

Lorsque, sous l'influence des contractions musculaires, le membre a pris une attitude vicieuse, il faut lui rendre une bonne position; et pour cela on pratique le *redressement brusque* sous le chloroforme. Le malade est anesthésié, et, en exerçant des tractions et des pressions sur les extrémités osseuses, on vainc la résistance des muscles, on rompt les adhérences s'il en existe, et on mobilise les surfaces articulaires. C'est alors qu'on donne au membre une attitude fixe dans un appareil inamovible; elle doit être telle que si l'ankylose survient, le membre puisse rendre le maximum de services. Le membre pelvien sera placé dans la rectitude, le membre thoracique sera fléchi au niveau du coude de manière que l'avant-bras fasse un angle droit avec le bras : nous connaissons ces principes.

Le chirurgien est parfois appelé trop tard; un temps précieux a été perdu et la jointure est en partie désorganisée; les fongosités ont rompu la synoviale et les ligaments; des abcès circonvoisins et migrants se sont formés; il existe des fistules qui ont ulcéré la peau et permettent au stylet de pénétrer jusque dans la cavité articulaire; les extrémités osseuses sont le siège d'altérations profondes, et des dépôts tuberculeux, une ostéite carieuse ont compromis l'épiphyse. L'immobilisation à outrance ne saurait donner, dans ces cas, un résultat de quelque valeur. Nous avons vu pratiquer alors par quelques-uns de nos maîtres une igni-puncture profonde; des tiges de fer rougies, des cautères effilés sont enfoncés jusqu'au centre de la jointure, au milieu des fongosités, dans l'intérieur des épiphyses et, dans quelques cas, Richet aurait provoqué une inflammation franche; des bourgeons de bonne nature remplaceraient les fongosités tuberculeuses; une ankylose de l'article serait le mode de guérison obtenu. Malheureusement on ne peut guère compter sur une terminaison aussi favorable, et c'est à la résection ou même à l'amputation qu'il faudra se résoudre.

Avant d'en arriver là, un certain nombre d'interventions devront être tentées. Huëter a préconisé les injections interstitielles : on a fait pénétrer dans la synoviale malade des substances de toutes sortes : acide phénique, solutions arsenicales. On a eu recours à l'iodoforme : Miczkuliz, le promoteur du procédé, injecte deux fois par semaine la moitié d'une seringue de Pravaz d'une solution au cinquième; les résultats se sont montrés favorables dans les cas où les altérations articulaires étaient encore peu profondes. La « méthode

scélérogène » de Lannelongue est à l'étude; elle nous a donné de beaux résultats chez les enfants pour des tumeurs blanches suppurées du coude, du genou et du cou-de-pied; elle a été, dans nos mains, à peu près inefficace chez les adultes. Elle consiste à injecter aux limites du foyer tuberculeux quelques gouttes de chlorure de zinc au dixième; cette substance provoque la formation de masses fibreuses qui enserrant et étouffent les follicules tuberculeux.

Jules et Eugène Bæckel ne craignent pas de pratiquer la taille articulaire; ils ouvrent la jointure par des incisions assez larges pour y passer une curette tranchante et extirper le tissu fongueux. Par l'orifice des fistules, Sédillot, Volkmann, Max Schede introduisent des instruments pour pratiquer « le raclage » des trajets et de la cavité. L'opération est renouvelée fréquemment. Du reste, il est indiqué de faire de nombreux lavages antiseptiques de la jointure, que l'on saupoudre d'iodoforme. Ce procédé a donné d'excellents résultats.

Malheureusement ces méthodes sont parfois insuffisantes et il faut se résigner à l'ablation des surfaces articulaires altérées. Chez les enfants, on n'en vient guère à cette extrémité, d'abord parce que, chez eux, les tumeurs blanches cèdent plus facilement à l'immobilisation rigoureuse et au traitement général; puis, extirper l'épiphyse et le cartilage de conjugaison attenant, a pour suite l'arrêt de l'accroissement de l'os; l'équilibre est rompu entre les deux membres correspondants et les troubles fonctionnels les plus graves en sont la conséquence.

