

verait en tout cas qu'elles ne sont pas le facteur nécessaire de l'altération ostéo-articulaire, et permettrait peut-être d'établir un rapprochement avec ce qui se passe dans les atrophies musculaires à la suite d'arthrites. Il semble bien démontré que ces dernières atrophies sont d'ordre réflexe; en effet, la plupart des examens histologiques portant sur les nerfs, des muscles altérés ont été négatifs⁽¹⁾, et d'autre part on a pu, après avoir expérimentalement déterminé une arthrite, s'opposer au processus amyotrophique en interrompant l'arc diastaltique au niveau des voies centripètes, en sectionnant les racines postérieures⁽²⁾.

Voilà donc un exemple net de troubles trophiques sans altération des nerfs allant aux éléments atrophiés. En est-il de même pour les arthropathies nerveuses? cela peut se défendre. On peut soutenir que le trouble vaso-moteur trophique résulte tantôt d'une névrite des vaso-moteurs articulaires; tantôt et plus souvent peut-être, d'une névrite de certains nerfs sensitifs⁽³⁾ dont l'excitation pathologique amènerait par voie réflexe l'arthropathie, de même que l'excitation pathologique des nerfs articulaires amène l'amyotrophie⁽⁴⁾.

Traitement.

Les indications générales du traitement des arthropathies tabétiques doivent être basées sur les tendances destructives du processus; il s'agit, dans la plupart des cas, notamment pour le genou, de remédier à la destruction des moyens d'union, à la laxité articulaire, de s'opposer à ce qu'une chute, un choc léger viennent accroître les désordres en déterminant des brisures d'os; on peut, dans les cas simples, recommander l'enroulement d'une bande de flanelle, le port d'une genouillère, etc.; la mobilité exagérée du genou nécessite l'emploi d'appareils plus compliqués, à tuteurs métalliques; la dislocation des membres peut être telle qu'elle condamne à jamais au repos.

D'autres indications spéciales peuvent surgir, résultant de l'énormité de l'épanchement articulaire ou péri-articulaire, d'une luxation, d'une fracture, d'une déformation gênante pour la marche, telle qu'une déformation du pied, une déviation des orteils, etc. Dans ces derniers cas, il faut encore de préférence s'adresser aux moyens orthopédiques et ne recourir qu'exceptionnellement à une thérapeutique sanglante⁽⁵⁾. En effet, les tentatives opératoires n'ont pas été jusqu'ici suivies de brillants succès! On a pratiqué des résections du

(1) KLIPPEL, Société anatomique, 1888, et Thèse, 1889.

(2) DEROCHÉ, Thèse, 1890.

(3) On conçoit encore que les points de départ du réflexe pathogène soient dans les centres eux-mêmes.

(4) BUZZARD (*Clinical lect. on dis. of the nerv. system. Voy. Clin. Soc. of London, 1884*) a émis l'hypothèse d'un centre vaso-moteur des articulations siégeant dans le bulbe, parce que, dit-il, toutes les parties de la moelle peuvent être malades sans qu'il y ait d'altération d'aucune jointure: l'exemple d'amyotrophie réflexe que j'ai choisi répond à cette objection de Buzzard.

(5) KIRMISSON a analysé la plupart des faits connus dans ses leçons cliniques sur les maladies de l'appareil locomoteur. — Voy. J. WOLF, *Berliner klin. Woch.*, 1889. — CZERNY, *Arch. für klin. Chir.*, XXXIV. — SCHLANGE, Soc. chir. de Berlin, 1888. Je renvoie pour plus de détails au volume qui traitera de la chirurgie des membres. J'ai pratiqué, dans un cas de déviation du gros orteil chez un tabétique, une section cunéiforme de la tête métatarsienne; la correction de la déviation fut parfaite et la guérison aseptiquement obtenue, mais l'articulation resta tuméfiée et un peu douloureuse.

coude, du cou-de-pied et particulièrement du genou; or, la plupart du temps, le résultat fonctionnel a été peu satisfaisant, et il semble de plus que les tabétiques soient plus exposés que d'autres à des complications d'ordre septicémique: reconnaissons du reste, avec Kirmisson, que les observations sont encore en trop petit nombre pour qu'on puisse actuellement établir une règle de conduite absolue.

