

Non seulement cette hydarthrose est un accident de transition, mais encore il survient souvent à la période tertiaire, à l'époque où le malade a perdu quelquefois le souvenir de sa syphilis, si bien que le diagnostic échappe par l'oubli de la notion causale.

On a soutenu que toujours, dans la période tertiaire, l'hydarthrose était un épiphénomène, un accident dû à des lésions articulaires spécifiques. Le fait est vrai dans la plupart des cas, quoi qu'en ait dit Plateau, qui donne à l'épanchement articulaire une importance vraiment trop grande, mais l'hydarthrose syphilitique simple, coïncidant avec des accidents tertiaires, existe réellement.

Reclus<sup>(1)</sup> en a observé un cas, et le fait suivant de Taylor en est un exemple irrécusable. Il s'agissait d'une jeune femme de vingt-deux ans, sans diathèse rhumatismale, sans blennorrhagie. Taylor constata un épanchement considérable dans l'articulation avec impossibilité absolue de la flexion. Il n'y avait pas le moindre épaissement de la synoviale, aucune trace d'infiltration gommeuse périphérique.

Taylor fit prendre chaque jour à sa malade 16 milligrammes de sublimé et 5 grammes d'iodure de potassium; pendant toute la durée du traitement, qui fut de trois mois, la malade se servit librement de son genou et la guérison survint définitive.

Cette observation, malgré la présence de douleurs ostéocopes de l'épiphyse et la longue durée du traitement spécifique, nous paraît être un cas évident de simple hydarthrose due à l'infection syphilitique; à ceux qui considéreraient la démonstration comme insuffisante, nous signalerons les deux faits typiques de Verneuil (*Gaz. hebdomadaire*, 1875).

Dans le premier cas, l'hydarthrose s'était montrée chez un individu présentant des indices certains de syphilides ulcéreuses guéries et une légère périostose douloureuse sur le tibia. La guérison eut lieu en vingt jours par le traitement syphilitique seul. Il s'agissait d'une hydarthrose contemporaine des accidents tertiaires.

Dans la deuxième observation, Verneuil, après avoir noté que la synoviale n'est ni épaissie, ni fongueuse, signale la coexistence d'un épanchement articulaire et d'une gomme du genou, et il ajoute que la gomme ne s'est montrée que tardivement, quinze mois après le début du gonflement articulaire, lequel d'ailleurs a envahi tout d'abord le côté opposé de la jointure. La gomme n'est donc pas la cause de l'hydarthrose; bien au contraire, ajoute Verneuil, il serait peut-être permis d'attribuer à l'hydarthrose la détermination locale de l'éruption gommeuse.

Plateau rapporte une observation de Fournier dans laquelle une femme, syphilitique depuis quatre ans, portant depuis deux ans une hydarthrose volumineuse et indolente, guérit complètement au bout de quatre semaines de traitement par l'iodure de potassium.

Gouget<sup>(2)</sup> a observé dans ces derniers temps quatre nouveaux cas d'hydarthrose syphilitique secondaire dans le service de Fournier. Il conclut de ses observations que cette affection est souvent bilatérale, que son siège habituel est l'articulation du genou et qu'elle est plus fréquente dans le sexe féminin.

D'après Gouget, l'hydarthrose débute presque insidieusement, à peu près sans

(1) RECLUS, Thèse Defontaine, 1885, p. 22.

(2) GOUGET, *Quelques observations d'arthrite syphilitique secondaire. Annales de dermatologie*, mars 1889.

douleur, sans réaction inflammatoire; la marche reste possible, quelquefois même facile, si bien que les malades ignorent complètement cette manifestation articulaire, découverte seulement par le médecin. Dans les cas de Gouget, la durée du mal a été longue, il s'est produit dans la jointure des craquements, des frottements indiquant le passage du mal à la forme chronique.

