

sont très altérées, décollées par les clapiers tuberculeux, lorsque les lésions osseuses étant très étendues, la résection ne pourrait les faire disparaître sans entraîner de grands délabrements. L'état général de l'organisme devra tenir une grande place dans la décision du chirurgien. C'est ici que les idées de Verneuil, sur le retentissement général des opérations, trouvent toute leur force; amputer un individu trop grièvement atteint serait le précipiter vers le dénouement, mais dans un tel cas il faudra encore moins réséquer, car la résection est toujours assez longue à guérir définitivement et demande au sujet plus de résistance que l'amputation; de plus, l'amputation, mieux que la résection, soustrait le sujet aux causes de débilitation capables d'entraîner de nouvelles manifestations tuberculeuses.

Dans les grands hôpitaux surtout il faut, par des amputations, permettre aux malades de sortir au plus tôt d'un milieu où malgré les meilleurs pansements antiseptiques ils sont exposés à toutes les causes de tuberculisation (défaut d'air pur, voisinage des phtisiques bacillaires). Enfin, lorsque la résection primitivement faite aura été suivie d'une récurrence locale, il faudra amputer sans retard, à moins que les lésions viscérales ne soient très étendues et capables d'amener par elles-mêmes une mort assez prochaine. En terminant nous résumerons ainsi le traitement qui dans l'évolution de la tuberculose ostéo-articulaire convient à chaque période.

Première période. — Le repos absolu de l'articulation est l'indication par excellence; on l'obtiendra par une immobilisation parfaite à laquelle on ajoutera l'extension continue pour la hanche, l'épaule et le rachis. L'inflammation articulaire est ainsi réduite au minimum, et l'ulcération progressive des surfaces osseuses est enrayée.

Deuxième période. — Plus tard, quand se produisent l'envahissement fongueux de la synoviale, les abcès et les désordres articulaires, on doit avoir recours à la méthode sclérogène suivie ou non du curettage des abcès, de l'extraction des séquestres, de l'arthrectomie ou résection atypique et, s'il y a lieu, ces opérations conservatrices seront répétées; les foyers nouveaux seront poursuivis et détruits, les fistules devront être grattées et regrattées.

L'arthrectomie convient surtout au cas de pyarthrose tuberculeuse, la synovectomie aux faits beaucoup plus rares de synovite tuberculeuse sans lésion osseuse.

Les résections souvent contre-indiquées chez l'enfant ne seront jamais précoces, et pratiquées seulement lorsque les autres méthodes auront échoué et dans les cas de déformations articulaires.

L'amputation sera faite quand les lésions seront très étendues et la vie menacée à brève échéance (Lannelongue, *Tuberculose chirurgicale*, 1894, p. 91).

II

DES ARTHRITES SYPHILITIQUES

La question de savoir si la syphilis peut atteindre d'emblée les éléments constitutifs des articulations n'est plus discutée aujourd'hui; mais cette notion ne s'est pas introduite dans la pathologie sans quelques difficultés.

Richet, qui a écrit sur ce sujet un travail très remarquable, raconte que

Ricord, en 1855, n'admettait les lésions syphilitiques articulaires qu'en supposant une fusion, un mélange de la scrofule et de la syphilis. Cette dernière affection lui paraissait incapable de produire des arthrites de toutes pièces sans être aidée par la première diathèse. Aujourd'hui nous savons très bien que la syphilis est une maladie infectieuse qui, à toutes les périodes de son évolution, peut intéresser les articulations. Il n'est pas sans intérêt de passer en revue les diverses phases de cette question et de voir comment, avec les progrès de la pathologie générale, se sont dégagées les connaissances que nous possédons sur les arthrites syphilitiques.

Historique. — Les auteurs anciens qui ont écrit sur le mal vénérien ont signalé les douleurs des jointures, mais comme ils ne distinguaient pas la syphilis de la blennorrhagie, leur description ne peut avoir pour nous la moindre valeur. Hunter déclare d'ailleurs qu'il « n'avait jamais vu la syphilis constitutionnelle attaquer les articulations ». Babington⁽¹⁾, l'un de ses commentateurs, admet le premier que la syphilis constitutionnelle pouvait devenir articulaire à deux périodes différentes. « Il se présente des cas, dit-il, où l'inflammation de la synoviale des articulations coïncide avec des symptômes secondaires non douteux de la syphilis. Dans ces cas, l'inflammation de la synoviale est aiguë, accompagnée par de la douleur, de la tension et de la rougeur superficielle; la même affection s'observe fréquemment dans les cas de cachexie générale. »

Chomel, en 1857⁽²⁾, signale l'hyperostose des extrémités articulaires et l'hydarthrose consécutive. Il appelle pseudo-rhumatisants les syphilitiques ainsi atteints.