IV

ARTHROPATHIES DANS LES AFFECTIONS DU CERVEAU

Les affections encéphaliques dans le cours desquelles ont été observées des arthropathies sont toutes celles qui s'accompagnent d'hémiplégie. Ainsi l'hémorragie cérébrale, le ramollissement, les tumeurs du cerveau.

Les *arthropathies des hémiplégiques* ont été signalées par Scott Alison⁽¹⁾, puis par Brown-Séguard⁽²⁾, mais réellement étudiées pour la première fois d'une façon complète par Charcot⁽³⁾; elles apparaissent à l'époque de la contracture tardive, de quinze à trente jours après l'attaque apoplectiforme, et se traduisent par des signes qui rappellent ceux du rhumatisme articulaire aigu, c'est-à-dire par de la douleur, de la rougeur et de la tuméfaction.

Lorsqu'on a fait l'examen anatomique des jointures atteintes, on a trouvé la synoviale enflammée, vasculaire et végétante; l'article renfermait du liquide séro-fibrineux, quelquefois louche et riche en leucocytes; les cartilages et les ligaments paraissaient peu altérés, tandis que les gaines tendineuses voisines participaient au processus inflammatoire⁽⁴⁾.

On ne peut accepter pour ces arthrites précoces l'explication d'Hitzig⁽⁵⁾, qui les attribue à des violences subies par l'articulation par suite de la paralysie musculaire; cette pathogénie serait tout au plus applicable aux arthropathies des hémiplégies anciennes. Brown-Séguard et Charcot font au contraire de l'arthrite une manifestation directe de la lésion encéphalique. Il est également permis d'admettre que cette dernière agit sur la moelle au même titre qu'une lésion périphérique, une névrite des nerfs sensitifs, par exemple. Il faut encore se défier des accidents septicémiques, peu rares chez les hémiplégiques et susceptibles d'engendrer des arthrites infectieuses⁽⁶⁾.

Il me resterait, pour être complet, à parler de quelques cas rares d'arthrites observés chez des malades atteints d'aliénation mentale. On sait, par les travaux des médecins anglais, qu'il existe chez les aliénés une sorte de ramollissement spécial des os affectant principalement les côtes et le sternum. Mais, au cours de cette espèce d'ostéomalacie qu'on a rapprochée des ostéomalacies sénile et gravidique, les arthropathies paraissent exceptionnelles: Talamon n'avait pu en découvrir qu'un seul cas, et il s'agissait d'une arthrite n'offrant, en somme, aucune caractéristique.

(1) SCOTT ALISON, *Lancet*, 1847.

(2) BROWN-SÉQUARD, *Lancet*, 1861.

(3) CHARCOT, *Arch. de phys.*, 1868.

(4) CHARCOT, *Leçons sur les maladies du système nerveux*.

(5) HITZIG, *Virchow's Archiv*, 1870, cité par Talamon.

(6) Septicémie par eschares, par cathétérisme, etc.

V

ARTHROPATHIES DANS L'HYSTÉRIE (1)

Définition et étiologie.

Nous avons rappelé, dans les pages précédentes, qu'une excitation anormale partie d'une articulation est susceptible d'agir sur les centres trophiques des muscles, c'est-à-dire sur les cellules des cornes antérieures de la moelle et d'amener ainsi de l'amyotrophie; mais l'excitation des nerfs articulaires ne se traduit pas seulement par l'amyotrophie, elle engendre souvent du côté de la moelle un phénomène inverse, une exaltation de l'irritabilité, d'où résulte la contracture spasmodique d'un groupe musculaire péri-articulaire. C'est là un symptôme très fréquent dans la plupart des arthrites et d'où dépend l'attitude spéciale du membre pour chaque variété d'articulation atteinte. Or cette même contracture des muscles peut se produire indépendamment de toute lésion articulaire et simuler ainsi une arthrite véritable : le fait s'observe spécialement dans l'hystérie et constitue cette variété d'arthropathie décrite pour la première fois par Brodie sous le nom d'*affection hystérique des jointures*, et connue également depuis sous les noms de *névralgies des articulations*, d'*arthralgies hystériques*, etc. La dénomination de Brodie ou encore celle d'arthropathie hystérique nous semblent préférables à toute autre. En effet, il semble bien prouvé par les observations de Mayo, de E. Home (2), etc., que de véritables névralgies articulaires sont observables en dehors de l'hystérie; on les a spécialement rencontrées chez des sujets qui présentaient une altération de certains troncs nerveux. La maladie de Brodie se caractérise, au contraire, par une absence complète de toute lésion matérielle primitive, articulaire ou péri-articulaire; elle emprunte en outre à l'hystérie ses caractères de variabilité habituelle et de bizarrerie dans l'apparition et dans la marche des symptômes.