La syphilis héréditaire amène des accidents analogues. Il peut se produire, pendant la période infectieuse de l'affection, des synovites qui aboutissent à l'altération, au ramollissement du cartilage. Parrot a même constaté des cas aigus dans lesquels les muscles, la peau, le tissu cellulaire, présentaient des foyers en communication directe avec le pus intra-articulaire. Gies a également décrit des arthrites aiguës répondant à la deuxième période de la syphilis.

Sans doute, dans tous ces cas, on pourrait supposer que les extrémités osseuses sont malades et que l'hydarthrose n'est que la conséquence de cette altération; mais cette supposition serait tout à fait gratuite, puisque souvent on ne constate objectivement rien qui permette de songer à une pareille lésion.

Pourquoi d'ailleurs refuser à la syphilis, qui touche à tous les tissus, le pouvoir d'altérer la synoviale? Il est plus logique d'accepter des faits authentiques que de se retrancher derrière des hypothèses.

La vérité est qu'il ne faut pas admettre une hydarthrose syphilitique secondaire et une hydarthrose tertiaire. Defontaine a judicieusement fait remarquer que cet accident apparaît avec ses caractères ordinaires, tantôt et le plus souvent dans la deuxième période, tantôt et exceptionnellement à une époque quelconque de l'intoxication syphilitique, notamment pendant les accidents tertiaires.

#### OSTÉO-ARTHROPATHIES SYPHILITIQUES

Nous arrivons maintenant aux accidents propres à la période tertiaire, savoir : les infiltrations gommeuses péri-synoviales et les diverses formes d'ostéo-arthropathies.

1° INFILTRATION GOMMEUSE SYNOVIALE. — *Premier type de Méricamp.* — Cette forme de syphilis articulaire est essentiellement caractérisée par la production lente de dépôts gommeux et l'épanchement dans la synoviale irritée par leur voisinage.

L'épanchement est l'accident qui frappe le plus les malades; il atteint quelquefois d'énormes proportions qui peuvent diminuer et se produire avec un caractère d'intermittence qui n'est pas sans valeur diagnostique (Richet).

L'épaississement péri-synovial est quelquefois uniforme (Plateau), mais habituellement la synoviale conserve sa souplesse dans la plus grande partie de son étendue; les indurations gommeuses, mobiles et indolentes à la pression, n'y existent que par places. Tantôt ce sont des noyaux durs, élastiques, chondroïdes, tantôt des corps mous, ayant la forme d'ovoïdes aplatis. Le siège de prédilection est le cul-de-sac supérieur de la synoviale du genou. Ces noyaux ou ces corps sont quelquefois si rapprochés de la séreuse qu'ils peuvent s'en coiffer comme pour se pédiculiser et tomber dans l'article. Toussaint<sup>(1)</sup> rapporte même un cas de ce genre dans lequel plusieurs chirurgiens avaient cru à l'existence d'un corps mobile articulaire.

Cette infiltration péri-synoviale, aussi étendue qu'elle soit, n'entraîne aucune

(1) TOUSSAINT, Thèse de Paris, 1881, n° 129.



réaction; les malades ne sont pas même entravés dans leur marche. La palpation, la pression, ne déterminent aucune souffrance; s'il survient des douleurs spontanées, elles sont nocturnes et généralement assez peu accusées.

Ces lésions du tissu cellulaire péri-synovial sont plus graves par leur retentissement articulaire que par leurs propres signes. Quand la synoviale est depuis longtemps le siège d'un épanchement abondant, les ligaments sont distendus, les muscles atrophiés, les cartilages altérés. Les fonctions du membre s'exercent et s'exerceront toujours dans de mauvaises conditions, car le traitement spécifique, aussi complet que soit son résultat, ne peut remédier à la laxité des ligaments et à la dégénérescence des muscles.

Les gommes péri-synoviales peuvent entraîner des désordres encore plus graves lorsqu'elles suppurent et s'ouvrent dans l'articulation.

Ollier a pu ainsi attribuer à la syphilis une arthrite suppurée du coude, et Coulson (\*) a vu une gomme suppurée de la partie inférieure de la cuisse, s'ouvrir dans l'articulation du genou. Il en résulta une arthrite suppurée et la malade succomba à l'amputation du membre.