C'étaient là les seules notions acquises, lorsqu'en 1855 le professeur Richet écrivit son beau travail sur les tumeurs blanches.

Le premier, il affirma que la syphilis peut déterminer l'apparition de synovites et d'ostéites articulaires chez des sujets qui n'étaient en rien scrofuleux, contrairement à l'opinion de Ricord, qui à cette époque n'admettait rien de semblable. « Je n'ai jamais rencontré de cas, dit ce syphiliographe, dans lesquels le virus syphilitique ait déterminé d'une manière directe l'affection articulaire; mais si des individus scrofuleux viennent à contracter la syphilis, il peut résulter du mélange de ces deux diathèses un état mixte qui participe de l'une et de l'autre, mais qui n'est ni l'une ni l'autre exclusivement, et si une tumeur blanche vient à apparaître, elle présente des caractères mixtes de vérole et de scrofule contre lesquels réussissent à merveille les iodures de mercure. »

En somme, Ricord nie la tumeur blanche syphilitique. Richet, au contraire, admet et, par des observations, démontre l'existence de la synovite et de l'ostéite syphilitique épiphysaire retentissant sur l'articulation.

Malgré la valeur des faits avancés par Richet, tout le monde ne fut pas convaincu; Panas, notamment dans l'article ARTICULATION du *Dictionnaire de Jaccoud*, s'éleva contre cette interprétation.

Après avoir rappelé que Rust, Galbiati et Crocq ont fait connaître plusieurs exemples de tumeurs blanches syphilitiques, Panas passe attentivement en revue les faits avancés par Richet. Au sujet de ses trois cas de synovites syphilitiques, il met en doute l'existence de la syphilis, et rapporte la guérison obtenue, non point seulement au traitement ioduré, mais aux vésicatoires, à la compression méthodique, aux bains sulfureux, aux douches. Les trois autres faits d'ostéo-

(1) HUNTER, *Traité de la syphilis*. Trad. par Richelot, p. 565.

(2) CHOMEL, *Leçons de clinique médicale*, 1857.

synovite ne lui paraissent pas plus démonstratifs; dans les deux premiers, il estime qu'il s'agissait simplement d'une ostéite compliquée d'hydarthrose. Le troisième seul est un fait de tumeur blanche, mais l'auteur auquel Richet a emprunté son observation dit explicitement qu'il s'agissait d'un scrofuleux ayant contracté la syphilis. Panas admet, en somme, l'opinion de Ricord signalée plus haut.

Il affirme d'ailleurs de nouveau cette opinion en 1879, à la Société clinique, à propos d'une observation de Cottin; pas plus qu'en 1865, époque à laquelle il écrivit son article, il n'admet la tumeur blanche syphilitique.

Les deux variétés décrites par Richet furent cependant acceptées par Lancereaux qui, en 1875, publia la première autopsie d'arthropathie syphilitique, et montra qu'au-dessous de la synoviale pouvaient se faire des dépôts graisseux, des infiltrations gommeuses. En même temps qu'il montrait l'existence de ces lésions syphilitiques tertiaires, Lancereaux donnait une bonne étude des manifestations articulaires de la période secondaire.

Bouilly⁽¹⁾, comme Panas, nia la tumeur blanche syphilitique, et n'accepta ni les faits publiés par Richet, ni ceux que rapportaient dans leurs thèses inaugurales Dauzat et Voisin.

Toutefois Bouilly, avec Lancereaux, admet l'infiltration gommeuse péri-synoviale, produisant une hydarthrose par irritation de voisinage. Cette irritation de la synoviale peut résulter aussi bien des dépôts gommeux juxta-synoviaux, des lésions syphilitiques du périoste et de l'extrémité articulaire; mais, dit Bouilly, il n'y a pas, à proprement parler, d'arthrite; il s'agit d'une simple irritation de voisinage.