Le siège le plus ordinaire de l'arthropathie hystérique est l'articulation coxo-fémorale et le genou, moins souvent les articulations de la main, du pied (3) et de la colonne vertébrale; il a été donné parfois de faire l'examen anatomique des articulations douloureuses lorsque, comme dit Charcot (4), des malades

(1) BARWELL, *Treat. on diseases of the joints*, et *Dict. encycl. intern.* — BERGER, *Berl. klin. Woch.*, 1875, trad. dans les *Archives de médecine*, 1874, par Blum. — BRODIE, *Prat. and surg. observ. on dis. of the joints*, 1852. *Lectures illustrated of art. loc. nerv. affect.* London, 1857. — DU MÊME, *Leçons traduites par Aigre*, lib. du *Progrès médical*, 1880. — BLOCO, Thèse, 1888. — CHARCOT, *Progrès médical*, 1886. — COULSON, *Hysterical affect. of the hip. joint.* *London Journal of med.*, 1851. — CZERNY, *Ueber Neuropath. Gel. Wiener med. Woch.*, 1886. — ESMARCK, *Ueber Gelenkneurosen*, 1872. — FOLLIN et DUPLAY, *Traité de pathologie externe.* — MEYER, *Berl. klin. Woch.*, 1874. — A. MINICH, *Della coscialgia nervosa.* Venez., 1875. — PAGET, *Leçons de clin. chir.* — TRÉLAT, *Des pseudo-coxalgies.* *Union méd.*, 1885. — VERNEUIL, *Gaz. heb.*, 1865. — WEIR MITCHEL, *Lect. on dis. of the nerv. syst.*

(2) Cités par Blum. — MAYO, *Névralgie du genou due à des « névromes » des racines postérieures.* — E. HOME, *Névralgie du genou, compression et inflammation du nerf crural par un anévrysme.* — Il ne faut pas davantage confondre avec l'arthropathie hystérique certaines formes névralgiques d'arthrites étudiées dans ces derniers temps par Poncet et par Audry (*Revue de chir.*, 1888). Ces arthrites sont de natures diverses, elles présentent des lésions matérielles, mais leurs symptômes douloureux, d'une intensité excessive, ne sont pas facilement explicables par ces lésions; elles ont été toutes observées chez des névropathes.

(3) Tarsalgie hystérique.

(4) Clinique de Charcot dans le *Progrès médical*, 1886.

atteintes de la *mania operativa passiva* se sont trouvées en présence de chirurgiens affectés d'une maladie analogue, mais active cette fois; Brodie et Coulson en citent des exemples, où l'examen a toujours été négatif; c'est à peine si l'on a parfois noté un peu d'amincissement des cartilages et une légère diminution de résistance des os.

Des travaux récents cependant nous ont appris que de véritables altérations trophiques pouvaient être sous la dépendance de l'hystérie. Ces altérations, observées du côté de la peau, des muscles, etc., sont possibles également du côté des articulations. Nous avons, sous le chloroforme, constaté des craquements articulaires dans une hanche manifestement atteinte d'arthralgie hystérique chez une femme que nous avons tenue en observation dans notre service pendant plus de deux ans.

La maladie de Brodie s'observe naturellement chez des hystériques et par suite le plus souvent chez des femmes (1). L'âge le plus favorable à son développement paraît être de dix-huit à vingt-cinq ou trente ans, les enfants n'en sont aucunement indemnes (2).

Symptômes et diagnostic.

Le début de l'affection est habituellement subit; sans raison aucune, ou à propos d'une impression morale vive, ou bien encore à la suite d'un traumatisme sans importance (3), une articulation devient douloureuse, et le membre impotent se place dans une attitude vicieuse.

