

de la main et des pieds ne sont que rarement le siège de l'arthrite. Cette localisation spéciale et ce fait non moins remarquable que l'inflammation est en général mono-articulaire, comptent parmi les arguments invoqués pour séparer du rhumatisme ordinaire l'arthrite de la blennorrhagie. Mais, pour être exceptionnelles, les arthrites des petites articulations ont été observées; pas de jointure, même celle du larynx, qui n'ait été prise. Ajoutons que plusieurs sont frappées simultanément ou successivement, et que le péricarde le serait parfois en même temps que les synoviales articulaires.

L'arthrite est une complication rare de la blennorrhagie; d'après Ricord, elle se rencontrerait plus fréquemment chez l'homme que chez la femme; cette assertion est inexacte et tient à ce que l'auteur observait surtout au Midi, hôpital consacré aux hommes; puis l'uréthrite de la femme est souvent méconnue. La suppression brusque d'un écoulement, sa plus ou moins grande abondance, son traitement par les balsamiques et les injections ne paraissent, quoi qu'on en ait dit, jouer aucun rôle dans l'apparition de l'arthrite. Il n'en est pas de même des excès de fatigue, de l'impression du froid, du froid humide en particulier, d'une violence extérieure quelconque, d'une contusion par exemple. Ces causes peuvent, en cas de blennorrhagie, provoquer l'arthrite et désigner, pour ainsi dire, la jointure frappée.

Symptômes. — On décrit plusieurs variétés d'accidents; une forme *arthralgique* caractérisée par des douleurs sans inflammation proprement dite; une forme d'allure chronique qui s'affirme par l'apparition d'un épanchement abondant, une véritable *hydarthrose*; enfin une forme aiguë qui seule mérite le nom d'*arthrite blennorrhagique*.

Elle ne se développe guère avant la fin de la première semaine; mais le plus souvent l'écoulement urétral date de quinze jours, d'un mois, de plusieurs mois même, quand tout à coup une douleur, intermittente et sourde, puis vive et continue, s'empare de l'articulation; la peau devient chaude, sans changer de couleur; la région se tuméfie, et le membre commence à prendre une attitude vicieuse qu'on ne peut modifier sans provoquer une souffrance intolérable. En général, ces symptômes évoluent sans fièvre, mais chez les nerveux et les affaiblis, il n'est pas rare de la voir s'allumer.

Brun et Duplay ont décrit une forme intense où la douleur est des

plus vives; la tuméfaction est considérable et l'on trouve un œdème inflammatoire autour de la jointure; l'impotence fonctionnelle est absolue; loin de s'amender au bout de quelques jours, les symptômes s'accusent et du pus distend la synoviale; la terminaison par suppuration a donc été niée à tort, et on la rencontre parfois dans l'arthrite blennorrhagique; des raideurs rebelles, une véritable ankylose, peuvent en être la conséquence. L'arthrite frappe surtout le genou ou le coude, et d'habitude, elle est mono-articulaire; mais elle peut aussi atteindre plusieurs jointures, même les plus petites; on n'est pas sans avoir observé, au milieu d'un appareil fébrile accentué, l'invasion des grandes séreuses splanchniques, péricarde, plèvre, méninges et péritoine, puis des gaines tendineuses et des bourses muqueuses sous-cutanées.

On a assuré que l'écoulement urétral se tarissait lors de l'apparition de l'arthrite et, de fait, nous avons, dans un cas, constaté ce phénomène; mais il ne faut pas croire qu'il doive toujours se produire; la blennorrhagie peut suivre son cours sans être influencée par la détermination articulaire. Celle-ci ne présente rien de particulier dans sa marche: elle se dissipe peu à peu, ou bien un épanchement synovial persiste, une raideur des tissus fibreux, une ankylose, une atrophie musculaire considérable. Chez certains individus, un rhumatisme nouveau a succédé à l'arthrite blennorrhagique aiguë, une tumeur blanche a été vue chez des scrofuleux. Au point de vue de ses terminaisons, l'arthrite est donc *résolutive*, *plastique* ou *déstructive*: la première variété est exceptionnelle, la seconde est commune et a pour complication l'organisation de tractus fibreux intra-articulaires, une hyperostose des épiphyses, une déformation de la jointure et une ankylose plus ou moins complète; la troisième est rare, la synoviale, distendue par du pus, se rompt et des fusées décollent au loin les muscles, les cartilages s'érodent et des accidents généraux éclatent qui ont nécessité l'amputation du membre et parfois provoqué la mort.

