QUARANTIÈME LEÇON

DE L'INFLAMMATION CHRONIQUE DES ARTICULATIONS (SUITE).

C. *Arthrite rhumatismale chronique. Arthrite déformante.* Anatomie pathologique. Formes diverses. Symptômes. Diagnostic. Pronostic. Traitement. — *Appendice : Des corps mobiles intra-articulaires* : 1. Corps fibrineux. 2. Corps cartilagineux et osseux. Symptômes. Opérations.

C. *Arthrite rhumatismale chronique. Rhumatisme articulaire chronique. — Arthrite sèche. Rheumatic gout. — Arthrite déformante. — Malum coxæ senile.*

Vous reculerez avec épouvante devant cette foule de noms, qui tous désignent la même lésion anatomique, et vous aurez raison de me demander pourquoi donner tant de noms à une seule et même chose? Quand une maladie a eu tant d'appellations diverses, cela prouve souvent que dans son essence elle n'a pas encore été bien comprise ou qu'à diverses époques elle a été envisagée à des points de vue différents; or, c'est là précisément ce qui n'existe pas dans le cas qui nous occupe, le processus en lui-même a, au contraire, toujours reçu la même interprétation, et tous ceux qui ont travaillé ce sujet sont arrivés aux mêmes résultats. Ici il convient de commencer par l'anatomie pathologique. La maladie affecte particulièrement et primitivement le cartilage et secondairement la membrane synoviale, ensuite le périoste et l'os. Les lésions que nous rencontrons sur le cartilage sont les suivantes : le cartilage devient bosselé en plusieurs endroits, ensuite rugueux à la surface, il se laisse séparer en fibres; dans les degrés élevés de la maladie il manque totalement en certains endroits, et l'os y est à découvert, entièrement lisse et comme poli. Si vous examinez au microscope le cartilage ainsi réduit en fibres, vous trouvez également que la substance intercellulaire est devenue fibreuse au lieu d'être tout à fait homogène et hyaline comme à l'ordinaire. Vous trouvez en outre les capsules du cartilage agrandies et contenant des cellules en voie de scission; ces cellules ne sont cependant pas aussi petites ni aussi peu développées que cela est ordinairement le cas dans les formations cellulaires qui surviennent pendant les inflammations; elles sont au contraire bien développées et en partie reconnaissables comme cellules cartilagineuses nouvelles à leur membrane un peu épaissie; le processus marche avec une lenteur infinie, qui permet aux jeunes cellules d'arriver à un plus haut degré de développement histologique que ce n'est le cas dans l'inflammation (voy. fig. 66); il n'y a pas non plus, comme on l'ob-

serve dans l'inflammation, un ramollissement du tissu intercellulaire, mais une désagrégation fibreuse; voilà ce qui caractérise déjà le processus en question; mais bien d'autres faits remarquables viennent encore s'y ajouter. Le cartilage devenu rugueux ne résiste pas aux frottements des extrémités articulaires l'une contre l'autre, il est usé petit à petit et disparaît jusqu'à l'os. Immédiatement au-dessous du cartilage, il y a toujours une couche de substance osseuse assez compacte quoique mince, après laquelle vient ensuite l'extrémité spongieuse de l'épiphyse; c'est cette couche compacte qui supporte le frottement après la disparition du cartilage, il se forme même dans son intérieur de la substance

Fig. 66. — Dégénérescence du cartilage dans l'arthrite déformante; en *a*, métamorphose graisseuse des cellules cartilagineuses. Grossissement, 350, d'après O. Weber.

osseuse nouvelle par suite de l'irritation mécanique produite par le frottement; la moelle de la substance spongieuse s'ossifie dans une faible étendue au-dessous de l'endroit où le frottement a lieu. Malgré cela les mouvements qui se font dans l'intérieur de l'articulation ont pour effet une usure de plus en plus considérable des os opposés, mais comme ce frottement détermine toujours une formation osseuse nouvelle, la surface usée ne cesse d'être ferme et polie, parce que la destruction opérée par le frottement est toujours précédée d'éburnation; de cette façon, si l'articulation reste mobile, une partie assez considérable de l'os peut disparaître petit à petit et l'os n'en reste pas moins poli. Les surfaces unies qui résultent de ce frottement se trouvent dans l'articulation de la hanche à l'extrémité supérieure de la tête du fémur et au sommet de la cavité cotyloïde, au genou sur les deux condyles, et ainsi de suite. La substance