Les choses vont très rarement aussi loin, si bien que l'anatomie pathologique de la lésion qui nous occupe n'a pu être faite encore d'une façon satisfaisante. La seule autopsie connue est celle de Lancereaux; son importance est telle qu'il nous paraît indispensable de la résumer ici. Il s'agissait d'une femme pâle, maigre, cachectique, présentant dans la région sous-claviculaire gauche des ulcérations à bords réguliers, non taillés à pic, à fond blafard. L'extrémité interne de la clavicule gauche était volumineuse, le sternum tuméfié, les ganglions cervicaux engorgés.

La malade, sans être tuberculeuse, était atteinte d'une bronchite intense, généralisée, avec emphysème. Peu à peu la dyspnée devint très accusée, une péritonite subaiguë se développa et la mort survint; à l'autopsie, Lancereaux trouva de nombreuses dégénérescences ganglionnaires, un foie syphilitique, le larynx et les bronches ulcérées.

Les deux articulations fémoro-tibiales étaient volumineuses et renfermaient chacune plus d'un verre d'une sérosité louche. Les synoviales, épaissies et injectées, étaient couvertes de dépôts pseudo-membraneux. La surface articulaire d'un condyle externe gauche était, dans un point, érodé, les cartilages des rotules étaient ulcérés, mais ces altérations n'étaient que secondaires et la lésion principale portait sur les tissus fibreux de l'articulation. A droite, une partie du tendon rotulien, le peloton graisseux situé en arrière de la bourse synoviale et tous les tissus fibreux qui s'insèrent au pourtour du tibia, étaient transformés en une masse uniforme, jaune grisâtre, élastique. Cette masse, par son aspect, sa consistance et sa structure, se rapprochait des produits morbides trouvés dans le foie; les ligaments semi-lunaires et croisés sont sains. Le genou gauche présentait des lésions semblables. L'examen anatomique des masses gommeuses articulaires démontra leur identité avec les lésions syphilitiques du foie et des ganglions (Lancereaux, *Traité de la syphilis*, 2<sup>e</sup> édit., 1875).

Cette infiltration péri-synoviale et ces dépôts intra-articulaires forment avec les périostites le premier type décrit par Méricamp. Le second est caractérisé par des lésions localisées dans les extrémités osseuses. Le troisième est une variété d'arthrite sèche déformante.

(\*) COULSON, *The Lancet*, mars 1858.

Le premier groupe de Méricamp a donc pour type le cas de Lancereaux, dont nous venons de parler; après l'avoir, comme nous, soigneusement cité, Méricamp s'attache à montrer que si la synoviale est épaissie, injectée, tapissée de plusieurs dépôts pseudo-membraneux, que si les cartilages sont érodés, il ne s'agit là que d'altérations secondaires.

Sur ce point nous sommes bien d'accord, mais il n'en est pas moins vrai qu'il y a inflammation de la synoviale et que cette inflammation, avec ses conséquences, disparaît sous l'influence du traitement spécifique. Cela suffit pour que cliniquement nous n'hésitions pas à faire de ces lésions de véritables arthrites syphilitiques. Dans les cas de ce genre, après avoir bien montré la nature, le lieu originel des désordres et l'extrême modération de la réaction inflammatoire, il n'y a vraiment que des avantages à appeler les choses par leur nom et à reconnaître qu'un malade syphilitique, dont le genou gonflé est le siège de craquements articulaires et qui guérit sous l'influence du traitement spécifique, présente une inflammation syphilitique de son articulation.

Des travaux récents tendent d'ailleurs à démontrer que la pseudo-tumeur blanche syphilitique n'est pas aussi complètement que Fournier le dit dépourvue d'accidents inflammatoires. Mannino (*France médicale*, 1888) a rapporté une observation dans laquelle l'arthrite et la péri-arthrite syphilitiques étaient manifestes. Il y eut rougeur, douleur, tuméfaction et ulcération spontanée de la peau.