Nous n'insisterons pas sur le diagnostic: l'importance de la blennorrhagie comme cause d'inflammation articulaire est telle, qu'il faut interroger l'urètre à propos de toute arthrite, et savoir si oui ou non il y a chaudepisse. On ne manquera pas à ce précepte, même dans le cas où un traumatisme aurait frappé la jointure tuméfiée. Brun, en effet, insiste sur l'importance des violences extérieures

comme mise en œuvre de l'arthrite blennorrhagique. Quant au pronostic, il varie suivant la forme que revêt l'affection; une arthrite modérée guérira plus vite et sans les complications qui menacent l'arthrite purulente.

Traitement. — Les règles générales données au sujet du traitement des arthrites sont valables pour cette forme. Si l'écoulement se tarit, pas n'est besoin, comme le recommandait Cullerier, de le ramener par quelque irritation du canal. La jointure sera immobilisée avec le plus grand soin; si la douleur est vive, on la calmerait par des injections de morphine; une compression méthodique ou quelques révulsifs, les vésicatoires entre autres, peuvent être employés. On n'oubliera pas de fixer le membre dans une bonne attitude, puisque l'ankylose a été observée. Quant aux agents internes, sulfate de quinine, teinture de colchique, iodure de potassium, salicylate de soude même, ils paraissent trop impuissants pour que nous en recommandions l'usage.

2^o ARTHRITES CHRONIQUES

Les arthrites *chroniques* présentent de nombreuses variétés; nous pensons cependant qu'à l'exemple de Follint Duplay, on peut en former trois groupes: les *hydarthroses*, les *arthrites sèches* et les *tumeurs blanches*.

a. — HYDARTHROSE

On nomme ainsi une arthrite chronique caractérisée par une accumulation de liquide séreux dans la synoviale.

Étiologie. — L'hydarthrose n'est souvent qu'un symptôme; elle accompagne alors certaines affections articulaires, les arthrophytes par exemple, ou même les arthrites sèches, mieux nommées, dans ce cas, arthrites déformantes. Dans nombre d'autres circonstances l'hydropisie de la jointure est une manifestation de quelque maladie générale: nous avons parlé de l'hydarthrose blennorrhagique, nous aurons à décrire l'hydarthrose de la syphilis, puis celle qui apparaît au cours du rhumatisme, au déclin de certaines fièvres infectieuses, dans l'état puerpéral, la scarlatine et la fièvre typhoïde; on parle d'une hydarthrose tuberculeuse.

Aussi l'hydarthrose *idiopathique* ou *essentielle* devient-elle de plus en plus rare: on en cite cependant qui, sans tare organique appréciable et sans diathèse déterminée, se développent à l'occasion d'une marche exagérée, d'un traumatisme ou de l'impression du froid, d'une fracture voisine, et nous avons mentionné ailleurs l'épanchement qui se fait dans la synoviale du genou à l'occasion des ruptures du fémur. L'anasarque s'accompagne parfois d'un épanchement liquide dans quelques jointures et l'on a vu l'hydarthrose apparaître dans les articles d'un membre atteint de *phlegmatia alba dolens*. Panas a signalé des hydarthroses périodiques qui se manifestent à des époques à peu près régulières et dont la pathogénie reste méconnue. Pour les uns, la tuberculose devrait alors être incriminée, et Kœnig et Poulet appuient cette opinion sur des faits importants. Pour d'autres, ces épanchements intermittents auraient pour cause soit le paladisme, soit une sorte de névrose vasomotrice.

Anatomie pathologique. — L'hydarthrose frappe de préférence les grosses articulations et surtout le genou; on l'observe aussi à la hanche, à l'épaule, au coude, dans la synoviale tibio-tarsienne; on la rencontre, mais d'une manière exceptionnelle, dans des diarthroses de moindre étendue; on l'aurait vue, dans les symphyses du bassin, chez la femme en état de parturition.