Mais, chez l'adulte, la résection peut être une opération excellente; on sait qu'elle consiste à supprimer les segments articulaires malades; pour cela on pratique l'*évidement* de la gaine sous-capsulo-périostée; on enlève l'os seulement; on le retire « comme on retire la main d'un gant ou un busc de baleine d'un corset »; périoste, ligament, synoviale même, on respecte tout ce que les fongosités n'ont pas détruit et l'opération idéale donnerait, une fois terminée, le moule exact des parties extirpées. Dans les cas de tumeur blanche, l'opération est aisée; le périoste se décolle facilement et, parfois même sans grattoir et à l'aide de l'ongle, on peut détacher la membrane jusqu'au point où, l'os devenant sain, la section sera pratiquée. Il faut alors prendre de grandes précautions pour ne pas séparer au delà, et prédisposer ainsi à la nécrose cette partie de la

diaphyse privée de son enveloppe nourricière. L'extrême facilité de l'extirpation explique ces résections sous-capsulo-périostées faites sans le savoir, et les admirables régénérations obtenues par des chirurgiens qui ignoraient le rôle reproducteur de la matrice osseuse.

Cette gaine va-t-elle régénérer l'articulation? sera-t-elle, comme on l'a dit, le moule où les nouvelles extrémités osseuses vont se « couler » avec leur forme, leur structure, leur longueur et leurs fonctions primitives? A cette heure on n'oserait l'affirmer; des échecs réitérés ont prouvé que certaines conditions, souvent difficiles à réunir, sont nécessaires pour obtenir une jointure analogue à la première. Mais les cas sont nombreux où la néarthrose est capable de suppléer, au moins en partie, l'ancienne articulation détruite par les fongosités.

Parfois les os sont détruits dans une grande étendue; une suppuration abondante et l'envahissement continu des fongosités ont désorganisé la synoviale; la capsule et les ligaments, le périoste ont presque disparu. On ne saurait alors parler de résection: il n'y a plus de gaine capsulo-périostée pour reproduire les surfaces articulaires. L'amputation est la seule opération utile; elle supprime un foyer de suppuration qui épuise le malade. Mais il faut se rappeler que le pronostic reste sombre; une poussée tuberculeuse nouvelle est à craindre dans une autre articulation, ou bien dans le poumon, le péritoine ou les méninges.

3° ARTHRITE SYPHILITIQUE

Les désordres que la syphilis provoque dans les articulations sont de variétés diverses: il en est de précoces, *arthralgies* contemporaines de la roséole; d'autres, les *arthrites subaiguës*, les *hyarthroses*, seraient surtout fréquentes au cours des accidents secondaires; enfin les *arthropathies proprement dites*, les anciennes tumeurs blanches syphilitiques, appartiennent aux manifestations tertiaires ou héréditaires.

a. — ARTHRALGIES

L'arthralgie passe pour un des phénomènes les plus précoces de la vérole; d'après certains auteurs, ne précéderait-elle pas quelquefois

le chancre lui-même? Elle serait, en tout cas, le premier des accidents secondaires, avec la roséole, sa contemporaine habituelle.

On l'observerait chez 1/15 des syphilitiques. Elle est caractérisée par un sentiment de lassitude extrême, une vive sensibilité des jointures, qui sont « comme rouillées et se dépouillent par l'exercice ». La nuit, elles peuvent être le siège de souffrances réelles; les mouvements et la pression y réveillent des douleurs et comme une sensation de brisure. On ne constate ni gonflement, ni rougeur, ni chaleur; les tissus paraissent normaux et le traitement spécifique dissipe l'arthralgie, qui laisse tout au plus, comme vestige, quelques craquements articulaires.

