repas; sommeil nul ou interrompu; sensation de pesanteur et de tension anale; peau jaunâtre; urines riches en pigment rouge brun, mais sans pigment biliaire. L'alimentation par les viandes, les féculents, les épices, le café, l'alcool, exagère tous ces malaises, et en même temps on constate parfois des fluxions articulaires peu intenses, « endolorissement vague de certaines jointures des doigts avec tuméfaction très modérée, dure, sans œdème, sans rougeur notable, laissant après elle des nodosités persistantes, qui ont pour siège le tissu fibreux et que rien n'autorise à attribuer à des dépôts d'urates ».

Il faut signaler ensuite des *modifications du caractère* dans le sens de l'irritabilité, de l'impatience, l'amointrissement de la capacité de travail cérébral, de la mémoire et de l'attention, changements dont le goutteux en puissance a conscience et s'inquiète, craignant d'autant plus d'y voir le prélude d'une « attaque » qu'il éprouve souvent des vertiges. Ces *vertiges*, prémonitoires de l'attaque de goutte, peuvent être légers, consister seulement en un état nauséux ou vertigineux habituel; mais ils peuvent revêtir l'apparence du vertige labyrinthique avec bruits subjectifs de bourdonnement ou de sifflement, sensations subites de tournoiement ou de culbute, angoisse, nausées, vomissements. On a vu cet état vertigineux durer plusieurs années pour disparaître après un accès de goutte, puis reparaitre après un autre accès que le colchique avait supprimé brusquement.

L'*asthme* avec congestion pulmonaire intense peut encore être prémonitoire des accès de goutte, ainsi que la *colique néphrétique*, soit franchement suivie de l'expulsion d'un calcul urique, soit sourde et bilatérale avec élimination de sable.

Parmi les signes précurseurs on a signalé encore des *crises de gastralgie* avec angoisse précordiale, sueurs froides, vomissements incoercibles capables de simuler la colique hépatique ou néphrétique, ou les crises gastriques du tabes.

**Causes occasionnelles de l'accès de goutte.** — Le terrain étant préparé par l'uricémie et probablement aussi par l'accumulation dans l'organisme d'autres substances nocives encore indéterminées, l'explosion du paroxysme goutteux se fait à l'occasion soit d'un *écart hygiénique*, soit d'une *impression violente* exercée sur le système nerveux par un *choc moral* (colère, chagrin), par un *excès vénérien*, soit par un *traumatisme*. Ce dernier cas comporte souvent à la fois une influence morale, la frayeur, et le choc matériel.

## GOUTTE AIGUË

Enfin éclate le *premier accès de goutte*.

Généralement c'est à la fin de l'hiver, en février, quand les fatigues de la vie mondaine ont mis le comble aux malaises habituels; un soir le malade rentre frissonnant et se couche avec la fièvre; il est inquiet, craignant les suites d'un refroidissement; il s'endort pourtant. Mais, vers deux heures du matin, il est réveillé par une douleur toute particulière dans l'articulation métatarso-phalangienne du gros orteil; les goutteux lettrés et médecins se sont ingénies à caractériser par les épithètes les plus descriptives la douleur de l'accès de goutte; ils l'ont comparée à une dislocation, à une distorsion, à un écrasement, à une brûlure, elle a été qualifiée d'excruciante; elle est continue avec des redoublements paroxystiques au moindre mouvement du pied, au plus léger ébranlement du lit.

Les parties molles périarticulaires sont tuméfiées, tendues, œdémateuses, la peau rouge, luisante et chaude. Quelques heures s'écoulent au milieu des affres et des gémissements, puis la douleur commence à s'apaiser « vers le moment où le coq chante » et le malade peut s'endormir apaisé.

Pendant la journée il souffre peu, mais ses douleurs recommencent vers 5 ou 6 heures du soir; avec elles reparait l'angoisse et l'agitation pour durer encore jusqu'au matin.

L'un des deux gros orteils est en général seul fluxionné lors de la première attaque; plus tard les deux sont atteints, puis les articulations du tarse, du cou-de-pied, du genou sont prises successivement, simultanément ou alternativement; la goutte procède des petites jointures vers les grandes. Ce n'est guère que dans la goutte invétérée que les fluxions articulaires frappent le membre supérieur, plus rarement encore les articulations du rachis. Les douleurs durent exceptionnellement moins de 5 jours, le plus souvent elles ne diminuent pas avant le cinquième; en même temps que s'atténue la souffrance, on voit s'affaïsser la tuméfaction œdémateuse et pâlir la rougeur de la peau, qui se ride et se desquame. Bientôt la résolution est complète. On ne voit jamais suppurer l'arthrite goutteuse. Mais, dans la goutte ancienne, la forme des parties demeure modifiée après la cessation de la fluxion par suite de la persistance de l'œdème ou de la production des tophus.

On peut constater alors que la sérosité transparente qui constituait l'œdème périarticulaire s'épaissit peu à peu, devient pâteuse, puis se dessèche en une masse crayeuse constituée par un amas de cristaux d'urate de soude: telle est la formation du tophus, qui rarement rétrocede, mais peut augmenter de volume à chaque attaque ultérieure par l'accumulation de nouveaux dépôts uratiques alentour.

Au cours d'un accès, quand ce n'est pas le premier, plusieurs articulations peuvent être successivement fluxionnées; chacune d'elles peut n'être atteinte que quelques heures; il n'en faut pas conclure à la brièveté de l'attaque, qui peut durer 8, 15 jours et quelquefois davantage, avec rémissions trompeuses et rechutes subintrantes.

En même temps qu'évolue l'arthropathie goutteuse, existe un état morbide