Méricamp, dans son excellente thèse, en 1882, défend les mêmes idées. « Fort, dit-il, des observations recueillies par Fournier sous le titre de *pseudo-tumeurs blanches syphilitiques*, fort de l'autopsie que j'ai eu l'occasion de faire, je nie l'arthrite syphilitique tertiaire primitive et la tumeur blanche syphilitique. »

Aucune des observations de Crocq, de Richet, de Cornil, Dauzat, Voisin et Chardin, aucune de ces observations n'est concluante, et l'arthrite syphilitique n'existe pas, mais Méricamp, esprit avisé, ne nie que l'arthrite syphilitique tertiaire primitive, venue d'emblée; il ne nie pas l'arthrite consécutive, celle qui peut se développer par simple voisinage ou par l'ouverture dans l'article d'une gomme juxta-articulaire ou épiphysaire. L'aveu est bon à retenir, et nous pouvons déjà remarquer qu'en somme cette inflammation articulaire consécutive est comparable, toute proportion gardée dans les symptômes, à celle qui résulte de l'ouverture dans l'articulation d'un abcès tuberculeux.

Après le travail de Méricamp, nous devons signaler sur les lésions tertiaires des articulations, les études de Max Schuller, de Volkmann, de Gangolphe (*Annales de dermatologie et de syphiligraphie*, 1885, p. 449), etc.

Pendant que les arthropathies tertiaires étaient ainsi étudiées, les lésions secondaires de la syphilis étaient l'objet de travaux intéressants parmi lesquels il convient de signaler ceux de Fournier et de son élève Vaffier sur le pseudo-rumatisme, celui de Schuller qui a créé le mot bien inutile d'*arthroméningitis*, la thèse de Plateau, les observations de Taylor, de Verneuil et de Cheminade.

Le lecteur désireux de poursuivre cet historique trouvera d'ailleurs tous les renseignements nécessaires dans les travaux suivants :

BOUILLY, Thèse d'agrégation, 1878.

RICORD, Traité des maladies vénériennes, 1858. — RICHEL, Mémoire sur les tumeurs blanches. *Mémoires de l'Acad. de méd.*, 1855. — LANCEREAUX, Traité de la syphilis, et *Mémoire de la Soc. de chir.*, 1865. — TAYLOR, *American Journal of dermat. and syphilis*, 1871. — FOURNIER, Leçons sur la syphilis. 1875. — VERNEUIL, *Gaz. hebd. de méd. et de chir.*, 1875. — VAFFIER, DAUZAT, VOISIN, Thèses de Paris, 1875. — CORNIL, Leçons sur la syphilis, 1879. — PLATEAU, Thèse de Paris, 1877. — PANAS, COTTIN, GAUCHER, Société clinique, 1879. — MÉRICAMP, Thèse de Paris, 1882. — DEFONTAINE, Thèse de Paris, 1885. — M. SCHULLER, Des arthropathies syphilitiques. *Arch. de Langenbeck*, 1882. — TOUSSAINT, Des arthrophytes et de leurs rapports avec les diathèses rhumatismales, scrofuleuses et syphilitiques. Thèse de Paris, 1881. — GIES, Arthropathies syphilitiques. *Deutsche Zeit. für Chir.*, t. XV, p. 589, 1881. — MANNINO, *France médicale*, 1888. — DANJOU, Thèse de Paris, 1887. — LANNELONGUE, Des arthrites syphilitiques. *Tribune méd.*, 18 sept. 1887. — KIRMISSON, Des arthrites syphilitiques. *Bulletin méd.*, 29 mai 1889, et Leçons sur les maladies de l'appareil locomoteur. — CHEMINADE, De l'arthrite syphilitique. *Bull. de la Soc. de méd. de Bordeaux*, 1889, p. 567.

De ces notions historiques nous pouvons déjà tirer une conclusion au sujet du nom et de la place que nous devons donner aux lésions articulaires de la syphilis dans le cadre nosologique.

Tout d'abord il n'est douteux pour personne qu'il existe réellement de véritables arthrites syphilitiques à la période secondaire. Nous connaissons aujourd'hui la nature parasitaire de la syphilis qui est, au propre, dans toutes les phases de son évolution, une maladie infectieuse. On a décrit dans ces derniers temps des pleurésies syphilitiques, des endocardites et des péricardites syphilitiques (Ferron et Duponchel)⁽¹⁾, et la synovite syphilitique n'en est plus à attendre sa démonstration.