spongieuse du col du fémur peut être affectée d'ostéoporose dans quelques endroits; pendant ce processus, il se peut qu'une fonte osseuse partielle se manifeste dans la substance spongieuse, tandis que l'éburnation, par conséquent une néoplasie osseuse, a lieu à la surface du frottement; le col du fémur peut, à la longue, être entouré d'ostéophytes et offrir de cette façon une forme très-singulière. Voilà donc un phénomène qui vous paraîtra extrêmement remarquable : ici une usure, là une formation nouvelle, et toujours pendant le même processus, les deux conditions opposées réunies l'une à côté de l'autre sur le même os! La maladie débute assez fréquemment par une végétation cartilagineuse bosselée et se termine par une atrophie du cartilage! Je pense que vous êtes déjà habitués à cette combinaison d'usure et de néoplasie dans les inflammations chroniques; rappelez-vous la carie et le processus ulcératif en général. N'avons-nous pas là également une désagrégation à la surface de l'ulcère et une néoplasie très-productive dans ses environs?

A ces modifications du cartilage et de l'os s'ajoutent quelques modifications de la membrane synoviale, lesquelles cependant ne diffèrent pas beaucoup de celles qui s'observent dans l'hydropisie chronique des articulations; la cavité articulaire contient une synovie peu abondante, mais trouble, fluide et entremêlée de parcelles cartilagineuses enlevées par le frottement. La membrane elle-même est devenue plus épaisse, peu vascularisée, et il n'y a que les franges souvent très-allongées dont les sommités soient pourvues d'anses vasculaires plus nombreuses. — Mais les *parties qui entourent l'articulation* peuvent également participer à la maladie, telles sont le périoste, les tendons, les muscles. Dans ces derniers se fait une ossification lente ayant pour effet de recouvrir extérieurement les extrémités articulaires d'une couche osseuse assez épaisse de formation nouvelle; ces végétations osseuses prennent dans certains cas un développement très-considérable. La forme des ostéophytes est tout autre que celle que nous avons appris à connaître jusqu'à présent. Ainsi, nous les trouvons lisses, arrondis, ils n'ont pas la forme de stalactites pointues; on dirait une substance liquide, épaisse, qu'on aurait coulée sur l'articulation et qui se serait solidifiée pendant qu'elle coulait encore; ces ostéophytes ne sont d'ailleurs pas poreux comme les autres, mais consistent dans toutes leurs couches en substance osseuse entièrement compacte. Ces particularités, que l'examen d'une série de pièces préparées vous permettra facilement de saisir, caractérisent extérieurement déjà à un tel point ce genre de maladie articulaire, que vous reconnaîtrez très-facilement, sans posséder aucune notion spéciale sur le cas donné, les préparations osseuses macérées qui appartiennent à l'arthrite déformante (voy. fig. 67, 68, 69).

La raison pour laquelle la néoplasie osseuse affecte ici un caractère si complétement différent est probablement, d'une part, le développement si lent de ces formations osseuses, et, de l'autre, le fait qu'elles ne sont pas précédées d'une vascularisation abondante, comme cela se présente pour les ostéophytes qui se forment lors de la guérison des fractures, dans la carie, la nécrose, l'ostéite; lorsqu'un tissu est très-riche en vaisseaux au moment de son ossification, il doit se transformer en une substance osseuse poreuse, car plus il y a de vais-

seaux, plus aussi il y aura de lacunes dans l'os. Or, dans l'arthrite déformante la formation osseuse n'est pas précédée d'une néoplasie vasculaire bien considérable, les tissus s'ossifient pour la plupart dans l'ordre qui suit : *périostes, tendons* et *même capsule articulaire, ligaments, muscles*, et tout cela se passe avec une grande lenteur; de cette manière il arrive que l'os nouvellement formé prend plus de solidité. Il se peut même que dans ces cas, au milieu du tissu cellulaire sous-séreux, dans le voisinage de l'os, les points d'ossification isolés prennent naissance et produisent des fragments arrondis conservant pendant un certain temps une existence entièrement à part; ces fragments peuvent ne se confondre que plus tard avec le reste de la masse osseuse, sur laquelle

Fig. 67 et 68 : — Ostéophytes de l'arthrite déformante. — Fig. 67 : extrémité inférieure de l'humérus. Dessin réduit. *a*. Ostéophytes; *b*. surface de frottement.