A l'observation de Lancereaux, Méricamp en ajoute une de Le Dentu, dans laquelle il s'agissait d'une plaque dure, élastique, de 4 centimètres d'étendue, placée au niveau du cul-de-sac supérieur et interne de la séreuse. Immédiatement au-dessus de la rotule se trouvait une plaque semblable. En deux mois l'iode de potassium fit disparaître ces plaques indurées et l'épanchement articulaire.

Dans tous ces faits il s'agit d'une infiltration péri-synoviale se présentant avec les caractères signalés plus haut; dans d'autres cas, qui répondent aussi au premier type de Méricamp, il s'agit d'une périostite circonscrite de l'extrémité inférieure du fémur. L'observation de Kirmisson (\*) est un type du genre. La palpation du genou faisait reconnaître la présence d'une certaine quantité de liquide et la main exploratrice percevait une sensation de mollesse qui permettait de faire croire à la présence de fongosités. De plus, la pression décelait un point très douloureux sur l'extrémité inférieure du fémur, au côté externe, au niveau du point de réflexion supérieur de la synoviale.

Plus tard, avec la diminution de la tuméfaction du genou, Kirmisson remarqua, en ce point si nettement douloureux au moment de l'entrée de la malade à l'hôpital, une petite tumeur circonscrite, immobile, dure, très douloureuse à la pression, manifestement due à la périostite circonscrite.

N'y a-t-il pas dans ce fait une analogie frappante avec ce qui se passe dans les arthrites tuberculeuses qui débutent par des lésions périostiques ou osseuses? Bouilly, dans deux cas d'hyarthrose syphilitique du coude, trouva des points douloureux tenant à la même cause.

*Deuxième type.* — Dans ce deuxième groupe rentrent les pseudo-tumeurs blanches syphilitiques de Fournier. Les extrémités osseuses et les cartilages d'encroûtement sont seuls malades au début, mais ces lésions suffisent bien à

(\*) KIRMISSON, Thèse Méricamp. Paris, 1882, p. 57.



montrer que le mal intéresse l'articulation dès les premiers jours, puisque la paroi cartilagineuse de la cavité est malade.

Toutefois il faut reconnaître que la syphilis se cantonne dans les extrémités osseuses. Dans trois autopsies très intéressantes qui mériteraient d'être reproduites *in extenso*, Méricamp montre l'intégrité de la synoviale et des ménisques en même temps que celle de tous les tissus péri-articulaires, muscles et téguments.

Cependant, quelle que soit l'exactitude de ces détails anatomiques, il faut reconnaître que la synoviale a été influencée au moins consécutivement, puisqu'il y a eu un épanchement abondant. Il est à la fois exact et conforme au bon langage scientifique d'exprimer par le mot synovite l'*irritation sécrétoire* signalée dans toutes les observations.

Le processus morbide ne se cantonne pas dans l'extrémité articulaire. Dans les faits cités par Méricamp, le fémur et l'humérus étaient intéressés dans une assez grande étendue et la clavicule en totalité, de telle sorte qu'on doit se demander si c'est bien par l'extrémité spongieuse que l'affection a commencé.

Il paraît probable que la lésion épiphysaire est consécutive à une lésion diaphysaire. Lannelongue (Société de chirurgie, 1881) a établi que le siège des hyperostoses syphilitiques était la région de la diaphyse voisine de l'épiphyse, le bulbe osseux, car c'est en cet endroit que l'irritation physiologique de l'os est toujours la plus marquée. A la première période, ou pour mieux dire avant l'arthropathie, il se produit dans la diaphyse ce que Cornil a décrit sous le nom de gommages diffusés des os.