Les altérations qui caractérisent cette arthrite chronique sont en général peu profondes: le cartilage conserve sa structure et son aspect normaux; seule la synoviale paraît modifiée, encore ne constate-t-on, dans certains cas, qu'une distension, un amincissement de la membrane dont la surface interne est comme « lavée ». On la trouve parfois épaissie, congestionnée; elle est parcourue par des arborisations vasculaires abondantes et ses franges sont plus volumineuses. Le tissu adipeux qui double la séreuse s'irrite; il prolifère et se transforme en une masse fibreuse d'une dureté particulière, manifeste surtout à la partie interne du genou, près de l'interligne. Marjolin raconte qu'un jour il arriva juste à temps pour empêcher un praticien d'extirper ce bourrelet, pris pour un corps étranger.

On ne constate d'ordinaire aucune modification dans l'appareil ligamenteux. Cependant, lorsque l'épanchement est considérable, que les surfaces articulaires sont séparées sous l'effort du liquide, la capsule et ses bandes de renforcement se relâchent parfois, à tel

point que des mouvements de latéralité deviennent possibles; Richet n'a-t-il pas vu une malade chez laquelle les altérations étaient si profondes que la jambe ballottait comme un membre de polichinelle? On note des altérations musculaires constantes : les groupes extenseurs s'atrophient partiellement, mais avec une rapidité extraordinaire, et dès les premiers jours de l'épanchement on peut voir, au genou, s'affaisser la saillie du triceps fémoral.

Le liquide est plus ou moins abondant : la jointure du genou contient parfois quelques grammes de sérosité que révèle le choc rotulien ; parfois, au contraire, elle peut en renfermer jusqu'à 500 ou 600 grammes. Son aspect est variable : tantôt il est filant, épais, coagulable par la chaleur et les acides, visqueux comme de la synovie, pareil à de l'huile; tantôt il est fluide, peu coloré, semblable au liquide de l'ascite ; tantôt il tient en suspension des flocons albumineux et des amas de leucocytes. Enfin il n'est pas rare de constater une coloration roussâtre due à quelque rupture de capillaire, et le microscope révèle l'existence d'hématies altérées et de cristaux d'hématoidine.

Symptômes. — L'hydarthrose, telle que nous l'avons définie, est une affection à marche chronique; elle évolue lentement, et s'installe dans la jointure sans provoquer de douleur appréciable. On a bien décrit une hydarthrose aiguë, caractérisée par la distension rapide de la synoviale, par des souffrances vives et par la chaleur de la peau ; mais il s'agit d'une simple variété d'arthrite et nous n'avons pas à y revenir.

La jointure atteinte d'hydarthrose est donc à peu près indolore ; à peine le patient y ressent-il de la gêne et un trouble fonctionnel assez grand ; certains mouvements sont bridés ; la flexion et l'extension n'ont pas leur amplitude normale. On constate une augmentation de volume de l'article dont la forme a changé : il est globuleux, arrondi ; les saillies et les dépressions ont disparu et l'on voit, à la place des fossettes, des soulèvements de la synoviale distendue par le liquide. Ainsi l'articulation du genou, la plus fréquemment atteinte, offre des saillies caractéristiques de chaque côté de la rotule et au-dessus, dans le cul-de-sac sous-tricipital ; en ces points, la séreuse mal soutenue se laisse distendre. Au coude, la déformation se trouve en arrière, et, de chaque côté de l'olécrane, on voit une bosselure où le doigt perçoit de la fluctuation ; à l'épaule, la syno-

viale s'avance surtout dans l'interstice qui sépare le grand pectoral du deltoïde ; au cou-de-pied, c'est en avant des malléoles, en dedans et en dehors des tendons extenseurs.

En certains cas on trouve, autour de la jointure, des diverticules remplis de sérosité et qui s'ouvrent dans la séreuse articulaire ; tantôt il s'agit d'une cavité anormale due à une distension exagérée de la synoviale qui a cédé en ce point ; tantôt la communication est physiologique, et deux séreuses voisines s'abouchent par un orifice commun. Nous avons observé, dans le service de Broca, une tumeur fluctuante de l'aîne d'un diagnostic malaisé : on avait affaire à une hydarthrose de la hanche qui versait son liquide dans la bourse du psoas iliaque. La même disposition anatomique peut se rencontrer à l'épaule sous l'apophyse coracoïde, et Panas raconte, d'après Nélaton, qu'un de ces prolongements séreux formait une gaine au tendon du triceps : il fut pris pour un kyste et ponctionné par un médecin : une arthrite traumatique suivie de mort fut la conséquence de cette erreur.