On en décrit une forme différente sous le nom d'*arthrite subaiguë*. L'affection est polyarticulaire et coexiste fréquemment avec une inflammation des gaines tendineuses et des bourses séreuses sous-cutanées. Les jointures les plus souvent frappées sont l'épaule, le genou, le cou-de-pied et le poignet. L'articulation est un peu douloureuse; on y constate une teinte rosée, une chaleur légère; l'épanchement dans la synoviale est nul ou presque nul. Cette fluxion, qui s'accompagne parfois d'un peu de fièvre et de malaise, de courbature et d'insomnie, ne persiste que si le traitement mixte n'est pas institué. Il faut un examen attentif pour distinguer cette affection d'une attaque de rhumatisme simple. L'existence évidente de la vérole et la rapide guérison par le mercure et l'iodure seront les éléments principaux du diagnostic.

b. — ARTHRITE SUBAIGUË

L'arthrite subaiguë, décrite par Fournier et Vaffier sous le nom de pseudo-rhumatisme ou de rhumatisme syphilitique, est un accident secondaire de la vérole. Elle se caractérise par une légère douleur avec chaleur appréciable de la peau; le tissu cellulaire s'empâte, mais « la jointure se fluxionne plus qu'elle ne se tuméfie ». La douleur est assez vive, surtout pendant la nuit. Plusieurs articulations peuvent se prendre en même temps que plusieurs bourses séreuses et plusieurs gaines tendineuses. On le voit, le tableau ne diffère guère de celui d'une attaque de rhumatisme articulaire, d'autant que cette arthrite subaiguë peut s'aggraver, et il ne faut plus compter alors sur la gravité des accidents, qui, d'après Fournier, a une valeur réelle

pour établir le diagnostic dont les éléments essentiels seront l'efficacité du traitement spécifique et la coexistence d'une vérole.

c. — HYDARTHROSE

Les *hydarthroses* syphilitiques ne sont connues que depuis les recherches de Verneuil et celles de Fournier. Des thèses importantes ont été publiées sur ce sujet par Vaffier, Dauzat, J. Voisin et Plateau.

Elles sont une manifestation de la syphilis secondaire et peuvent être précoces; Gérin-Rose cite un cas où l'épanchement apparut dix jours après le développement du chancre; la roséole ne se montra que deux semaines plus tard. On a cité des faits, qui paraissent authentiques, d'hydarthroses simples coïncidant avec des accidents tertiaires: Taylor, Verneuil, Plateau en donnent des exemples, et nous-même avons observé un cas où, après la troisième année de la vérole, les deux genoux étaient envahis par un épanchement sans infiltration gommeuse péri-synoviale, sans ostéite syphilitique; le traitement mixte débarrassait la séreuse en quelques jours, mais les récidives étaient fréquentes.

L'hydarthrose syphilitique survient sans cause appréciable, elle serait plus fréquente dans le sexe féminin et frappe presque toujours le genou, un seul d'ordinaire; cependant les deux peuvent être pris; il n'y a pas de douleur, à peine une gêne dans les mouvements dont l'amplitude est un peu moins grande; la marche reste facile, mais le gonflement, la déformation sont très appréciables. Dès que le traitement est institué, le liquide tarit; une ou deux semaines y suffisent; mais il reparait, et ces retours offensifs, qui laissent souvent après eux un épaississement de la synoviale, sont un des bons signes de cette variété. Les manifestations concomitantes d'une syphilis avérée, la guérison rapide par les spécifiques, seront, comme dans l'arthrite subaiguë, les deux facteurs les plus importants pour établir l'origine et la nature de cette affection.