La douleur présente des caractères particuliers qu'il importe de bien mettre en relief. Si nous prenons comme exemple l'articulation de la hanche, voici ce qu'on observe généralement. De même que dans la coxalgie vraie, on réveille la sensibilité douloureuse en explorant le pourtour de l'articulation et en lui imprimant des mouvements, ou bien encore en percutant le grand trochanter, le genou ou le talon; fréquemment aussi le genou est spontanément douloureux comme dans la coxo-tuberculose, mais la souffrance n'est pas aussi exactement limitée à la jointure malade (4); elle s'étend assez loin sur la partie inférieure de l'abdomen, à la fesse, à la cuisse et même à la jambe. En outre, elle est plus superficielle, elle se réveille mieux sous un simple pincement de la peau que par une forte pression; il s'agit là, en un mot, d'une véritable hyperesthésie cutanée ayant son maximum autour de la jointure affectée; c'est là un signe des plus importants auquel il convient de conserver le nom de *signe de Brodie* que Charcot lui donne. Brodie note encore que les manifestations douloureuses s'exagèrent lorsque le malade suit avec attention l'examen auquel on le soumet. La nuit, les arthralgies peuvent souffrir; elles sont rarement réveillées par la douleur.

L'attitude est commandée par la contracture de certains groupes musculaires :

(1) Charcot (*loc. cit.*) a relaté l'histoire d'un homme atteint de coxalgie hystérique. Une autre observation de Glorieux (Académie royale de Belgique, 1888) a été contestée par le rapporteur.

(2) Je crois la coxalgie hystérique plus fréquente qu'on ne le suppose chez les enfants. Je l'ai observée deux fois pour ma part, une fois entre autres chez une petite fille de dix ans, chez lequel le diagnostic hystérie fut confirmé par Grancher, et qui eut successivement sous mes yeux de la scoliose intermittente, de la pseudo-coxalgie et de la tarsalgie.

(3) CHARCOT et HUET, *Progrès médical*, 1886.

(4) Tout ce diagnostic différentiel est magistralement exposé dans la leçon de Charcot.

le membre se met parfois d'emblée dans l'attitude de la troisième période de la coxalgie, c'est-à-dire dans l'adduction avec rotation en dedans (1); la fesse est aplatie, le pli fessier effacé ou abaissé. Au genou, le membre est fixé dans l'extension ou dans la flexion; dans la tarsalgie, le pied est ordinairement en abduction. Dans quelques cas, l'attitude peut varier brusquement d'un jour à l'autre.

Comme autres conséquences du spasme musculaire, il faut joindre les changements de longueurs apparentes et l'immobilisation de l'articulation.

Il est intéressant de constater qu'avec des signes fonctionnels aussi prononcés contraste l'absence de toute tuméfaction locale: on a seulement signalé quelques troubles vaso-moteurs variant d'une heure à l'autre; l'articulation garde sa forme normale pendant des mois et des années. Les muscles, pensait-on, demeurent indemnes de toute altération. Néanmoins, sur ce dernier point, il faut en revenir de l'opinion de Brodie; les recherches de Charcot et de ses élèves nous ont appris, en effet, que les troubles trophiques sont loin d'être rares dans l'hystérie: ils s'observent non seulement du côté de la peau et du tissu cellulaire, mais encore du côté des muscles et même des articulations. L'atrophie musculaire survient justement dans les muscles atteints déjà de paralysie ou de contracture (2), elle peut s'accompagner de rétractions fibro-tendineuses alors que l'état spasmodique a disparu et entraîne ainsi de véritables difformités définitives (3).

La marche des arthropathies hystériques est sujette à de grandes variations; on peut d'un jour à l'autre constater la disparition de tous les symptômes ou leur simple rémission; parfois les phénomènes d'arthralgie ne quittent une articulation que pour se fixer sur une autre; parfois enfin le mal se fixe avec une grande ténacité sur une jointure et la tient rigide et douloureuse pendant deux et trois ans et plus. Il convient d'apporter une certaine réserve dans le pronostic, tant à cause de la durée de l'affection que des récidives et surtout de la possibilité des altérations permanentes que j'ai mentionnées plus haut.

Le diagnostic doit être fait avec les contractures d'origine centrale et surtout avec les arthropathies vraies.