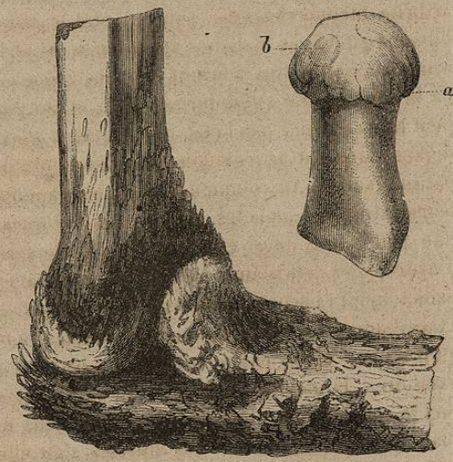

Fig. 68.— Articulation du coude affectée de carie, inflammation articulaire fongueuse, ostéophytes en stalactites. Dessin réduit.

Fig. 69. — Premier métacarpien. *a*. et *b*. Comme dans la figure 67.

ils semblent comme collés, de telle sorte que l'on peut souvent encore facilement poursuivre le mode de production rien qu'à la forme affectée par le néoplasme osseux. Ces formations nouvelles peuvent déplacer complétement les extrémités articulaires, qui prennent une position tout à fait vicieuse, telle qu'elle existe dans la subluxation; l'*articulation peut ainsi devenir entièrement immobile*. Dans quelques cas ces nouvelles formations osseuses pénètrent dans l'intérieur de l'articulation, se détachent et deviennent des corps mobiles intra-articulaires, dont il sera question plus tard. — Enfin, il faut encore faire remarquer que l'hydarthrose peut venir compliquer cette maladie, et vous comprendrez ainsi que tout un concours de circonstances peut rendre les articulations tellement difformes que l'on a bien raison de donner à ce mal le nom d'*arthrite déformante. Je reviens cependant sur une observation que je vous ai déjà faite, à savoir que toutes ces modifications pathologiques n'entraînent jamais la suppuration.*

Nous arrivons maintenant au *tableau clinique* de cette singulière maladie. Notre expérience nous conduit à en distinguer trois formes principales : une qui est ordinairement polyarticulaire et accompagnée de contractures musculaires; une autre monoarticulaire qui se rencontre chez les sujets jeunes ou d'un âge moyen, et enfin une troisième, qui ne s'observe que chez les vieillards.

1. *Le rhumatisme polyarticulaire chronique* (arthrite sèche, rhumatisme noueux, rhumatisme goutteux) se développe chez les jeunes sujets et chez les individus d'âge moyen, plus souvent chez les femmes que chez les hommes, chez les pauvres que chez les riches; les individus mal nourris et anémiques y sont particulièrement exposés ; un rhumatisme articulaire aigu ou une arthrite blennorrhagique peut en être le point de départ; après que l'état aigu ou subaigu de ces maladies articulaires est arrivé à sa fin, il reste dans quelques articulations, le plus souvent dans les genoux et fréquemment des deux côtés, de la roideur, de l'endolorissement et une légère tuméfaction. Mais la maladie peut aussi débuter par l'état chronique et s'accompagner alors de douleurs modérées dans les articulations, douleurs qui disparaissent même complétement par intervalles. Au commencement, les patients se servent encore assez bien de leurs extrémités malades, mais après des mois et des années, la mobilité diminue peu à peu; des efforts et des refroidissements intercurrents sont suivis d'hydropisies articulaires subaiguës, une partie du liquide épanché se résorbe, mais toujours l'articulation reste un peu plus épaisse et plus roide après chaque exacerbation. Le matin, quand les patients se lèvent, les membres sont si roides qu'il n'y a presque pas possibilité de les mouvoir ; après quelques efforts préparatoires, la mobilité revient jusqu'à un certain point, pendant la journée, mais vers le soir les articulations deviennent plus douloureuses. Peu à peu un nouveau symptôme s'ajoute : les muscles s'atrophient, les jambes deviennent plus grêles et peuvent se mettre dans la flexion; les muscles en voie d'atrophie ont une grande tendance à se contracter, ce qui est aussi favorisé à la longue par la position anormale de l'articulation. L'état général pendant tout ce temps ne cesse pas d'être satisfaisant : les patients ont bon appétit, ils digèrent bien et n'ont qu'une légère fièvre, quand des exacerbations aiguës se manifestent dans la maladie articulaire. Une pression exercée sur les articulations provoque peu de douleur; en les remuant on sent et l'on entend un frottement très-prononcé. — Ainsi la maladie continue pendant des années. Enfin les membres maigrissent considéralement, les articulations deviennent difformes et roides, et les malades ne peuvent s'en servir en aucune manière; si le mal attaque les hanches ou les genoux, ils sont à tout jamais condamnés au lit, mais tout en souffrant des années entières ils peuvent encore vivre longtemps s'ils reçoivent de bons soins; les articulations affectées le plus souvent sont celles du genou, de la hanche, de la main, des doigts et de l'épaule.