On ne la confondra pas avec la *granulie* des synoviales articulaires, nommée encore *hydarthrose tuberculeuse*. L'éruption se présente sous forme de nodosités miliaires qui envahissent, d'une poussée, la face interne de la séreuse peu altérée en apparence; l'affection est mono ou poly-articulaire; elle peut rester localisée ou

coïncider avec une granulie généralisée ou une phthisie pulmonaire chronique. Son évolution rappelle celle d'une arthrite aiguë ou subaiguë avec épanchement, et elle a été souvent prise pour une manifestation du rhumatisme: les antécédents du malade, l'apparition de symptômes pulmonaires, la persistance de l'arthrite et sa résistance au traitement, le passage à l'état chronique avec détérioration de la santé générale, permettront d'établir le diagnostic.

d. — ARTHROPATHIES TERTIAIRES

Depuis le fameux mémoire de Richet sur les « tumeurs blanches syphilitiques », ces arthropathies ont été le sujet de travaux importants: nous citerons l'observation de Lancereaux, la thèse de Defontaine et le travail, remarquable à tant de titres, publié par Paul Méricamp sur les *arthropathies syphilitiques tertiaires*.

L'étude critique des observations antérieures à son mémoire et l'examen des pièces anatomiques ont permis à cet auteur d'établir certains faits précis sur un sujet jusqu'alors conjectural. On sait maintenant que le nom de tumeur blanche n'est pas applicable à ces arthropathies dans lesquelles on n'a jamais trouvé de fongosités. Il ne s'agit pas d'arthrites non plus, car, lorsqu'on a constaté des lésions des cartilages et de la synoviale, ces lésions étaient consécutives à des infiltrations gommeuses du tissu sous-synovial ou des extrémités osseuses.

Méricamp montre qu'il existe trois formes anatomiques d'arthropathie: le premier type, forme *fibreuse* ou *périostale*, est caractérisé par le dépôt de tissu gommeux autour de la synoviale ou du périoste qui avoisine l'article. Ne voyons-nous pas, dans l'observation de Lancereaux, « tous les tissus fibreux qui s'insèrent au pourtour du tibia transformés en une masse jaune grisâtre, élastique, de 4 centimètres d'épaisseur? Son aspect, sa consistance et sa structure rappellent ceux du tissu gommeux ». Les ligaments semi-lunaires et inter-articulaires sont sains; la synoviale n'est pas lésée; cependant l'infiltration gommeuse adjacente a provoqué une irritation secondaire, qui s'est traduite par une exsudation liquide dans la séreuse.

Cette variété, dont le siège habituel sont le genou et le coude, se reconnaît à l'existence d'une hydarthrose, parfois intermittente, qui

distend la synoviale épaissie par places, comme blindée par des plaques résistantes, élastiques, chondroïdes, ou infiltrée de nodosités discrètes ou confluentes. On la rencontre presque toujours au-dessus de la rotule, de chaque côté du tendon rotulien. La région est indolente; ni la pression, ni les mouvements ne provoquent de souffrance dans la jointure, qui a conservé sa mobilité primitive. Dans quelques cas, cependant, l'évolution ne serait pas froide et Mamiro a rapporté une observation où l'arthrite était évidente : on constata de la rougeur, de la douleur, de la tuméfaction et une ulcération spontanée de la peau.

Dans une thèse publiée en 1881 par Toussaint, on trouve la relation de 2 observations de corps étrangers mobiles intra-articulaires, dus à cette variété d'arthropathie syphilitique : le premier de ces faits est de Gailleton, le second de notre ami Antonin Poncet. On y voit que des arthrophytes mobiles, fuyant derrière la rotule et développés chez des individus atteints de vérole incontestable, disparurent en moins de deux mois, après absorption quotidienne de 4 grammes d'iodure de potassium. Defontaine fournit une troisième observation ; chez un syphilitique de trente ans existait dans le genou, dont le tissu péri-synovial était infiltré de masses gommeuses, un corps mobile articulaire qui se résorba sous l'influence de la médication spécifique.

Le deuxième type, forme *osseuse* de Méricamp, est désigné par Fournier sous le nom de *pseudo-tumeur blanche syphilitique*. Méricamp en donne une excellente description d'après une autopsie : on y voit que la synoviale et les ligaments interarticulaires sont intacts ; les lésions, au lieu de porter sur les tissus fibreux péri-articulaires ou le périoste, atteignent une épiphyse, mais une seulement ; au genou, par exemple, le fémur est malade tandis que le tibia est intact. Aussi constate-t-on que le cartilage de revêtement de l'épiphyse fémorale est endommagé ; le cartilage correspondant du plateau tibial est sain. Ne doit-on pas en conclure que ces altérations cartilagineuses sont secondaires et que l'os a été primitivement frappé ?