J'ai trop insisté sur les modalités de la douleur pour avoir besoin d'y revenir; l'absence de gonflement, les variations dans la déformation, l'état des muscles qui s'atrophient rapidement dans les arthrites vraies, voilà autant de signes qui permettent en général d'établir un bon diagnostic différentiel. Il faut y joindre la constatation d'un état hystérique chez le malade, et pour cela il faut interroger l'état de sa sensibilité générale, sensorielle, la réaction de ses muscles, etc. Dans les cas douteux, on peut recourir à l'anesthésie chloroformique: sous le chloroforme, la contracture cède peu à peu, et tous les mouvements de l'article deviennent libres et faciles. Il est vrai que l'anesthésie supprime également la contracture dans les arthrites vraies, mais la limitation des mouvements n'est pas, dans ce dernier cas, seulement faite de la contracture; des brides, des adhérences se sont formées, qui persistent même en état de résolution; il est possible enfin de percevoir des craquements qui révèlent que l'intégrité de surfaces articulaires n'est pas parfaite.

(1) LANNELONGUE, *De la coxo-tuberculose*.

(2) BABINSKI, *De l'atrophie musculaire dans les paralysies hystériques*. *Arch. de neurol.*, 1886. — GILLES DE LA TOURETTE et DUTIL, *Nouvelle iconographie de la Salpêtrière*, 1890. — BALLET, *Coxalgie hystérique avec atrophie*. *Soc. méd. des hôp.*, 1889. — ATHANASSIO, Thèse, 1890.

(3) A la longue, l'articulation hystérique subirait elle-même quelques modifications de structure, telles que le dépôl des cartilages. (FÉRÉ, *Progrès médical*, 1882.)

La difficulté ne serait insurmontable que dans les cas rares où une arthralgie hystérique serait venue se superposer à la lésion organique d'une jointure (1).

Traitement.

Le traitement des arthropathies hystériques doit être général et local. Le premier s'adresse à l'hystérie elle-même; il a pour bases les agents toniques et antispasmodiques, au premier rang desquels il faut citer l'hydrothérapie. Les auteurs anglais recommandent également de ne pas négliger le côté psychique, de se saisir de l'imagination des malades en affectant une confiance absolue dans l'emploi de tel procédé thérapeutique ou de telle station minérale; de même qu'il existe des paralysies psychiques, dit Charcot, il y a aussi des coxalgies spasmodiques d'origine psychique qu'il faut traiter en conséquence en usant de son autorité et au besoin de la suggestion.

La suggestion à l'état de veille paraît un procédé assez infidèle: la suggestion à l'état de sommeil hypnotique offrirait plus de chance de réussite, et Bloch (2) cite une observation intéressante de guérison obtenue par ce procédé. A côté de l'hypnotisme, on peut signaler le traitement de l'arthropathie hystérique par des applications de l'aimant (3).

Du traitement local, il faut bannir tous les procédés qui reposent sur la révulsion, tels que les cautérisations de la peau, les ventouses, les vésicatoires, etc.; on recommande de préférence le massage, suivant tous ses modes; Charcot a vu sous son influence une coxalgie avec contracture se transformer pendant quelques instants en une paralysie flasque: le massage, selon son expression, représenterait une sorte d'hypnotisme local. De même, il est bon d'exciter les malades à ne pas garder le repos: « le premier pas vers la guérison est obtenu quand le malade a assez de force de caractère pour se servir de son membre malgré la douleur » (Brodie); l'application d'un appareil compressif peut faciliter la réalisation de ce conseil.

Il est clair que si l'on constatait non plus une simple contracture spasmodique, mais une véritable rétraction fibro-tendineuse, il surgirait d'autres indications thérapeutiques (4). Pour s'assurer de la disparition de l'élément spasmodique (5), on cherche à imprimer de petits mouvements aux jointures. On constate alors que ces mouvements, s'ils sont limités, s'exécutent facilement sans douleur; de plus, les réflexes tendineux, qui étaient exagérés, sont redevenus normaux (6). S'il restait l'ombre d'un doute, on aurait recours au chloroforme: il est évident, en effet, que si malgré l'anesthésie la plus complète, les mouvements articulaires ne recouvrent pas toute leur amplitude, c'est une raison anatomique qui s'y oppose: tantôt il s'agit d'un simple raccourcissement des muscles qui ont adapté leur longueur à une attitude donnée; tantôt les tissus péri-articulaires tels que les ligaments et les lésions cellulaires se sont épaissis et indurés; souvent les deux causes s'ajoutent l'une à l'autre pour amener une difformité

(1) Charcot cite 5 cas, dont 2 appartiennent à Lannelongue et 1 à Joffroy.