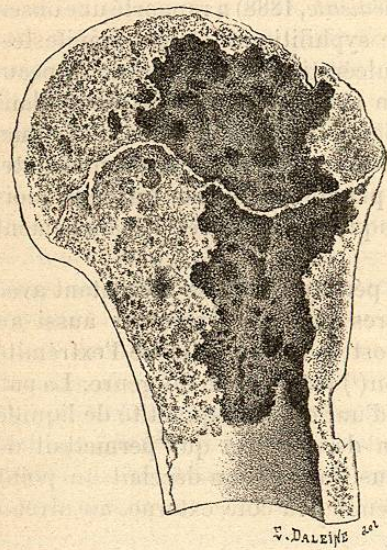


FIG. 141. — Syphilome diaphyso-épiphysaire aigu, presque complètement latent. (D'après Gangolphe.)

Autour de la gomme se fait une ostéite raréfiante (voy. fig. 141) sur une étendue plus ou moins grande, qui se propage au périoste et gagne le tissu spongieux. Cette dernière lésion occasionne les altérations du cartilage d'encroûtement dont la nutrition est compromise par l'ostéite sous-jacente.

Mais il n'est pas nécessaire que la diaphyse soit malade pour que la syphilis intéresse l'épiphyse. Il existe certainement des gommages épiphysaires ou juxta-épiphysaires. Gaucher n'en a pas rapporté moins de 6 cas à la Société clinique (1879) et Coul-

son a constaté l'ouverture dans la cavité articulaire d'une lésion de ce genre.

Dans ces cas, la synoviale est toujours plus ou moins enflammée et l'on se trouve en face de la tumeur blanche syphilitique de Richet, pseudo-tumeur blanche de Fournier.

Ces pseudo-tumeurs blanches se présentent avec des signes fonctionnels beaucoup moins graves qu'on ne pourrait le supposer. Les mouvements sont en grande partie conservés, ce n'est guère que le volume de l'articulation qui cause de la gêne au malade; quand le genou est atteint, les malades boitent légèrement, mais ils peuvent continuer à vaquer à leurs occupations; souvent même ils font de longues marches.

Ceci montre évidemment qu'il y a peu d'arthrite, mais ne montre point qu'il n'y a pas d'arthrite du tout. L'élément inflammatoire, très atténué d'ailleurs, est consécutif à la lésion osseuse, mais encore une fois il existe et tient à la présence dans le voisinage, de l'élément infectieux de la syphilis.

Cependant la douleur est à peu près nulle à la percussion, à la palpation, à la pression; les seules douleurs articulaires spontanées sont des douleurs ostéocopes qui siègent dans l'os malade et non dans l'article, et la preuve en est dans ce fait que les phénomènes douloureux existent à une époque où il n'y a pas le moindre épanchement dans l'articulation.

Comme pour la simple hydarthrose secondaire ou tertiaire, le siège d'élection du mal est le genou, mais d'autres grandes articulations, le coude surtout, peuvent être prises et il n'est pas rare de trouver chez le malade plusieurs lésions du même ordre.

Comme pour les phénomènes tertiaires de la syphilis, l'état local de l'arthropathie ne retentit pas sur l'état général, à moins que la diathèse syphilitique n'entraîne d'autres accidents qui lui sont directement imputables. Toujours comme dans l'hydarthrose, la guérison, sous l'influence d'un traitement approprié, a lieu dans de bonnes conditions; l'ankylose ne se produira qu'avec les progrès croissants de la maladie dont le caractère aura été méconnu, et encore a-t-on cité des cas dans lesquels la pseudo-tumeur blanche syphilitique s'était terminée spontanément par résolution.

*Troisième type.* — La troisième variété d'arthropathie décrite par Méricamp lui a appartenu presque tout entière jusque dans ces derniers temps. Aux deux observations qu'il rapporte et dont l'une appartient à Duménil, Danjou, qui a eu la bonne fortune d'étudier sous la direction de Lannelongue, est venu, en 1887, en ajouter cinq autres.

L'ostéo-arthropathie dépend, dans cette forme, de la syphilis héréditaire. Schuller, après avoir signalé, dans cette variété de syphilis, des arthrites subaiguës séreuses; avec faible exsudat, des infiltrations gommeuses péri-synoviales, des arthrites provenant d'une périostite, ostéite, ou ostéo-myélite voisine, décrit les lésions épiphysaires de la syphilis tertiaire qui retentissent sur l'articulation.