Mais convient-il d'appliquer le mot « arthrite » aux lésions tertiaires de la syphilis des articulations? En vérité, nous ne voyons pas les inconvénients de cette terminologie; sans doute Méricamp a montré, une fois de plus, que la synoviale était prise secondairement, que la lésion intra-articulaire était consécutive aux lésions du voisinage, mais les choses ne se passent pas autrement dans beaucoup d'arthrites tuberculeuses; les lésions de la synoviale se produisent quand l'abcès, en s'ouvrant dans l'article, vient l'infecter et déterminer une réaction spécifique.

L'irritation de la synoviale ne présente, dit Méricamp, aucun caractère spécial. Le fait n'est pas prouvé, bien au contraire, puisque le traitement spécifique peut guérir l'affection; et pourquoi, d'autre part, ne pas reconnaître que cette inflammation de voisinage consécutive à une gomme péri-synoviale est une arthrite d'origine, de cause syphilitique?

Nous sommes mieux d'accord avec les auteurs précédents, Fournier, Dureuil⁽²⁾, Méricamp, lorsqu'ils n'acceptent pas le mot tumeur blanche au sujet des lésions qui nous occupent. Non, il n'y a pas de tumeurs blanches à proprement parler, et la critique qui a été faite des trois cas de Richet par Panas et Bouilly nous paraît cent fois juste; il n'y a pas tumeur blanche, puisqu'il n'y a pas de fongosités; mais le mot « tumeur blanche » a maintenant fait son temps; l'idée incertaine qu'il exprime ne répond pas à la précision moderne de la pathologie; nous ne nous en sommes servi, en ce qui concerne l'arthrite tuberculeuse, que pour sacrifier à l'usage, et nous reconnaissons que dans le chapitre des lésions syphilitiques articulaires, il serait déplacé. Nous lui préférons le qualificatif *arthropathies*, qui nous paraît applicable aux accidents tertiaires, en résér-

⁽¹⁾ DUPONCHEL, Société méd. des hôpitaux, 1890.

⁽²⁾ DUREUIL, Contribution à l'étude des pseudo-tumeurs blanches syphilitiques. Thèse de Paris, 1881.

vant surtout le mot *arthrites* aux lésions secondaires de la syphilis. Ce mot « arthropathie », en ce qui concerne les accidents tertiaires, ne préjuge rien et répond également aux trois types dont parle Méricamp, savoir, aux cas dans lesquels prédomine l'épanchement articulaire, à ceux qui sont surtout caractérisés par une ostéite épiphysaire, et enfin à la troisième forme qui rappelle l'arthrite sèche.

Il y a d'ailleurs quelque artifice à diviser les arthrites syphilitiques en lésions de la période secondaire et de la période tertiaire. Car on ne trouve pas à ce sujet de ligne de démarcation tranchée.

Il est évident que l'hydarthrose syphilitique simple, comme la plaque muqueuse, est plus fréquente pendant le temps que l'on désigne sous le nom de période secondaire, mais la plaque muqueuse et l'hydarthrose peuvent venir plus tard, sans mériter une autre description.

Au lieu de diviser les accidents articulaires de la syphilis en secondaires et tertiaires, nous croirons, avec Defontaine, rester plus conforme à la réalité en les classant suivant l'époque à laquelle ils se produisent, en allant des plus précoces vers les plus tardifs; aussi nous étudierons successivement les arthralgies, les arthrites subaiguës, les hydarthroses, les infiltrations gommeuses péri-synoviales et les diverses variétés de gommes, de périostites juxta-articulaires et d'ostéites épiphysaires syphilitiques (ostéo-arthropathies).

ARTHRALGIES

Elles se montrent d'habitude dans les premiers mois de l'affection. Elles se traduisent par une sensibilité plus ou moins grande des articulations, sans gonflement, sans rougeur, sans hydarthrose. Elles consistent tout entières dans les phénomènes subjectifs d'une douleur qui, comme toutes celles se produisant dans la syphilis, est plus vive la nuit. Fournier a remarqué que la douleur de l'arthralgie s'accroissait par le repos et se dissipait par l'exercice. C'est le matin au réveil que la jointure est le plus malade.

Il ne faudrait pas croire cependant que les mouvements prolongés, la fatigue du membre, n'aggravent jamais les phénomènes douloureux. Souvent il résulte d'une longue marche une sensibilité exagérée dans toute la région, dans les muscles, dans les gaines tendineuses.