(2) Thèse, 1888. — GRASSET, *Semaine méd.*, 1886. — JANET, *Gazette méd.*, 1887.

(3) BRACHET, *Progrès médical*, 1881.

(4) TERRILLON, *Soc. de chir.*, 1888, et *Nouvelle iconographie de la Salpêtrière*, 1889.

(5) « Tant que persiste l'élément myospasmodique je repousse toute tentative de redressement à l'aide d'appareils, car j'ai constaté toujours les plus fâcheux effets de ce mode de traitement. » (Charcot.)

(6) CHARCOT.

définitive. Contre le raccourcissement musculaire, on peut essayer de l'extension graduée; la plupart du temps on est obligé de recourir à la section des tendons. Terrillon ⁽¹⁾ recommande de ne faire après la section qu'un redressement incomplet et d'immobiliser dans sa situation nouvelle la partie redressée. Après sept à huit jours, on applique un appareil inamovible plâtré après avoir obtenu un nouveau redressement et avoir de nouveau rompu sous le chloroforme les adhérences périphériques. Au bout d'un mois, lorsque la cicatrisation de la section tendineuse est bien complète, on passe à une seconde partie non moins importante du traitement; il s'agit d'assouplir la jointure et les muscles et de rendre à ceux-ci leur volume normal s'ils ont subi l'atrophie; les moyens recommandables sont, avec un exercice modéré, l'électrisation et les diverses manipulations du massage ⁽²⁾.

CHAPITRE II

ARTHRITE SÈCHE OU DÉFORMANTE ⁽³⁾

Définition et nosographie.

Bon nombre d'arthropathies s'accompagnent d'une altération des surfaces articulaires qui aboutit à la destruction plus ou moins complète des cartilages et au frottement direct des extrémités osseuses; telles sont les arthropathies tabétiques ou syringomyéliques, certaines arthrites traumatiques anciennes et la plupart des arthrites chroniques qu'on groupe habituellement sous la raison du rhumatisme. On réserve plus spécialement le nom d'arthrites sèches à une variété d'affections articulaires caractérisées non seulement par l'usure des cartilages et la prolifération désordonnée de chaque tissu constituant de l'article, mais encore par sa tendance à la déformation, par son évolution lente, sa localisation à une seule articulation ou tout au moins à un petit nombre de jointures, et enfin sa plus grande fréquence chez les vieillards. On la désigne encore sous le nom d'*arthrite déformante*, d'*arthrocace sénile*, de *rhumatisme osseux partiel* ou de *rhumatisme articulaire chronique partiel*. Ces derniers termes nous montrent qu'on a voulu relier l'arthrite sèche au rhumatisme et nous invitent à

⁽¹⁾ A qui nous empruntons tout ce chapitre thérapeutique. Voy. aussi TUFFIER et CHU-PAULT, *Arch. de méd.*, 1889.

⁽²⁾ Terrillon conseille, après chaque séance de massage, d'exercer une légère compression au moyen d'une bande de flanelle roulée autour du membre.

⁽³⁾ ADAMS, *Dublin Journal of med. sciences*, 1841, et *A treatise on rheumat. goutt.* London, 1857. — BARWELL, *Encyclopédie internationale*. — BAUER, Thèse de Strasbourg, 1866. — BESNIER, art. RHUMATISME du *Dict. Dechambre*. — BOUCHARD, *Maladies par ralentissement de la nutrition*. — BROCA, *Bull. de la Soc. anat.*, 1850. — CHARCOT, *Leçons sur les maladies des vieillards*. Thèse, 1855. — COLOMBEL, Thèse, 1862. — CORNIL et RANVIER. — CRUVEILHIER, *Arch. de méd.*, 1824, et *Anat. path.* — DEVILLE, *Bull. de la Soc. anat.*, 1848-1850. — FOLLIN et DUPLAY. — GARROD, *Traitément de la goutte*. — HOMOLLE, art. RHUMATISME du *Dict. de méd. et de chir. prat.* — LANCEREAUX, *Anat. path.*, 1889 (bibl.). — PLAISANCE, Thèse, 1858. — REDFERN, *On abnormal nutrit. in art. cart.* *Edinb. month. Journal*, 1849. — RENDU, art. GOUTTE du *Dict. Dechambre*. — RINDFLEISCH, *Éléments de Pathologie et Histologie pathologique*. — ROKITANSKY, *Lehrbuch der path. Anatomie*, 1840. — TRASTOUR, Thèse, 1855. — VERGELY, Thèse, 1866. — WEBER, *New-York med. Journal*, 1885.