2. L'*arthrite déformante* est presque toujours monoarticulaire, rarement biarticulaire dans les articulations similaires, et se rencontre chez des individus parfaitement sains d'ailleurs, plus souvent chez les hommes que chez les femmes. Cette forme doit son nom à cette circonstance qu'ici les formations

osseuses périostiques et périarticulaires et l'usure des surfaces prennent des proportions si énormes que l'articulation en devient complétement difforme. Le plus souvent il n'est pas possible de trouver une cause qui explique le développement de la maladie; dans quelques cas, cette dernière a été précédée d'une entorse ou d'une luxation; ces articulations ne sont ordinairement le siége d'aucune douleur mais elles sont roides, gonflées par un épanchement hydropique et souvent elles renferment des corpuscules ossifiés libres; la membrane synoviale peut être entièrement couverte d'appendices graisseux.

3. *Malum coxæ senile*. Quand la maladie se manifeste chez des personnes âgées, elle affecte ordinairement des allures un peu plus bénignes, c'est alors principalement la hanche qui devient le siége de la maladie, d'où lui vient le nom de *malum coxæ senile;* cependant elle s'observe aussi à l'épaule, aux genoux, au coude et surtout aux doigts et au gros orteil. Chez les vieillards, la maladie débute toujours comme une affection chronique, accompagnée de peu de douleur, mais avec beaucoup de roideur, plus rarement avec une période initiale aiguë; souvent les malades ne se plaignent que de la roideur dans les premiers temps et principalement le matin; une fois que l'articulation est entrée en fonction cela va mieux; le frottement dans l'artiiculation est souvent tellement manifeste que le malade appelle sur ce signe l'attention du médecin. Des accès douloureux accompagnés d'un léger mouvement fébrile s'observent surtout dans les cas où le processus sévit fortement sur les doigts; ceux-ci deviennent à la longue difformes et épais au niveau des articles; le gros orteil glisse tout à fait en dehors, et la tête du premier métatarsien couverte de stratifications osseuses proémine fortement. Si la maladie a son siége à la hanche, les patients boitent légèrement; les dépôts osseux sont ordinairement peu considérables chez les vieillards, mais la cuisse se raccourcit insensiblement, parce que la tête du fémur et la cavité cotyloïde sont usées en haut par le frottement, les muscles s'atrophient fortement, enfin la hanche devient tout à fait roide, mais souvent après bien des années seulement. La maladie est bien plus fréquente chez les hommes que chez les femmes et se rencontre principalement chez les sujets maigres. Il est rare que l'on constate une maladie d'autres organes et surtout d'organes internes, cependant l'affection se rencontre assez communément chez les individus qui sont en général fort disposés aux dépôts calcaires et aux ossifications anomales; aussi la rigidité des artères, l'ossification des cartilages costaux et des disques intervertébraux avec ossification des ligaments vertébraux antérieurs sont des anomalies qu'il n'est pas rare de rencontrer chez des patients atteints d'un mal sénile qui frappe plusieurs articulations à la fois.