Il est probable que ces lésions sont beaucoup plus communes qu'on ne l'a écrit, et que la grande majorité d'entre elles nous échappent parce que l'action de la syphilis remonte à une période trop avancée pour que l'attention soit suffisamment attirée par son influence.

Cette arthropathie syphilitique a pour caractère essentiel d'être déformante, elle rappelle un peu l'arthrite nerveuse, un peu l'arthrite sèche.

Chez le malade de Duménil, le coude droit seul était intéressé. La mère, atteinte d'accidents tertiaires, s'aperçut, quelques jours après la naissance, de la déformation du coude qui, à dix-sept ans, méritait la description suivante:

« Le coude offre à son côté externe et postérieur une saillie osseuse fortement accusée, située entre l'olécrâne et l'épicondyle, plus rapprochée de ce dernier et atteignant par sa partie la plus élevée le sommet de l'olécrâne. La peau qui recouvre immédiatement cette saillie est rouge. Le sommet de la saillie osseuse est légèrement aplati. Cette saillie suit le mouvement qu'on imprime au radius et se continue évidemment avec cet os, mais elle est déjetée en arrière de l'axe du radius et forme avec lui-même une courbure à concavité postérieure, etc. »



Middeldorpf (1) a également signalé, dans un travail assez récent, que dans les formes osseuses d'arthrite du coude dues à la syphilis congénitale, la tête du radius est très fréquemment prise (voy. fig. 142), tandis qu'elle est habituellement saine dans les arthrites tuberculeuses.

Chez le malade de Méricamp, l'affection a débuté à l'âge de cinq ans et a été polyarticulaire (les deux coudes et l'épaule droite). Le coude droit était si déformé qu'on pouvait songer à une luxation de la tête en arrière; la tête radiale, hypertrophiée, formait en arrière une saillie considérable. L'humérus présentait une saillie osseuse de 1 centimètre de diamètre à peu de distance de

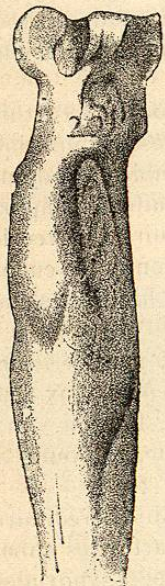


FIG. 142.—Déformation spéciale du radius. (D'après Gangolphe.) Capsule radiale ébréchée : augmentation du volume de la diaphyse due à l'ostéomyélite gommeuse.

l'interligne radio-huméral, et au-dessus de l'épitrôchlée le même os portait une seconde saillie de forme conoïde.

Ces déformations n'empêchaient pas le membre de jouir de la presque plénitude de ses mouvements d'extension et de flexion; l'articulation radio-humérale était seule le siège d'une gêne notable et de craquements.

Certainement les arthrites déformantes d'origine nerveuse peuvent entraîner des désordres absolument semblables, mais les malades de Duménil et de Méricamp étaient manifestement issus de parents syphilitiques. La mère du premier malade était en puissance de syphilis et avait remarqué à la naissance de son enfant, outre son état général misérable, la déformation de son coude. Celle du second malade avait perdu la luttette et une partie du voile du palais dix-huit mois après la naissance de son enfant, qui à trois mois fut soigné par Trousseau, pour une éruption syphilitique guérie par le traitement spécifique.

D'ailleurs les belles études de Parrot, sur la syphilis infantile, ont montré la présence des ostéophytes qui, après la région crânienne, ont une préférence marquée pour l'extrémité inférieure de l'humérus. Il est difficile de créer une variété bien distincte en se basant seulement sur quelques observations, mais il n'est pas douteux que la syphilis héréditaire ne puisse entraîner des ostéo-arthropathies dont le type doit être, jusqu'à nouvel ordre, considéré comme conforme à la description minutieuse qu'en a donnée Méricamp.

