

a débuté par l'os, il est des cas nombreux où l'on ignore la présence d'altérations graves des os, de séquestres, de foyers osseux étendus, dont on ne peut pas espérer la guérison spontanée. L'étude attentive des phénomènes douloureux est un des meilleurs moyens de reconnaître les lésions osseuses. De vives douleurs indiquent presque toujours une affection grave des os. La pression exercée suivant l'axe longitudinal du membre, les coups légers portés sur l'extrémité des segments sous-jacents à l'articulation malade, la recherche des points sensibles sur l'extrémité des épiphyses, peuvent donner à ce sujet des renseignements utiles.

b. *L'hydarthrose tuberculeuse* est la forme la moins connue. L'épanchement articulaire existe dans les diverses variétés de synovites. Dans la synovite tuberculeuse diffuse, et dans la forme tubéreuse de Kœnig, il constitue le phénomène le plus directement appréciable. Dans la synovite fongueuse, l'hydarthrose, à peu près constante, n'a qu'une importance secondaire, vu la coexistence des fongosités.

Les signes objectifs de l'épanchement n'ont par eux-mêmes rien de particulier. Les altérations concomitantes de la synoviale, la marche de l'hydarthrose, contribuent à lui donner un aspect caractéristique.

Si, en effet, on examine l'articulation modérément distendue, ou après l'évacuation du liquide, on peut souvent constater un certain degré de tuméfaction de la synoviale constatable au palper. C'est surtout au genou que ce phénomène est facile à reconnaître. La synoviale du cul-de-sac supérieur et ses insertions latérales aux os se présentent sous forme d'un bourrelet plus ou moins dur, roulant sous le doigt. Depuis longtemps, Verneuil, dans ses leçons cliniques, a appelé l'attention sur la forme en fer à cheval que prend ce bourrelet. Parfois c'est vers les parties latérales de la jointure qu'on peut sentir une tuméfaction vaguement limitée, plus ou moins consistante, qu'une étude attentive permet de rapporter à la synoviale.

Les caractères distinctifs de l'épanchement sont d'une part sa variabilité, de l'autre sa ténacité. Tantôt la quantité de l'exsudat augmente, tantôt elle diminue, elle peut même disparaître presque entièrement pour un temps plus ou moins long. La plupart des hydarthroses intermittentes décrites par Panas doivent être rapportées à l'arthrite tuberculeuse.

D'autre part, les moyens ordinaires préconisés contre l'hydarthrose, les compressions, les révulsifs, etc., n'ont aucune action ou n'ont qu'une action minime sur l'épanchement. L'évacuation est rapidement suivie de la reproduction du liquide.

Enfin, si l'on a recours à la ponction, la nature du liquide évacué peut venir en aide au diagnostic. La présence de coagulats fibrineux et surtout des grains riziformes est, depuis les travaux de Riedel, de plus en plus considérée comme caractéristique de la tuberculose.

Les symptômes subjectifs sont peu marqués. La douleur est modérée. Dans quelques cas, elle peut être assez intense, et il n'est pas rare de trouver dans l'articulation un ou plusieurs points très sensibles à la pression.

Les mouvements sont, en général, assez bien conservés, sauf dans le cas d'épanchement très considérable.

Kœnig croit que la guérison spontanée de l'hydarthrose tuberculeuse pourrait être plus fréquente qu'on ne le pense. En tous cas le traitement local offrirait de grandes chances de guérison. Abandonnée à elle-même, l'hydarthrose tuberculeuse peut persister un temps fort long avant de se transformer en arthrite fongueuse ou d'aboutir à un abcès froid de la cavité articulaire.

c. Les cas dans lesquels on trouve dans la cavité articulaire un liquide non plus séreux mais purulent, ont été décrits sous le nom général d'*abcès froids des articulations*, ou mieux de *pyarthrose tuberculeuse*. Ils peuvent se présenter sous deux formes. Tantôt le pus se collecte d'abord dans l'épaisseur des fongosités préexistantes, et ne se déverse que secondairement dans la cavité synoviale. La pyarthrose ne constitue alors qu'un épiphénomène de la forme fongueuse. Tantôt au contraire sans fongosités préexistantes, à la suite d'une synovite diffuse, il se déclare dans la cavité articulaire une suppuration étendue.

Cette dernière variété se rencontre surtout au genou et à la hanche chez les enfants. Elle est caractérisée par un gonflement rapide de la jointure sans tuméfaction notable de la synoviale. Elle se distingue des abcès chauds par l'absence des signes caractéristiques des phlegmons para-articulaires. Le pronostic est grave, car la pyarthrose primitive se montre surtout dans les cas d'infection tuberculeuse générale.