Le *diagnotic* de cette affection est très-facile chez les vieillards; la description que je viens de donner ne vous permettra guère de vous y tromper. — Si la maladie se présente, au contraire, chez de jeunes sujets et comme affection monoarticulaire, on peut se demander au commencement si l'on est en présence d'une arthrite fongueuse ou bien d'une arthrite déformante; mais une observation suivie ne laisse pas longtemps dans le doute. Dans les périodes ultérieures, on pourrait confondre la maladie avec une arthrite fongueuse ou avec

une carie sèche, qui donnent lieu également à une atrophie musculaire et à un frottement intra-articulaire, et qui précisément se présentent aussi chez les individus jeunes, d'ailleurs bien portants, et affectent chez eux une marche très-chronique; mais dans cette dernière affection les articulations ne se couvrent pas de dépôts aussi étendus que dans l'arthrite déformante, qui de plus ne montre jamais une disposition à la suppuration, même après une longue durée. Si l'arthrite rhumatismale chronique se montre des deux côtés ou dans plusieurs articulations à la fois, et qu'il s'y ajoute les contractures réflexes des muscles sous l'influence d'une irritation de la membrane synoviale, la maladie ne peut être méconnue. Le rhumatisme noueux est très-souvent confondu avec la goutte, surtout à raison de la ressemblance qu'il offre avec cette dernière lorsqu'il affecte la main et le pied. Aussi les Anglais ont-ils appelé le rhumatisme articulaire chronique *rheumatic gout*. Cependant la goutte est si bien caractérisée par la spécificité de ses accès, qu'elle doit être considérée comme une maladie *sui generis;* c'est, du reste, un sujet que nous avons traité déjà antérieurement.

Le *pronostic* du rhumatisme polyarticulaire est très-mauvais, quant à la curabilité de la maladie : si celle-ci se présente chez des personnes âgées, je la considère absolument comme incurable. Chez les individus jeunes, on peut, par un traitement persévérant, enrayer quelquefois la maladie lorsqu'elle est arrivée à un certain point de son développement et obtenir une faible amélioration, mais ce résultat même est difficile à atteindre et peu de malades se rétablissent complétement. C'est que la cause de ces fâcheuses conditions réside dans les effets anatomiques de la maladie; le cartilage et l'os usés ne se remplacent pas, les stratifications osseuses ne sont pas résorbées, elles sont pour cela trop compactes et trop solides; l'atrophie des muscles n'est pas entravée par le mouvement naturel des membres, car les muscles affaiblis peuvent à grand'peine imprimer quelques légers mouvements aux membres roides et difficiles à mouvoir. Si par conséquent il vous arrive un malade pareil, armez-vous de patience et ne vous étonnez pas s'il consulte tantôt tel confrère, tantôt tel autre, et ensuite tous les charlatans, et si en fin de compte il vous accuse, vous-mêmes, d'être l'auteur de la maladie et de la grande extension qu'elle a prise.