La forme osseuse est donc caractérisée par le dépôt de gommages dans l'épaisseur de l'os. Le syphilome peut avoir pour siège primitif la diaphyse et de là, par infiltration, arriver jusqu'à la partie épiphysaire ; c'est alors que, par voisinage, il influence le cartilage et la synoviale ; quelques symptômes articulaires, épanchement et cra-

quements au niveau de l'interligne, ont pu en imposer sur l'existence d'une arthrite primitive : il existe aussi de la douleur ; seulement, un examen attentif prouve qu'elle siège sur l'épiphyse, et non dans la jointure. Tous les mouvements sont possibles ; il n'y a pas d'attitude fixe, de rétraction musculaire, d'empatement des parties molles.

La pseudo-tumeur blanche syphilitique serait plus fréquente chez la femme que chez l'homme, et du côté gauche que du côté droit ; le genou est surtout atteint, mais le mal frappe aussi, et par ordre décroissant, l'articulation sterno-claviculaire, le coude, le cou-de-pied, l'épaule et la hanche. Si l'on en croit la description de Taylor, l'extrémité inférieure des métacarpiens et des métatarsiens, l'extrémité inférieure de la première phalange des doigts et des orteils, sont prises assez souvent. Mais ici les lésions seraient complexes et il y aurait, à la fois, forme osseuse et forme fibreuse ; les ligaments articulaires seraient infiltrés de petites gommages ; l'épanchement séreux ferait défaut dans la synoviale.

Le troisième type, la variété *déformante* de Méricamp, étudiée à nouveau par Lannelongue et Danjou, dépend d'une syphilis héréditaire ; elle est caractérisée par une augmentation de volume des surfaces articulaires ; les saillies des ostéophytes, les néoformations osseuses des épiphyses sont telles, que les mouvements de la jointure en sont gênés mécaniquement. Mais, à part quelques craquements qui dénotent une certaine altération des cartilages diarthrodiaux, l'articulation proprement dite paraît saine. Les lésions atteignent de préférence le coude, et, comme elles retentissent sur le cartilage de conjugaison en pleine activité, elles peuvent provoquer un arrêt de développement du membre supérieur.

Ces divisions sont utiles pour la description, mais, comme dit Lagrange, elles ne correspondent pas toujours à la réalité clinique. « Les formes se mélangent entre elles ; à l'ostéopathie peut se joindre la gomme synoviale ; l'hydarthrose venue subitement peut, en distendant la séreuse, occasionner des douleurs capables de dérouter le diagnostic. C'est surtout dans les cas anciens qu'on rencontre cette accumulation des lésions péri-synoviales, osseuses et articulaires ; une observation de Richet est un type de ce genre mixte : le fémur était très gonflé et le siège de douleurs vives ; la synoviale était épaissie ; un véritable corps étranger paraissait vouloir se détacher et tomber dans la cavité articulaire. »

Nous n'insisterons pas sur le diagnostic général de ces formes, et ne passerons pas en revue la série des affections articulaires avec lesquelles on pourrait les confondre. Mais, en présence d'une hydarthrose, surtout lorsqu'elle sera double, intermittente, et coïncidera avec des épaisissements de la synoviale, des plaques fibreuses, un blindage de la séreuse, lorsque les mouvements seront peu gênés et que la pression ne réveillera pas de douleur sur l'interligne, il faudra songer à la syphilis héréditaire ou acquise. Un traitement approprié, l'iodure de potassium porté à la dose de 6 grammes par jour, suffira pour établir le diagnostic; la guérison prompte de l'arthropathie, la disparition de l'hydarthrose, viendront prouver qu'il s'agissait d'une manifestation de la vérole.