La fluctuation, caractère important, est nette dans les jointures superficielles ; mais lorsqu'il existe une grande épaisseur de parties molles, elle est souvent obscure et il faut savoir la découvrir. Au genou rien n'est plus simple : la jambe est étendue, les muscles sont relâchés, car toute contraction du triceps immobiliserait la rotule contre les condyles ; on amasse le liquide vers le centre de la synoviale, en le refoulant du cul-de-sac sous-tricipital par une main qui presse à plat sur le muscle ; la sérosité soulève la rotule, qui s'éloigne des condyles ; si alors on presse brusquement sur elle, elle chasse le liquide et frappe les condyles en produisant un choc caractéristique.

A l'épaule, à la hanche, au coude, il sera plus difficile de percevoir cette fluctuation ; on la cherchera au niveau des points que nous avons signalés et où se font les bosselures de la synoviale, à certains moments plus saillantes et plus distendues ; d'autres fois le liquide peut se résoudre et l'hydarthrose guérir spontanément. Ces faits sont exceptionnels ; il en est de même de la rupture de la séreuse et de l'issue de la synovie dans les parties molles ambiantes, quoique Bonnet et Bretonneau en aient observé des cas. On a parlé de luxations rendues possibles par l'écartement des surfaces articulaires sous la pression du liquide : J.-L. Petit l'aurait vu à la hanche ; une

tumeur blanche a pu se développer sur une jointure affectée d'hydarthrose.

Diagnostic. — Bien qu'il soit malaisé de reconnaître l'hydarthrose d'une jointure profonde, la plus grande difficulté consiste à remonter jusqu'à la cause de cet épanchement articulaire. S'agit-il d'une attaque de rhumatisme ou de goutte? a-t-on affaire à la blennorrhagie? faut-il incriminer un traumatisme? Dans ces divers cas, les accidents sont le plus souvent aigus et nous n'avons pas à insister. La tuberculose peut provoquer dans l'articulation un épanchement abondant; nous étudierons plus loin cette hydarthrose, ainsi que les hydarthroses syphilitiques et celles des arthrites déformantes. Nous ne devons parler ici que de certaines arthrites chroniques survenues au cours des altérations du système nerveux central, et, en particulier, de l'arthrite de l'ataxie locomotrice.

Cette arthropathie, qui atteint surtout le genou, débute à une époque peu avancée du tabès dorsal; cependant elle n'est pas toujours précoce, et l'on en a vu se développer onze ans après les premières douleurs fulgurantes. Elle se caractérise par l'absence complète de réaction générale ou locale: il n'y a ni fièvre, ni rougeur, ni douleur. Pourtant le gonflement est énorme; il peut se produire en une nuit, et il est dû, non seulement à l'hydarthrose, mais à un œdème dur du membre tout entier. On en distingue deux formes: l'une *benigne*, dans laquelle l'épanchement se dissipe avec rapidité; l'autre *maligne*, où la jointure s'altère, où les surfaces s'usent et se déplacent. Le diagnostic, on le voit, ne présente aucune difficulté: l'existence d'une ataxie locomotrice, la rapidité avec laquelle se fait l'épanchement, l'œdème concomitant du membre, les altérations considérables des extrémités osseuses, leur usure et parfois la production d'ostéophytes et de bourrelets osseux, ne sauraient laisser aucun doute; il s'agit non d'une hydarthrose simple, mais d'une arthropathie nerveuse.

Traitement. — Laissant de côté tout traitement général qui s'attaquerait à la cause première de l'hydarthrose, nous supposons l'épanchement « idiopathique », et chercherons à quels moyens locaux on a recours pour la combattre.

Un des meilleurs est l'immobilité et la compression; le membre est placé dans une gouttière plâtrée ou dans un appareil inamovible slicaté; d'autres fois c'est l'ouate qu'on emploie; il faut alors

ajouter de nouvelles bandes tous les jours ou tous les deux jours, afin que la compression soit le plus efficace possible. Depuis quelques années on remplace l'appareil ouaté par la bande élastique dont l'action est fort énergique: c'est un procédé excellent, mais dont il faut user avec la plus extrême prudence.