Il faut naturellement qu'on soumette aussi ces malades à un *traitement;* le médecin ne peut pas toujours choisir les cas favorables; le malade incurable, et même le mourant, a droit à son secours, et là où il nous est impossible de guérir nous devons au moins nous efforcer d'apaiser, d'atténuer les souffrances. Les inflammations articulaires rhumatismales chroniques attestent par l'invasion simultanée de plusieurs articulations, qu'elles ne dépendent pas d'une cause locale bornant son influence à une seule articulation, mais que, au moins très-fréquemment, une cause générale préside au développement de la maladie; la diathèse rhumatismale, si obscure encore sous tant de rapports, cette prédisposition à l'inflammation des membranes séreuses et à un travail d'exsudation dans les articulations et dans les muscles est souvent accusée d'être la cause générique de la maladie; aussi mettons-nous en usage contre elle les remèdes antirhumatismaux. L'emploi prolongé de l'iodure de potassium, du colchique associé à l'aconit, des diaphorétiques et des diurétiques, trouve ici son application, quoique les succès obtenus par ces moyens soient très-peu nombreux; cependant nous ne connaissons rien de mieux ou du moins aucun autre remède susceptible de combattre directement le rhumatisme. La cause de ce dénûment thérapeutique tient en partie à l'absence totale d'une base anatomo-pathologique spéciale au processus rhumatismal. Indépendamment des moyens sus-nommés et de ceux qui trouvent leur justification dans l'individualité du malade et dans les indications spéciales, il y a lieu d'employer les bains chauds et avant tout les eaux thermales indifférentes, telles que Wilbad dans le Wurtemberg, Wilbad-Gastein, Baden près de Zurich, Baden-Baden, Tœplitz, Ragaz (canton de Saint-Gall); mais outre ces eaux thermales on peut encore employer les eaux salines, principalement les eaux un peu excitantes, en cas d'atrophie musculaire commençante. Le climat de ces localités doit surtout être pris en considération, parce que tous ces malades sont fortement impressionnés par une atmosphère froide et humide. Les eaux sulfureuses thermales ne doivent être employées qu'avec une extrême précaution et l'on aura soin d'y renoncer aussitôt qu'il y aura des exacerbations subaiguës. Si ces malades habitent une contrée où règnent des hivers froids et humides, on leur fera passer l'hiver en Italie, mais en ayant soin de les envoyer dans des endroits où il y a des habitations convenablement disposées en vue des froids éventuels; telles sont Nice, Naples, Palerme. — Les habitations humides sont surtout funestes. Les malades doivent s'habiller chaudement, porter constamment de la laine; les articulations malades seront toujours couvertes de flanelle. — On a beaucoup recommandé l'hydrothérapie, et ce moyen rend évidemment des services, si son emploi est dirigé par des médecins consciencieux et non exclusivement par des propriétaires d'établissements hydrothérapiques; l'avantage de ce traitement consiste encore à endurcir les patients et à les rendre moins impressionnables à toutes les influences extérieures, et principalement aux refroidissements; en outre, l'eau bue en abondance et les enveloppements après les bains produisent un effet diurétique aussi bien que diaphorétique; enfin, un dernier avantage qui s'attache à ce traitement, c'est que le patient s'y adonne avec conscience et persévérance, tandis qu'il est bien vite fatigué de prendre des remèdes internes; on sait que les personnes soumises à l'hydrothérapie se passionnent bientôt pour leur traitement et que ce sont des patients très-reconnaissants, même alors que le succès du traitement se réduit à zéro. Lorsque par conséquent la constitution générale du sujet n'est pas trop faible et qu'il n'a pas une trop grande répugnance pour ce traitement (chose qui arrive également), il est certainement utile d'y recourir, mais en ayant soin de le faire continuer pendant au moins une année si l'on veut obtenir un résultat. Dans quelques cas les bains de vapeur russes ont eu du succès. — Quant au traitement local, on a préconisé des frictions de diverse espèce, qui, à la vérité, sont principalement efficaces par l'irritation mécanique du frottement. Aussi peu importe que vous vous serviez de pommade iodée, d'axonge pure, de liniment volatil ou d'autres substances. Les révulsifs énergiques ne sont d'aucune utilité et même la teinture d'iode ne doit être employée que contre les exacerbations subaiguës, que l'on peut aussi combattre par les vésicatoires. Vous devez, en général, mettre beaucoup de prudence dans l'em-

ploi de tous les irritants énergiques. Les douches peuvent produire un effet excellent dans les cas très-chroniques et très-atoniques, même les douches d'eau chaude ou de vapeur. Les bains sulfureux locaux se sont montrés utiles dans quelques cas; cependant dans d'autres cas les douches en arrosoir les plus faibles, ayant une chute d'à peine un pied de hauteur, produisent déjà un effet trop excitant; il n'est pas toujours possible de prédire l'effet, aussi les malades doivent-ils essayer sous la direction d'un médecin; aussitôt que des douleurs se déclarent, il faut que les douches soient suspendues pour être reprises avec un redoublement de précautions et après un repos plus ou moins long : si les douleurs ne cessent pas de se reproduire, on fait bien de discontinuer définitivement le traitement par les douches.

On peut se demander si les membres doivent être maintenus dans un repos absolu ou s'il y a lieu de faire exécuter des mouvements. Un repos complet n'est pas à recommander, pour diverses raisons : d'une part, parce que les articulations sont exposées à devenir entièrement roides et souvent dans une position excessivement désavantageuse; de l'autre, parce qu'un repos absolu ne peut que favoriser l'atrophie musculaire. Des mouvements modérés, passifs et actifs, doivent être exécutés; cependant ils ne doivent jamais aller jusqu'à produire des douleurs ou de la fatigue; quant aux mouvements passifs, le malade peut les produire lui-même avec le secours des mains ou mieux encore à l'aide des machines fort ingénieusement conçues dans ce but par Bonnet. — Il nous reste enfin à ajouter quelques mots sur l'atrophie musculaire; nous pouvons chercher à fortifier les muscles par le frottement, par l'électricité, par des mouvements réglés, tant actifs que passifs, aussi la gymnastique médicale trouve-t-elle ici un champ d'application assez vaste. Mais tous ces traitements, si l'on veut qu'ils soient de quelque utilité, doivent être continués avec persévérance.