Les phénomènes généraux dépendent surtout de l'infection tuberculeuse générale. Aussi ne les étudierons-nous pas ici. Nous devons seulement rechercher dans quelles conditions cette infection générale peut se produire.

Nous avons vu que dans la majorité des cas l'arthrite tuberculeuse était une manifestation locale d'un état général préexistant. Mais parfois la jointure est bien le siège de la localisation primitive du mal. L'arthrite peut alors se compliquer soit de foyers nouveaux se montrant dans les autres organes, soit de tuberculose miliaire aiguë généralisée.

Lorsque ces complications surviennent spontanément, il est difficile de dire si elles sont dues à une propagation réelle, ayant son point de départ dans la jointure malade, ou si elles constituent de nouvelles manifestations de l'état infectieux préexistant. Quand au contraire la tuberculose miliaire éclate à la suite d'un traumatisme, et surtout d'une intervention opératoire, on est fondé à croire que le foyer articulaire a été la cause de l'infection générale. Le traumatisme a-t-il ravivé le foyer bacillaire? Celui-ci était-il enkysté, et la diérèse a-t-elle ouvert un pas-

sage aux bactéries? Ce sont là des théories hypothétiques entre lesquelles il est difficile de choisir. Il n'en reste pas moins un fait important pour le pronostic et le choix des méthodes thérapeutiques : *la tuberculose miliaire généralisée ne se déclare guère qu'après une intervention opératoire.*

La tuberculose articulaire est-elle curable? et une fois le diagnostic établi, peut-on espérer voir rétrocéder les altérations locales?

La réponse à cette question ne peut être faite qu'en tenant compte d'éléments complexes, de l'état général, de la forme et du degré de la lésion articulaire. Il est évident que si l'état général est absolument sain, si aucun foyer viscéral ne vient ajouter son action affaiblissante à celle de l'arthrite, les chances de guérison seront beaucoup plus grandes. De même on pourra compter sur un résultat plus favorable avec des lésions peu étendues et peu avancées. Le pronostic est beaucoup plus grave dès que l'on trouve des fistules, et que l'introduction de bactéries venues du dehors a déterminé dans l'article une suppuration aiguë. Mais le danger provient ici bien plutôt de l'infection septique que de l'infection tuberculeuse. Et, il faut bien le reconnaître, l'existence et la pullulation des bacilles tuberculeux est impossible dans un terrain occupé par les bactéries ordinaires de la suppuration franche. Si donc les lésions sont superficielles, comme dans la synovite diffuse, et si d'autre part le malade échappe à l'infection septique, il peut se former un tissu cicatriciel, exempt de tubercules (ankylose fibreuse), et la guérison est possible. Mais si les fistules sont dues à des foyers osseux étendus, les chances d'infection septique augmentent, tandis que celles de destruction du bacille diminuent.

Les formes qui permettent le plus d'espérer une guérison complète sont celles où la végétation tuberculeuse offre le moins de tendance au ramollissement. Telles sont les synovites granuleuses diffuses, et par conséquent la plupart des hydarthroses tuberculeuses, et la forme fongueuse sèche.

Mais cette guérison ne s'obtient en général qu'au détriment de l'intégrité anatomique de la jointure, et de son mécanisme physiologique. Aussi est-il difficile de dire à quels signes on peut reconnaître la complète guérison d'une arthrite tuberculeuse.

Il est très rare qu'après la guérison une jointure soit tout à fait intacte. Si la douleur a complètement disparu, si les fonctions sont rétablies, on peut affirmer la guérison. Mais si cette *restitutio ad integrum* ne se produit pas, s'il reste une ankylose plus ou moins complète, des troubles de la motilité, des contractures, des positions vicieuses, etc., c'est, avec la disparition du gonflement et la cicatrisation des fistules, la persistance ou la cessation de la douleur locale qui sert d'élément d'appréciation.

D'ailleurs il ne faut jamais oublier que la guérison, complète en apparence, laisse souvent dans l'articulation des foyers bactériens;

ceux-ci peuvent rester latents, passer inaperçus un temps plus ou moins long, puis se réveiller sous l'influence d'une excitation quelconque et causer une nouvelle arthrite avec toutes ses conséquences.