La ponction sous-cutanée, ou mieux l'aspiration avec les appareils de Dieulafoy et de Potain vide la séreuse; mais le liquide se reproduit rapidement; aussi doit-on considérer ce moyen comme accessoire, et, après avoir évacué la synoviale, on se hâtera d'appliquer un bandage élastique compressif qui s'opposera à une exsudation nouvelle. Dans quelques cas, on pratique dans la synoviale une injection irritante soit avec de la teinture d'iode, soit avec une solution forte d'acide phénique. L'hydarthrose sera traitée comme une hydrocèle: au bout de deux ou trois minutes le liquide est évacué; la piqûre est oblitérée par du collodion, et le membre maintenu dans la plus grande immobilité; souvent le succès couronne ce traitement.

Aujourd'hui on pratique hardiment de larges incisions articulaires; on lave la synoviale avec des solutions fortes d'acide phénique ou de liqueur de Van Swieten: puis on draine et suture la plaie et la guérison légitime cette tentative. Pour notre part, nous la jugeons inutile et pensons que la ponction aspiratrice suivie du lavage avec les mêmes solutions, assure les mêmes résultats, tout en faisant courir au malade des dangers moins grands. Si cependant on échouait, on aurait recours à l'arthrotomie antiseptique, à l'incision de la synoviale, irriguée ensuite par un courant d'acide phénique à 5 pour 100 ou de sublimé corrosif au 1000^e.

En résumé, l'immobilisation et la compression élastique avec l'ouate ou la bande en caoutchouc, précédées ou non par l'application de vésicatoires ou de teinture d'iode, devront être essayées d'abord. Si ce moyen ne réussissait pas, le liquide intra-synovial serait évacué, la séreuse lavée avec les solutions iodo-iodurées ou phéniquées et le membre enfermé et immobilisé. Avec l'aide de ces méthodes, on peut compter sur la disparition des hydarthroses les plus rebelles.

b. — ARTHRITE SÈCHE

On nomme *arthrite sèche*, *arthrite déformante*, *mal sénile des articulations*, une arthrite chronique caractérisée par l'usure des

cartilages diarthroïaux, par une production d'ostéophytes souvent abondante et par la déformation des surfaces articulaires, qui n'ont aucune tendance à la suppuration, à l'ankylose ou à la guérison spontanée.

Son histoire est de date récente. Peut-être Morgagni l'avait-il signalée; mais il faut arriver à Cruveilhier pour en avoir, en 1824 et en 1826, une exacte description. Puis viennent les travaux de William Smith, de Colles, d'Adams. La question reparait souvent devant la Société anatomique avec Deville et Broca. Nous citerons encore la thèse de Colombel en 1862, une série de travaux publiés par Charcot, les recherches de Besnier, les descriptions anatomiques de Cornil et Ranvier.

Étiologie. — L'arthrite déformante frappe surtout la hanche, mais elle est loin d'être rare au genou; on la rencontre au coude, aux doigts, à l'épaule, au pied, et, dans des cas exceptionnels, à la colonne vertébrale. On peut dire qu'il n'est guère de jointure qui, une fois ou l'autre, n'ait été trouvée avec les signes d'une arthrite sèche. Elle est souvent symétrique, et les deux hanches, les deux genoux, les deux épaules peuvent se prendre en même temps. Volkmann cite un cas où toutes les articulations du membre supérieur étaient atteintes.

Elle se développe à peu près également chez l'homme et chez la femme. Ce n'est point une affection exclusivement observée dans la vieillesse, et on l'a vue naître chez des adultes de vingt-cinq à trente ans; à quarante ans elle commence à devenir fréquente. Elle succède souvent à un traumatisme, fracture, entorse ou luxation; ou bien à une inflammation, arthrite aiguë simple, arthrite blémorrhagique, hydarthrose: dans ces cas elle est presque toujours mono-articulaire; lorsque l'affection est poly-articulaire, il est plus rare de trouver à son origine une violence extérieure ou une irritation de voisinage.