VII

CORPS MOBILES ARTICULAIRES

Peu d'affections présentent une plus abondante synonymie : Cruveilhier les nomme *corps étrangers organiques*; Samuel Cooper, *cartilages libres*; Velpeau, *cartilages mobiles*; Nélaton, *corps étrangers mobiles et flottants*; ce sont les *pierres articulaires* de A. Paré et les *arthrophytes* de Panas.

La première mention bien nette date de 1558 : elle est due à Ambroise Paré; sept ans après, Wagner, un médecin allemand, rencontra une « pierre articulaire » dans la jointure d'un bœuf; en 1691, Pechlin en enleva une dans un genou, et Monro, en 1726, trouva un corps flottant dans l'articulation fémoro-tibiale d'une femme pendue dont il faisait l'autopsie. Peu après, Morgagni, Simpson, d'Édimbourg, en citent de nouvelles observations. Depuis, les cas se sont multipliés et, parmi les travaux modernes, nous signalerons seulement la thèse de Morel-Lavallée, l'article de Panas dans le *Dictionnaire de Jaccoud*, et les recherches de Virchow consignées dans sa *Pathologie cellulaire*.

Anatomie pathologique. — Pathogénie. — On divise les corps mobiles en deux variétés : les arthrophytes *extra-articulaires* et les arthrophytes *intra-articulaires*. Les premiers sont de médiocre importance; ils naîtraient le plus souvent de la capsule et

se logent dans le tissu sous-synovial; parfois un pédicule assez long leur donne une certaine mobilité; on peut les déplacer légèrement; d'habitude ils sont peu gênants, pas douloureux, et ne nécessitent que d'une manière exceptionnelle une intervention chirurgicale. Mais ils pourraient, d'après Laennec, se coiffer de la synoviale, proéminer dans la séreuse et même y devenir libres; ils ne seraient que le premier degré des corps mobiles.

Les arthrophytes intra-articulaires ne flottent pas indistinctement dans toutes les jointures : on les rencontre surtout dans le genou, puis vient le coude et, très loin derrière ces deux séreuses, la synoviale de la hanche, du cou-de-pied, de l'épaule et de la mâchoire. D'ordinaire ils sont libres; mais ils peuvent être fixés aux parois de la cavité par un pédicule long ou court, unique ou double, grêle ou épais, faible ou résistant. Il n'est pas rare de les voir logés dans des aréoles de la séreuse, dans des cryptes qui font hernie à travers la capsule et s'avancent dans le tissu péri-articulaire.

Le nombre des arthrophytes contenus dans la jointure est variable; en général on n'en rencontre qu'un, mais il y en a parfois 2, 3, 4, et l'on cite une observation où la séreuse en renfermait jusqu'à 200; peut-être s'agit-il, dans ces cas, d'arthrite déformante. Leur volume est en sens inverse de leur nombre; ils sont presque aplatis, ovalaires, et rappellent une amande, une fève, un morceau de savon aminci par l'usage. Leur aspect dépend de la variété à laquelle ils appartiennent, car, sous le nom de corps étrangers mobiles, on a rassemblé des lésions fort disparates. Ne trouve-t-on pas, côte à côte, des concrétions articulaires déposées autour d'un corps étranger venu du dehors, d'une pointe d'aiguille par exemple, des esquilles osseuses, des lamelles de cartilage détachées, les unes et les autres, de l'épiphyse ou de sa couche de revêtement, des ecchondroses et des ostéophytes? enfin des franges synoviales hypertrophiées, parsemées de cellules cartilagineuses ou inscruées de sels calcaires? A vrai dire, chacune de ces formes est loin d'avoir la même fréquence.

Les concrétions intra-articulaires sont rares et ne doivent pas être rangées parmi les arthrophytes; il en existe quelques exemples authentiques, et Schaw, en 1855, retira du genou d'une servante une masse dure qui s'était stratifiée autour d'un tronçon d'aiguille. Les esquilles cartilagineuses, libres dans la synoviale, ne sauraient