Vous reconnaissez, par ce résumé thérapeutique, que nous ne sommes pas pauvres en remèdes à employer utilement contre l'arthrite déformante. Mais tous les traitements que nous venons de nommer sont coûteux, souvent inabordables pour les pauvres gens; et comme cette maladie attaque principalement la classe pauvre, on se trouve dans les plus mauvaises conditions; car dans les masures des pauvres un air chaud et sec, une bonne nourriture, les moyens d'éviter les refroidissements, les bains, sont des *desiderata* ordinairement irréalisables; et quand ces conditions essentielles font défaut, prescrire des remèdes coûteux, c'est faire inutilement dépenser leur argent à ces malheureux. Mais je reviens à ce qui a été dit antérieurement : plus ces malades se hâteront de se soumettre à un traitement, plus ils seront jeunes, plus aussi vous pourrez obtenir de bons résultats; vous pouvez faire en sorte que la maladie reste stationnaire. Une fois qu'elle a pris un certain développement, que les articulations sont devenues difformes, que les muscles se sont atrophiés, il ne peut plus être question de guérir le mal. — Je considère le *malum coxæ senile* comme incurable dans la plupart des cas, cependant il est rationnel de le combattre également par les moyens signalés plus haut. — L'arthrite déformante monoarticulaire est incurable; si l'articulation atteinte cause par trop d'embarras, on peut la sacrifier, soit par la résection, soit par l'amputation

APPENDICE

DES CORPS MOBILES INTRA-ARTICULAIRES. *MURES ARTICULARES.*

Par corps mobiles intra-articulaires on entend des corps plus ou moins solides qui prennent naissance dans l'intérieur d'une articulation. Les corps étrangers venus du dehors, tels qu'aiguilles, balles, etc., ou des éclats osseux qui flottent librement dans l'articulation doivent être exclus de cette espèce morbide. — Il y a deux sortes de corps intra-articulaires : 1° de petits corps ovalaires, semblables à des pepins de melon ou de forme irrégulière, lesquels sont généralement produits en grande quantité à la fois et ne consistent qu'en fibrine, ainsi que cela a été prouvé par l'examen microscopique. Ces corps prennent naissance dans les articulations atteintes d'hydropisie chronique et ne sont autre chose que des précipités formés dans la synovie altérée qualitativement et quantitativement; ce sont les mêmes corpuscules que nous avons déjà appris à connaître dans l'hydropisie des gaînes tendineuses; ils peuvent aussi tirer leur origine de la fibrine d'anciens caillots sanguins. Ils n'exigent jamais par eux-mêmes une intervention active de la chirurgie, et ne constituent à vrai dire qu'un fait accessoire de l'hydropisie articulaire chronique; quelquefois on peut reconnaître leur existence sur le vivant par une sensation de frottement doux que donne l'exploration des articulations; cela ne modifie cependant en rien le traitement précédemment exposé de l'hydarthrose, et ces corpuscules n'ont de l'importance qu'en ce qu'ils empêchent l'articulation de revenir à son volume normal; 2° les corps intra-articulaires de la seconde espèce sont d'une dureté cartilagineuse, presque toujours à noyau osseux, quelquefois adhérents et d'autres fois libres dans la capsule; leur forme est très-variée, parfois bizarre et le nom de *souris articulaire* (*mus articularis*) peut bien provenir d'une ressemblance accidentelle avec une souris. Ces corps sont toujours plus ou moins arrondis, mais rarement tout à fait ronds ou ovales; on les trouve au contraire bosselés, mamelonnés, ayant beaucoup d'analogie avec les ostéophytes de l'arthrite déformante. — Sous le microscope, on les trouve composés d'une enveloppe mince de cartilage fibreux ou hyalin, qui s'ossifie à partir du centre, mais qui quelquefois n'est que crétacé; ces corps organisés en tissus ne peuvent donc pas être dus à un simple précipité formé aux dépens de la synovie, ils doivent, au contraire, même lorsqu'ils flottent librement dans l'articulation, avoir autrefois fait partie du tissu circonvoisin, avoir pris naissance dans ce tissu et s'être détachés plus tard. Et, en effet, c'est ainsi que les faits se passent : ces corps naissent le plus souvent dans les sommités des franges synoviales, ou bien ce sont des ostéophytes qui ont pénétré dans l'articulation, venant du dehors.