Sur quel sol se développe l'arthrite déformante? Broca, Deville, Charcot et Besnier en font une manifestation rhumatismale. N'est-elle pas souvent poly-articulaire, symétrique? Enfin ne se déclare-t-elle pas chez des individus qui possèdent les attributs de la diathèse rhumatismale? Quelques auteurs, cependant, Gosselin entre autres, affirment l'avoir rencontrée sans qu'il leur fût possible de trouver la moindre trace de rhumatisme chez le sujet atteint. Pour

Quénu, « l'arthrite sèche n'est pas une maladie spéciale, mais un mode de terminaison de toute espèce d'arthrite chronique, que celle-ci ait été engendrée par le rhumatisme, par un traumatisme, voire par une maladie du système nerveux. Elle serait donc un aboutissant possible de la plupart des arthropathies; sa physionomie résulterait moins de la nature primitive de l'arthrite que de l'état de la nutrition générale du sujet et de la nutrition locale du membre atteint; je puis invoquer ici la coïncidence de l'artério-sclérose et particulièrement de la phlébo-sclérose avec l'arthrite sèche, la fréquence plus grande de celle-ci dans les articulations des membres inférieurs où les varices sont communes. » L'arthrite sèche serait donc une maladie de déchéance; la déchéance peut être générale ou localisée à un membre, voire à un segment de membre.

Anatomie pathologique. — Les lésions de l'arthrite sèche peuvent atteindre la synoviale, les ligaments, les os, les cartilages. Suivant Deville et Colombel, la synoviale serait prise la première; cette opinion est controversée, car la séreuse reste parfois intacte; cependant elle est épaissie d'ordinaire, vascularisée, recouverte de végétations dendritiques, de franges hypertrophiées au milieu desquelles on trouve des cellules cartilagineuses et du tissu fibreux; dans une forme rare, les végétations renferment des cellules adipeuses et constituent le *lipome arborescent* décrit par Muller; ces productions nouvelles, ces papilles sont tantôt sessiles et tantôt pédiculées; lorsque l'isthme qui les relie à la séreuse est étroit, il peut se rompre et l'on a des corps flottants souvent durs; en effet, les éléments du cartilage y abondent; il est des cas où de l'os s'est déposé dans les franges synoviales.

Les altérations des cartilages sont en général profondes. Le revêtement hyalin disparaît au centre par une usure, une résorption qui met à nu la substance osseuse; à la périphérie il n'est pas rare, au contraire, d'observer un épaississement du cartilage, des *éochondroses* qui souvent se transforment en ostéophytes; Ranvier a étudié ces modifications: il s'agit d'une inflammation chronique du cartilage, dont les cellules prolifèrent; elles détruisent leurs capsules, qui s'ouvrent les unes dans les autres, constituant ainsi des boyaux disposés en séries parallèles et remplis d'éléments embryonnaires que séparent des travées de substance fondamentale; les boyaux se vident, les travées persistent sous forme de villosités, de filaments qui don-

nent à la surface un aspect velvétique; mais elles disparaissent à leur tour jusqu'à l'épiphyse dénudée.

A la périphérie, la même prolifération cellulaire a eu lieu, mais les éléments embryonnaires, au lieu de tomber dans la cavité synoviale et de s'y détruire, sont maintenus en place par le rebord synovial qui empiète sur le cartilage; ils s'organisent en tissu nouveau et forment ces ecchondroses, ces ostéophytes abondants qui constituent une collerette exubérante autour de la surface diarthrodiale. L'os sous-jacent subit des modifications analogues; il est le siège d'une ostéite lente, raréfiante d'abord; puis les cellules qui remplissent les aréoles du tissu spongieux se disposent en séries parallèles et s'incrument de sels calcaires; l'ostéite devient condensante et la surface osseuse qui, dans la jointure, remplace le cartilage, prend un aspect éburné. Elle est souvent le siège de rainures et de sillons dirigés dans le sens des mouvements articulaires.

Les ligaments sont épaissis, infiltrés de cellules cartilagineuses et osseuses; ceux qui se rencontrent dans la jointure, comme le ligament rond, finissent par disparaître; il en est de même pour la portion intra-articulaire du tendon de la longue portion du biceps; celle se résorbe et le fragment qui reste s'insère sur des tubérosités de formation nouvelle, situées sur les bords de la gouttière bicapitale. Il n'est pas jusqu'aux muscles voisins qui ne s'ossifient ou ne deviennent fibreux: à l'épaule le sus-épineux, le sous-épineux, le sous-scapulaire, au coude le brachial antérieur, à la hanche les psoas iliaques, ont été trouvés indurés, résistants, parcourus par des travées de tissus fibreux et osseux.