Gangolphe (2) qui a fait de l'ostéo-arthrite syphilitique une intéressante étude, estime que les trois types décrits par Méricamp ne sont pas très distincts; le type déformant notamment lui semble appartenir à une période seulement de l'évolution de l'affection. Pour lui, la période de début consisterait dans l'infiltration gélatiniforme de la région juxta-épiphysaire; à la période d'état il se produit des ulcérations et des perforations du cartilage d'encroûtement. Il en résulte une perte de substance tapissée par une néo-membrane rougeâtre, épaisse: un liquide séro-purulent abondant envahit la jointure. La synoviale est enflammée, épaissie; arrive ensuite la troisième période, ou déformante; le tissu

(1) MIDDELDORPF, *Weitere Beiträge zur Resection der Ellebogengelenke*. Arch. für klin. Chir., t. XXXIII, p. 1 et 2, 1886.

(2) GANGOLPHE, Société anatomique de Paris, 1885. Congrès français de chir., 1881.

spongieux épiphysaire devient éburné, irrégulier, les flots cartilagineux persistants sont inégalement proéminents.

Le cartilage d'ailleurs peut être lui-même primitivement malade. Les recherches de Gies (1881), de Schuller, les communications de Virchow (1884) à la Société de Berlin, permettent d'admettre une chondrite syphilitique avec ou sans lésions concomitantes du tissu sous-jacent.

Gangolphe ne nie pas positivement l'existence de l'arthropathie caractérisée par la présence de dépôts gommeux périssynoviaux, mais il pense que dans les observations de ce genre il y avait aussi des lésions osseuses inaperçues. Toutes les localisations articulaires de la syphilis tertiaire devraient être, pour cet auteur distingué, rangées sous un type unique allant de l'infiltration gélatiniforme de la région juxta-épiphysaire jusqu'aux déformations de la dernière période en passant par l'inflammation de la synoviale, l'épanchement d'un liquide séro-purulent ou purulent, la destruction du cartilage. En somme, il y aurait toujours ostéo-arthrite à une période plus ou moins avancée. Les figures ci-jointes, empruntées à Gangolphe, montrent les types principaux de ces lésions (voy. fig. 141 et 142).

Dans la belle autopsie qu'a faite le chirurgien lyonnais, il lui a été possible de bien préciser anatomiquement les caractères différentiels de la pseudo-tumeur blanche syphilitique et de l'ostéo-arthrite tuberculeuse.

Dans les deux cas, la lésion débute fréquemment dans le tissu osseux pour envahir consécutivement la jointure. Dans l'arthrosyphilose, on trouve un noyau gommeux, d'aspect gélatineux, myxomateux, avec points jaunes au centre sans séquestre appréciable.

Dans l'arthrotuberculose, le tubercule épiphysaire est toujours accompagné d'une nécrose plus ou moins étendue avec volumineux séquestres; il y a de la suppuration, une caséification étendue.

Les cartilages sont décollés dans la tuberculose articulaire, ils sont adhérents dans la syphilose. La synoviale tuberculeuse est épaisse, couverte de fongosités; dans la syphilis elle est surtout vasculaire, à peine villeuse; enfin les ligaments, détruits par les fongosités dans la tumeur blanche, sont respectés par l'arthrosyphilose.

Quoi qu'il en soit, maintenant que pour jeter dans notre description toute la clarté désirable, nous avons, dans les arthropathies syphilitiques, établi des divisions théoriquement distinctes, nous devons, pour rester dans la réalité clinique, mettre en garde le lecteur contre le caractère toujours trop absolu de ces descriptions schématiques. 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 de lésions péri-synoviales, osseuses et articulaires. La deuxième des observations 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 s'en détacher et tomber dans la cavité articulaire. Tout rentre dans l'ordre sous l'influence d'un traitement approprié. Ce dernier caractère constitue, avec l'indolence du mal et la notion étiologique, le trépied sur lequel il faut asseoir le diagnostic. Ces notions devront être toujours bien présentes à l'esprit, surtout dans les cas mixtes et complexes d'une appréciation difficile.