Dans la grande majorité des cas le diagnostic de l'arthrite tuberculeuse ne peut laisser aucun doute. La forme fongueuse en particulier est généralement facile à reconnaître. On la diagnostique aisément dans les cas où la tumeur se développe d'une façon chronique et en affectant la forme en fuseau, si connue. Si à cette configuration viennent s'ajouter des fistules, une suppuration limitée, aucune hésitation n'est possible. L'arthrite qui parfois accompagne l'ostéomyélite épiphysaire pourrait en imposer. Mais le début de l'affection, sa marche, permettront de fixer le diagnostic. Les formes tardives de la syphilis articulaire offrent dans certains cas quelque ressemblance avec l'arthropathie tuberculeuse. Les antécédents, les lésions syphilitiques, l'évolution de la maladie, les caractères de l'ulcération qui ne tarde pas à se produire et, enfin, l'influence du traitement spécifique, devront être pris en considération. Les autres formes d'arthrites infectieuses qu'on observe après la syphilis, la scarlatine, la diphthérie, etc., ne ressemblent pas à l'arthrite tuberculeuse.

Le diagnostic de l'hydarthrose tuberculeuse est beaucoup plus délicat. Nous avons indiqué quels caractères permettaient de le soupçonner, épaissement des culs-de-sac synoviaux, marche du mal, variabilité dans la quantité du liquide, nature même de ce liquide louche contenant des cellules épithéliales ou lymphatiques en voie de dégénérescence, des produits de coagulation, et surtout des bacilles.

La pyarthrose tuberculeuse, ne se montrant que chez des sujets en état d'infection générale avancée, est facile à diagnostiquer.

Traitement. — Les notions que nous avons données sur la nature, la pathogénie et l'évolution des arthrites tuberculeuses vont nous servir à poser les règles du traitement applicables dans les divers cas.

Quelle part faut-il d'abord attribuer au traitement médical? Au point de vue de l'accident local, cette part est bien restreinte. Les antiseptiques à l'intérieur, les médicaments altérants, le mercure et l'arsenic entre autres, ne paraissent avoir aucun effet. L'iode et les préparations iodées sont plus recommandables. Et cependant les espérances qu'on avait fondées sur l'administration interne de l'iodoforme ne se sont pas réalisées.

Mais, nous l'avons vu, l'arthrite tuberculeuse n'est le plus souvent qu'une manifestation d'un état général déjà altéré. Tous les moyens tendant à reconstituer ou à fortifier cet état général devront être mis en œuvre. Les règles de l'hygiène la plus stricte, le régime le plus abondant et surtout le plus fortifiant seront observés. Les médicaments toniques, les stimulants, les aliments d'épargne, la suralimentation pourront avoir quelque utilité. Les bains de mer, les bains de Salies de Béarn, dont

on a rapporté des effets merveilleux au point de vue même local, méritent d'être mentionnés. Ajoutons-y surtout l'air marin largement respiré pendant un temps prolongé au bord d'une plage méridionale sans crainte aucune des changements de température.

Au point de vue du traitement local, il est une première indication des plus importantes. L'arthrite tuberculeuse est une manifestation localisée primitive ou secondaire de l'infection tuberculeuse. Cette distinction est des plus importantes. Si la tuberculose est déjà généralisée, le traitement local aura peu de chances de réussir et n'aura aucune action sur l'état de l'organisme. Si la tuberculose est purement locale, non seulement on pourra espérer une guérison complète, mais encore cette guérison, en supprimant l'unique foyer infecté, mettra l'organisme à l'abri d'une généralisation secondaire.

D'autre part nous avons vu que certaines formes étaient susceptibles de guérir spontanément. Dans ces cas, il suffira de soutenir l'état général et de mettre l'articulation dans les conditions les plus favorables à son rétablissement. Mais si les lésions sont étendues et profondes, si l'état général est menacé, l'hésitation ne sera plus permise, et des traitements plus radicaux devront être mis en œuvre.

Nous étudierons donc la conduite à suivre dans :

- 1° Les synovites primitives sans fongosités ;
- 2° Les synovites fongueuses au début ;
- 3° Les synovites à la période de suppuration ;
- 4° Les ostéo-arthrites.

I. Les *révulsifs* (pointes de feu, badigeonnages iodés, vésicatoires, etc.), employés seuls, n'ont aucune utilité. Au contraire, ils peuvent être préconisés si on les associe à l'*immobilisation* et à la *compression*. Cette méthode a donné de trop nombreux succès pour qu'il ne soit pas indiqué d'en faire l'essai toutes les fois que les circonstances s'y prêteront. Mais l'immobilisation ne doit être faite que si le membre est dans une bonne position. Dans les cas de position vicieuse, on n'hésitera pas à pratiquer le *redressement* et on préférera le redressement *forcé* sous le chloroforme au redressement *lent et graduel*. La méthode de l'*extension continue* au moyen de poids n'est guère applicable qu'au membre inférieur. Elle a donné aussi d'excellents résultats.