L'aspect de la jointure est caractéristique: elle est énorme, irrégulière, déformée par des ecchondroses et des ostéophytes; les surfaces sont élargies, bosselées, noueuses, bridées dans leurs mouvements par les apophyses nouvelles. Il peut y avoir, à côté de ces productions exubérantes, des résorptions considérables; la tête de l'humérus ou du fémur semble avoir disparu; la cavité glénoïde ou cotyloïde s'efface ou s'écule; aussi observe-t-on des déplacements. Broca et Deville ont vu le grand trochanter reposer dans la fosse iliaque externe. L'arthrite n'est pas toujours « sèche »; si la synoviale est le plus souvent sans liquide, on rencontre parfois une hydarthrose: d'après Dolbeau, elle existerait dans un tiers des cas environ.

Symptômes. — L'arthrite déformante se développe d'une manière

insidieuse; il n'y a ni rougeur, ni chaleur appréciables; souvent la douleur fait défaut et le malade accuse à peine une gêne, une sensation pénible, surtout aux changements de temps. La jointure n'est pas toujours le point où se manifeste la souffrance: elle peut se localiser dans un groupe musculaire ou suivant le trajet d'un nerf; Pitre et Vaillard ont montré qu'il existe parfois une névrite des rameaux articulaires, Gosselin a observé des faits où l'on aurait pu croire à l'existence d'une sciatique chronique. En tous cas, lorsqu'elle est vive, cette douleur est spontanée; les mouvements de la jointure, les pressions sur l'interligne ne l'exagèrent nullement.

La déformation est, en somme, le premier signe apparent: la jointure est volumineuse, élargie, soulevée çà et là par des bosselures, des saillies arrondies ou pointues, des ostéophytes. Les mouvements ne sont point empêchés; cependant leur amplitude diminue; les surfaces articulaires sont arrêtées par des obstacles que créent les productions osseuses nouvelles; les subluxations et même les déplacements complets sont loin d'être rares. Pourtant, peu d'affections articulaires s'opposent moins au libre jeu de la jointure. On n'observe jamais de véritable ankylose.

Les mouvements s'accompagnent de craquements caractéristiques, secs, rudes, nombreux; leur bruit a été comparé à celui d'un moulin à poivre, du moins lorsque l'arthrite déformante est confirmée; au début, les ostéophytes et les ecchondroses sont peu abondants, les surfaces articulaires n'ont subi que l'altération velvétique, l'os n'est pas dénudé et le frottement est plus doux. La main qui meut le membre malade perçoit ces crépitations, mais l'oreille peut les entendre. Elles sont amoindries lorsqu'une hydarthrose distend la synoviale; il n'est pas rare de constater l'existence de corps étrangers mobiles semblables à ceux que nous étudierons plus loin.

Ainsi constituée, l'arthrite déformante reste stationnaire ou s'accroît lentement; si elle ne se résout pas, du moins elle ne menace point l'existence et il s'écoule un long temps avant que la fonction du membre soit compromise; cependant une production exagérée d'ostéophytes immobilise les surfaces articulaires, une hydarthrose considérable distend et relâche l'appareil ligamenteux, l'usure des surfaces permet les luxations, et il est des cas où la jointure perd ses usages. Mais ils sont rares: en général, les fonctions des membres s'accomplissent; « les malades se plaignent, il est vrai, de raideurs, surtout

quand ils se lèvent le matin ou dès qu'ils commencent à marcher; ils ont besoin de *se dérouiller*, mais ils sont capables de fournir de longues courses et de se livrer à certains travaux ». Malheureusement la durée de cette arthrite est illimitée et ne cesse qu'avec la vie.

Diagnostic. — L'absence de douleur et de phénomènes inflammatoires, la déformation articulaire, les craquements, la facilité relative des mouvements de la jointure constituent un ensemble clinique trop particulier pour que les erreurs de diagnostic soient fréquentes. On ne saurait confondre l'arthrite sèche avec une *tumeur blanche*; nous dirons plus loin combien cette inflammation diffère de celle qui nous occupe. Lorsque les déformations siègent sur les phalanges, peut-être les prendrait-on pour les dépôts tophacés de la *goutte*; mais l'existence d'accès antérieurs, de douleurs vives, l'aspect du doigt ne laisseront pas hésiter longtemps.