Les articulations des épaules, des genoux, des poignets et du cou-de-pied, sont les plus fréquemment atteintes (Fournier).

Outre la notion précieuse des antécédents et les signes subjectifs, deux moyens permettent de reconnaître l'arthralgie, c'est la pression méthodique de l'article et les mouvements provoqués. La pression réveille la douleur perçue spontanément par le malade.

Ces arthralgies sont analogues aux ostéalgies, aux pleurodynies de la syphilis secondaire; mais comme ces derniers accidents, il est probable que les arthralgies ne se produisent pas sans lésion spéciale.

Les ostéalgies ont pour cause de véritables ostéites étudiées par Cornil⁽¹⁾ et Ranvier sur des syphilitiques morts accidentellement du choléra. Ces auteurs ont constaté l'état foetal et gélatiniforme de la moelle enflammée. Il en est de même pour les arthralgies qui sont vraisemblablement des ostéites épiphysaires au début.

(1) CORNIL, *Leçons sur la syphilis*, 1879.

Quoi qu'il en soit, le traitement spécifique réussit à merveille à les dissiper. Non traitées, méconnues dans leurs causes, ces affections persistent pendant plusieurs semaines, mais elles s'évanouissent très vite sous l'influence d'une médication rationnelle.

ARTHRITES SUBAIGUËS

L'articulation se fluxionne plutôt qu'elle ne se tuméfie (Fournier). Une légère rougeur avec chaleur de la peau apparaît, le tissu cellulaire péri-articulaire s'em pâte, une douleur vive s'accuse la nuit; mais elle n'est jamais aussi vive que dans l'arthrite aiguë. « Les téguments ne présentent jamais cette tuméfaction rosée qu'il est fréquent d'observer dans le rhumatisme » (Fournier). Mais on peut voir, comme dans le rhumatisme, éclater un certain nombre d'accidents. Plusieurs articulations peuvent être prises en même temps que plusieurs bourses séreuses, sous-cutanées et tendineuses. C'est là ce que Fournier a appelé du pseudo-rhumatisme, du rhumatisme syphilitique (Vaffier).

Quelquefois d'ailleurs l'arthrite subaiguë peut s'aggraver et présenter les signes du rhumatisme articulaire aigu; mais le fait est exceptionnel, et lorsque le traitement spécifique est régulièrement institué, les accidents disparaissent et ne laissent après eux aucune lésion.

Il est en somme difficile de distinguer au premier examen cette arthrite syphilitique secondaire et le rhumatisme vrai. Fournier base son diagnostic sur des différences, sur l'intensité des manifestations, la coexistence de la syphilis et la persistance des accidents si un traitement convenable n'est pas institué.

Le rhumatisme blennorragique prête moins à la confusion, car même lorsqu'il est polyarticulaire, il se localise de préférence dans une articulation pour y amener des désordres graves. Mais lorsqu'il existe chez le malade à la fois un chancre ou des plaques muqueuses et une blennorragie, le diagnostic devient très difficile et on n'arrive à une certitude que lorsqu'on a fait l'épreuve du traitement.

HYDARTHROSE SYPHILITIQUE

L'épanchement articulaire d'origine syphilitique ne diffère en rien par les symptômes de l'hydarthrose banale; il survient en pleine période secondaire ou un peu plus tard, quelquefois deux ou trois ans après l'accident initial.

Voisin estime qu'on pourrait considérer cette manifestation comme un accident de transition au même degré que l'iritis; le fait est vrai dans bon nombre de cas, mais il n'est pas possible de poser à ce sujet une règle générale, d'autant plus que dans les arthropathies tertiaires on peut aussi voir survenir de l'hydarthrose.

L'articulation du genou est le siège à peu près exclusif de cette affection, elle s'y développe lentement, sourdement, disparaît assez vite sous l'influence du traitement et reparait de façon à produire une hydarthrose intermittente. « Les retours de l'affection sont encore plus fréquents et plus persistants lorsque l'hydarthrose a diminué ou disparu spontanément, sa nature ayant été méconnue; on peut alors assister à la production d'alternatives d'augmentation ou de diminution de l'épanchement, d'où il peut résulter un épaississement de plus en plus marqué de la synoviale (Defontaine). »