Le membre une fois mis dans une bonne position, on l'immobilisera au moyen d'appareils inamovibles, silicatés, plâtrés, etc., disposés de façon à permettre la compression.

A ces derniers moyens, dans les cas d'hydarthrose avec lésions présumées superficielles, Verneuil joint la ponction aspiratrice et l'injection, dans la jointure, d'une solution éthérée d'iodoforme.

II. Si l'arthrite est fongueuse, le même traitement est applicable. L'*ignipuncture* préconisée par Sédillot d'abord, par Richet ensuite, et

pratiquée au moyen de cautères à boules ou mieux de galvano-cautères, peut lui être utilement associée.

Les *injections intra-articulaires* ont été également prônées à cette période. Hüter préconise les injections d'acide phénique à 2 ou 3 p. 100, dans les fongosités, dans l'articulation et le tissu para-synovial. 2 ou 3 grammes de la solution suffisent pour chacune des séances, qui doivent être répétées deux fois par semaine. Lefort préfère l'injection de quelques gouttes d'une solution au 10° de sulfate de zinc, additionnée de 3 fois son poids d'alcool. Cette méthode est très douloureuse. Les injections répétées d'éther iodoformé au 18° ou au 20° ont réussi également entre les mains de Verneuil.

Dans certains cas, une intervention plus radicale peut être nécessaire. Si les traitements dits de douceur ont échoué, ou bien encore s'il s'agit d'une petite articulation dont l'ouverture est en somme peu dangereuse, et à laquelle on peut espérer conserver ses fonctions, on pratiquera l'arthrotomie, et le grattage ou le curage des fongosités; l'articulation sera lavée soigneusement avec des solutions antiseptiques, et saupoudrée d'iodoforme.

III. Lorsque l'arthrite est suppurée ou s'il y a des lésions osseuses étendues, le chirurgien pourra recourir au curage de l'articulation, à la résection, ou enfin, comme ressource ultime, à l'amputation.

L'état des lésions osseuses des parties molles guidera le chirurgien dans le choix de l'opération à pratiquer.

Curage. — Cette opération, préconisée par Létievant, Volkmann, etc., n'est applicable que si les lésions sont superficielles. Par des incisions faites comme pour les résections, on pénètre dans l'article, et au moyen de curettes tranchantes, on enlève tous les tissus tuberculeux. On doit s'assurer que les tissus laissés en place sont sains, et terminer par un lavage antiseptique sérieux et des applications d'iodoforme.

Résection. — S'il existe des foyers osseux limités dans les épiphyses, il faut recourir à la résection. Ici encore la règle est de ne laisser aucun foyer spécifique; aussi la méthode sous-périostée est-elle souvent impraticable.

L'*amputation* ne doit être effectuée que si les lésions des os et des parties molles sont trop étendues pour permettre une résection.

L'époque à laquelle on doit intervenir est diversement appréciée. Velpeau recommandait l'intervention radicale hâtive, et les chirurgiens anglais et allemands sont partisans du même principe. En France on préfère attendre jusqu'à la période de suppuration. La vérité est probablement entre ces deux termes: dès que les moyens conservateurs ont échoué, l'intervention active est indiquée.

L'état général doit être pris en sérieuse considération. Est-il seulement menacé, les opérations complètes sont indiquées; s'il est trop mauvais pour subvenir aux frais de la réparation toujours longue après une

résection, cette dernière méthode devra être abandonnée; l'amputation est alors préférable, et semble influencer favorablement sur l'état général quand les lésions viscérales sont encore peu profondes. Mais si l'infection est grave, si l'hecticité est déjà arrivée à un degré avancé, on se souviendra que le traumatisme opératoire n'a le plus souvent pour résultat que d'accélérer la maladie.

B. Arthropathies syphilitiques.

Comme dans presque toutes les affections chirurgicales, on a, pour les arthrites, invoqué l'infection syphilitique. Bien souvent il n'en est rien et si, la syphilis peut être évoquée, ce n'est que comme cause de dénutrition générale prédisposant à une évolution plus facile d'accidents qui ne sont pas en réalité nettement sous sa dépendance. Un syphilitique reçoit un traumatisme au voisinage d'une articulation, il se développe chez lui une arthrite comme chez tout autre sujet sain, mais par suite de l'état de dénutrition dans lequel il se trouve, les effets du traumatisme évoluent chez lui d'une manière infra-régulière tout aussi bien qu'ils le feront chez un convalescent de fièvres graves, chez un scrofuleux ou chez tout autre sujet atteint d'une affection quelconque capable de vicier sa nutrition.