discuter immédiatement quels rapports il est actuellement possible d'établir entre l'affection articulaire et la diathèse.

Il est une forme de rhumatisme articulaire chronique peu contestée, c'est celle qui survient à la suite d'une attaque de rhumatisme articulaire aigu, ou encore celle qui accuse nettement son caractère rhumatismal par la répétition et la multiplicité de ses atteintes, une certaine mobilité dans les phénomènes inflammatoires et surtout l'existence antérieure ou l'intercurrence d'attaques de vrai rhumatisme aigu; c'est à cette forme qu'on donne communément le nom de rhumatisme articulaire chronique simple. Mais ailleurs l'arthrite est mono-articulaire, continue, sans recrudescence d'aucune sorte; nulle attaque antérieure de polyarthrite aiguë; on ne parvient à établir sa parenté avec le rhumatisme qu'en retrouvant chez le malade ou chez ses antécédents toute une série d'affections telles que les inflammations des séreuses viscérales, certaines dermatoses, les névralgies, le lumbago, de l'asthme, etc., dont les relations avec le rhumatisme articulaire aigu ont été acceptées ⁽¹⁾.

A côté de ces formes nettement rhumatismales d'arthrites, on connaît deux maladies chroniques des articulations, très difficiles à classer; celle qui nous occupe, l'arthrite sèche, et une autre caractérisée par sa marche envahissante et la multiplicité des déformations qu'elle entraîne, c'est l'arthrite *rhumatoïde* de Garrod, l'arthrite déformante généralisée, ou rhumatisme noueux de la plupart des auteurs français. Le rhumatisme noueux, jadis confondu avec la goutte, est en somme une maladie peu commune, dans l'étiologie de laquelle toutes les causes de débilitation et surtout la misère semblent tenir la plus grande place. Ses lésions anatomiques ressemblent à s'y méprendre à celles que nous décrirons plus loin comme appartenant à l'arthrite sèche, mais l'affection est poly-articulaire, elle affecte de préférence et symétriquement les petites jointures, elle est douloureuse dès le début, elle est enfin progressive, parfois continue, parfois procédant par poussées successives et laissant toujours derrière elle les membres déformés et désormais inhabiles ou impuissants à remplir leurs fonctions habituelles.

Deux questions se posent relativement au rhumatisme noueux et à l'arthrite sèche: 1^o Ces deux affections sont-elles tout à fait distinctes ou simplement deux formes d'une même maladie? 2^o Dépendent-elles ou non du rhumatisme? Si l'on essaye de les différencier, l'anatomie pathologique est assurément de peu de secours; de part et d'autre, les cartilages et les os sont en proie à ce même travail de destruction et de prolifération qui aboutit en même temps, mais en des points différents, à l'usure et à la formation des ecchondroses et des ostéophytes; le processus est le même, les lésions histologiques sont identiques. Toutefois, on ne saurait conclure d'une identité de lésions à une identité de nature, et ceux qui veulent conserver à l'arthrite sèche son existence à titre d'entité morbide, se basent surtout sur la différence d'évolution qui est lente, non extensive, apyrétique dans un cas, tandis que dans l'autre elle est progressivement envahissante et parfois entrecoupée de poussées fébriles ⁽²⁾. Nous devons reconnaître que la clinique est aussi impuissante que l'anatomie pathologique à établir une distinction satisfaisante. Sans compter qu'il existe des

⁽¹⁾ BOUCHARD.

⁽²⁾ Il est probable qu'il convient de distraire du rhumatisme noueux un certain nombre de cas observés dans l'infection puerpérale et qui ne sont vraisemblablement que des arthrites infectieuses.