

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'amoidrissement 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

général, dont les divers symptômes sont réunis sous la rubrique de *fièvre goutteuse*.

Les deux ou trois premiers jours, le facies est vultueux, les conjonctives injectées; puis le visage devient d'une pâleur terreuse. La céphalée frontale et gravative dure pendant deux ou trois jours. L'agitation nocturne peut aller jusqu'au subdélire; dans le jour, le malade est irritable; l'état d'excitation nerveuse n'est pas proportionnel à l'intensité de la fluxion articulaire et des douleurs; il peut survivre à leur disparition et ne cesse qu'avec la fièvre. La langue, en général étalée, saburrale et humide, peut devenir sèche au centre et à la pointe; son enduit peut être jaunâtre ou verdâtre. La soif, l'anorexie, la constipation, sont le cortège de la fièvre, ainsi que les urines brûlantes, peu diminuées si les reins sont en bon état, très rouges, riches en sédiments uriques ou uratiques.

Dans les violents accès, avec température très élevée, il y a une excrétion passagère d'albumine peu abondante, non rétractile, qui, apparaissant du deuxième au cinquième jour, disparaît du cinquième au septième quand la température s'abaisse.

La peau reste sèche pendant les premiers jours; elle se couvre vers le quatrième, pendant la nuit, d'une transpiration modérée, bien différente des sueurs profuses, arides, à odeur aigrelette du rhumatisme articulaire aigu.

La fièvre, sur les caractères de laquelle la plupart des auteurs ne donnent que des renseignements insuffisants, a été décrite par M. Bouchard avec d'autant plus de soin qu'il lui attribue un rôle capital dans l'accès, c'est sa présence qui confère à celui-ci le caractère d'une crise favorable, d'un acte salutaire pour l'organisme des goutteux.

« Le pouls, dit-il, monte à 80 ou 100 : il dépasse rarement ce chiffre; il n'est nullement en rapport avec la température. Celle-ci s'élève généralement au-dessus de 39°; elle monte souvent à 40°, parfois à 41°. Elle est presque toujours plus élevée d'un degré le soir que le matin. La température n'est en rapport ni avec le nombre, ni avec l'intensité des fluxions, ni avec l'acuité de la douleur. On peut voir les fluxions disparaître et la fièvre persister. Le salicylate de soude, qui calme la douleur et fait parfois disparaître les fluxions, n'a aucune action sur cette fièvre; celle-ci cède au contraire à la quinine, qui n'a pas d'action sur les fluxions. Cette fièvre augmente jusqu'au cinquième jour, puis elle diminue graduellement en gardant sa marche oscillante. » Au plus fort de la fièvre, l'un ou l'autre des poumons peut présenter à la base de la congestion attestée par des râles bullaires fins à timbre de crépitants.

M. Bouchard a insisté sur le rôle utile de la *fièvre goutteuse* : « Elle élimine et elle détruit l'acide urique; elle l'élimine par les urines; elle le détruit dans le sang et dans les tissus enflammés. Les urines des premiers jours renferment, quoi qu'on en dise, une quantité exagérée d'acide urique. Le sang, qui, dans les premiers jours, charriait un excès de cet acide, n'en contient plus d'une façon appréciable après l'attaque. Pendant l'accès, la sérosité d'un vésicatoire appliqué loin d'une jointure malade donne des cristaux d'acide urique; la sérosité d'un vésicatoire appliqué sur une articulation fluxionnée n'en contient pas. L'accès, à ce point de vue, a donc un rôle utile : par la fièvre d'une part, par le travail phlegmasique local d'autre part, il active la destruction de l'acide urique. »

Aussi ne saurait-on insister trop sur le bien-être remarquable qu'éprouvent

les goutteux après les accès francs de goutte aiguë légitime. Tous les malaises dont ils se plaignaient disparaissent comme par enchantement, jusqu'au jour où le ralentissement fondamental de leur nutrition, ayant repris le dessus, aura ramené ces misères.

Les accès de goutte ne correspondent pas toujours à la description précédente; l'intensité des fluxions articulaires et la fièvre n'étant nullement proportionnelles, la prédominance de l'état général ou de l'état local constitue des variétés.

#### GOUTTE HÉRÉDITAIRE

Chez les fils des goutteux il n'est pas rare de voir la goutte apparaître d'emblée sous des formes larvées qu'il faut savoir dépister.

Telle épistaxis à répétition dans l'enfance, telle céphalée dans l'adolescence sont les équivalents des paroxysmes articulaires du père.

L'invasion des premiers accès peut être masquée par une congestion pulmonaire, une colique néphrétique, une névralgie faciale ou dentaire, malgré des dents excellentes, une dyspepsie d'allures paradoxales dans laquelle le patient digérera à certains jours les aliments réputés les plus indigestes et ne pourra le lendemain tolérer sans gastralgie une tasse de lait.

Il arrivera que les manifestations viscérales les plus disparates se succéderont avec une mobilité, une incohérence à dérouter toute logique jusqu'au jour où, au milieu de ce désordre apparent, se montrera avec une excessive discrétion une fluxion du gros orteil ou d'une articulation médio-tarsienne, dont l'importance ne devra pas échapper à un clinicien informé ou sagace. Celui-ci saisira alors le lien commun entre ces multiples fluxions viscérales et, au lieu de considérer son malade comme un simple hystérique, il le déclarera atteint et convaincu de goutte.

Cette découverte n'aura pas seulement l'avantage de lui fournir la satisfaction d'amour-propre que tout clinicien digne de ce nom éprouve après avoir trouvé la solution d'un problème épineux; elle lui permettra d'adoucir, au moins pour le présent, un pronostic que la singularité du tableau clinique et le fracas des manifestations viscérales pouvaient le porter à émettre sévère; elle lui procurera l'avantage plus grand encore d'asseoir désormais sa médication sur une base solide en substituant la thérapeutique pathogénique à la symptomatique pure.

#### GOUTTE CHRONIQUE

Quand la goutte est invétérée ou mal soignée, les accès se rapprochent et ont une allure moins franche; ils se succèdent à intervalles assez courts quelquefois pour être qualifiés de subintrants ou de permanents; c'est la *goutte chronique*, dans laquelle n'existe plus aucun des symptômes aigus qui donnaient à l'accès de goutte aiguë légitime le caractère d'une phlegmasie franche.

Dans les accès de goutte chronique, il n'y a plus de fièvre; la rougeur et la fluxion font place à l'œdème blafard qui existe d'une manière continue; la douleur est sourde. La circulation locale et générale n'étant plus suractivée, la température ne s'élevant plus, l'acide urique ne subit plus la destruction au sein des tissus phlegmasiés; c'est alors que se font d'abondants dépôts d'urate,