L'école syphiliographique moderne a voulu voir la vérole partout, même là où elle n'existe pas; aussi a-t-elle tenté de rattacher des arthropathies aux accidents primitifs, aux accidents secondaires et aux accidents tertiaires. Est-ce à dire que les microbes syphilitiques de Lustgarten ne puissent se développer en un point quelconque d'une extrémité osseuse articulaire? Bien loin de nous cette pensée, car de même que les bacilles de Koch peuvent y déterminer des masses tuberculeuses, de même aussi admettons-nous que les éléments syphilitiques peuvent y produire des gommes. Gommes et tubercules évolueront alors chacun à sa manière et la modalité de l'arthropathie en subira les variétés caractéristiques.

Aux accidents primitifs on a rattaché des *arthralgies* apparaissant même avant la roséole, sans gonflement, sans rougeur, avec une douleur matinale, un peu exagérée par la pression et disparaissant par l'exercice. Cette arthralgie se manifeste, dit-on, surtout aux genoux, aux poignets et aux épaules, et pour en reconnaître l'origine il faut qu'il existe ou qu'il vienne d'exister un chancre. Il faut avouer qu'avec notre manière actuelle d'envisager la syphilis, affection microbienne, il y a là des localisations péri-articulaires pour le moins hâtives, et évoluant avant même que les symptômes de généralisation ne se soient fait jour. Nous n'insisterons pas davantage, ces soi-disant arthralgies syphilitiques ne sont que des douleurs rhumatismales: un rhumatisant peut en effet contracter un chancre tout comme un individu parfaitement sain.

Aux accidents secondaires on a attribué deux formes d'arthrites, l'une

subaiguë, se confondant facilement avec un rhumatisme articulaire subaigu. L'affection apparaît, dit-on, tantôt spontanément, tantôt à la suite d'un traumatisme. Elle ne se caractériserait que par l'existence de manifestations concomitantes et par l'efficacité du traitement.

La deuxième forme d'arthropathies syphilitiques secondaires serait l'*hydartrrose*, surtout au genou. Douleur peu vive, épanchement moins abondant que dans l'hydartrrose rhumatismale, chancre récent antérieur et enfin, comme toujours, efficacité du traitement; voilà toutes les raisons qui font prononcer sur la nature de la lésion articulaire.

Tout cela ne me semble nullement prouvé; qu'un malade atteint d'hydartrrose guérisse après avoir ou n'avoir pas pris de mercure ou d'iode, cela ne prouve en rien la nature de sa maladie. Aussi longtemps que l'on ne m'aura pas démontré l'existence des bacilles de Lustgarten dans les liquides articulaires, je serai en droit de douter et je douterai. La fameuse formule: *Naturam morborum ostendunt medicationes* n'est que le corollaire du: *Post hoc, ergo propter hoc* dont la science moderne ne saurait plus se contenter. Que de fois le malade ne guérit-il pas malgré le médicament!

Arthrite gommeuse. Arrivons-en enfin à la seule arthropathie qui légitimement peut aujourd'hui être rattachée à la syphilis soit acquise soit héréditaire. La syphilis, après avoir lentement infecté l'économie tout entière, peut, de même que la tuberculose, évoluer dans une épiphyse osseuse, y produire des tumeurs gommeuses qui réagissent sur les synoviales voisines, articulaires ou tendineuses et déterminent ainsi des arthrites ou des ténosites. Existe-t-il des altérations gommeuses primitives dans les synoviales, ou bien leur lésion est-elle toujours secondaire et consécutive à une affection osseuse? C'est là une question non encore résolue, mais, au point de vue anatomique et physiologique, je comprends tout aussi bien le développement de gommes syphilitiques dans les tissus fibreux et séreux péri-articulaires que dans les os, tous ces tissus ayant même origine et même évolution.

Toutes les articulations peuvent être atteintes par l'arthrite gommeuse, mais c'est le genou et le coude qui, en raison même de leur situation superficielle, plus exposés aux traumatismes, ont été signalés comme le plus souvent atteints.

Tardive au point de vue de l'évolution des accidents syphilitiques, l'arthrite gommeuse marche lentement, la synoviale articulaire est médiocrement distendue, mais les parties fibreuses, les extrémités osseuses elles-mêmes sont gonflées et élargies par des chondrophites. La pression ne développe pas de douleurs, les mouvements sont gênés, et à la longue les muscles s'atrophient. Un symptôme, précieux au point de vue du diagnostic, c'est l'existence de douleurs ostéocopes nocturnes, comme en général dans les lésions osseuses de la syphilis. L'arthrite gommeuse ne passe jamais, dit-on, à la suppuration, ce qui la différencie de