Nous avons constaté que l'arthrite déformante se double assez souvent d'hydarthrose et que des corps flottants se rencontrent parfois dans la synoviale, mais il est une affection articulaire caractérisée par la présence d'un corps mobile dans la jointure, et la confusion ne doit pas se faire : nous verrons à propos des « arthrophtyes » que ceux-ci ne s'accompagnent pas de déformation articulaire, qu'une seule jointure est prise, que le corps étranger est en général unique, enfin que, tout à coup, pendant la marche, à l'occasion d'un mouvement, survient une douleur vive et presque syncopale : tous signes différents de ceux de l'arthrite déformante.

Nous avons parlé ailleurs des *arthropathies des ataxiques*; ici la confusion semble impossible : le gonflement subit qui se déclare au niveau des jointures et sur les segments intermédiaires du membre, l'énorme hydarthrose, l'usure considérable des extrémités osseuses, la mobilité anormale, enfin l'existence de douleurs fulgurantes et d'incoordination des mouvements, ne sauraient permettre de doute. L'arthrite déformante, poly-articulaire, se nomme souvent *rhumatisme nouveau*, lorsque les mains et les pieds sont atteints et que les déformations ne frappent que plus tard les grandes jointures. L'arthrite sèche est appelée *rhumatisme d'Heberden* quand les seules phalanges des mains sont prises, surtout au niveau de l'articulation de la deuxième avec la troisième.

Traitement. — On ne connaît pas de traitement efficace contre l'arthrite sèche. L'immobilisation et la compression, autrefois préco-

nisées, sont plus nuisibles qu'utiles; elles ne s'opposent pas à la production des ostéophytes qui s'élèvent autour des surfaces articulaires et limitent ou empêchent les mouvements. Un exercice modéré de la jointure est recommandé. Les médicaments internes sont à peu près sans valeur; l'iodure de potassium ne donne plus les succès que Houël croyait avoir observés : les applications sur la peau de teinture d'iode sont sans effet; on peut en dire autant des douches sulfureuses, de l'hydrothérapie, des bains froids; on ne comptera pas non plus beaucoup sur l'action des eaux minérales de Plombières, de Néris, de Bourbonne, d'Aix, de Barèges, de Luxeuil et de Dax.

C. — TUMEURS BLANCHES. — ARTHRITES TUBERCULEUSES

On nomme *tumeurs blanches* des arthrites chroniques caractérisées par la production de fongosités, la tendance à la suppuration, l'envahissement progressif de tous les tissus de la jointure, lésions dont la conséquence dernière est la perte des fonctions du membre.

Le nom est ancien; elles furent ainsi désignées — *white swelling*, enflure blanche — par Wiseman en 1676. Mais, à la fin du dernier siècle et au commencement de celui-ci, on se demanda s'il ne fallait pas scinder le groupe de ces arthrites suivant qu'elles débutent par la synoviale, le cartilage ou les tissus osseux. Les travaux de Maligne, de Velpeau, de Bazin et de Bonnet semblèrent donner une base clinique à ces tendances analystes, et l'on distingua trois variétés de tumeurs blanches; les synovites fongueuses, les abcès froids articulaires et les arthropathies tuberculeuses.

A notre époque, on assiste à un travail en sens inverse; l'anatomie pathologique, l'expérimentation, la clinique même se sont mises d'accord pour une synthèse plus large encore que celle de Wiseman : toutes les tumeurs fongueuses font partie d'une même espèce; un caractère commun les unit, la présence dans les fongosités du follicule tuberculeux habité par le bacille de Koch. Les tumeurs blanches sont des *arthrites tuberculeuses*, mot plus compréhensif et qui renferme, outre les synovites fongueuses, la granulie de la séreuse articulaire. Au point de vue nosographique, nous préférons donc le nom d'arthrite tuberculeuse, basé sur l'anatomie pathologique et l'étiologie, à celui de tumeur blanche qui pourrait prêter à confusion. N'a-t-on pas décrit des tumeurs blanches rhumatismales et syphilitiques qu'il