

tion avec *friabilité du tissu osseux*. Dans beaucoup de points des épiphyses, la moelle est adipeuse par surcharge graisseuse et les travées de l'os sont amincies au point que le doigt les casse avec la plus grande facilité et pénètre profondément dans le tissu spongieux, bien que ces travées soient constituées régulièrement de corpuscules osseux munis de cellules et ne contenant pas de granulations graisseuses (Cornil et Ranvier).

Dans certaines articulations, comme le genou et l'épaule, les franges synoviales ou leurs appendices, transformés en masses cartilagineuses, calcaires ou osseuses, donnent lieu à la formation de *corps étrangers intra-articulaires*, pédiculés ou sessiles, plus ou moins nombreux; ces corps étrangers ne se rencontrent pas dans les articulations de la hanche, des doigts, où prédominent l'épaississement des capsules fibreuses, l'ossification des ligaments et des tendons.

En général, les lésions sont d'autant moins intenses que le rhumatisme chronique est plus généralisé, et c'est dans la mono-arthrite rhumatismale chronique, le *morbus coxae senilis*, qu'on trouve au maximum les lésions destructives; végétations osseuses, usure et éburnation des cartilages et des os, ostéoporose.

Ce qu'il y a de plus caractéristique dans les arthropathies rhumatismales chroniques, c'est la *déformation des membres*; les causes en sont multiples: il y a le déplacement des surfaces articulaires, les subluxations dont l'agent est la contracture de certains muscles et l'atrophie de certains autres. On rencontre surtout les déplacements chez les sujets jeunes et les femmes à l'époque de la ménopause, qui souffrent cruellement de crampes réitérées à recrudescence souvent nocturne, et dont le rhumatisme déformant a l'évolution la plus rapide.

Les cas dans lesquels la marche est lente, les crampes rares ou nulles, sont ceux où les déviations sont au minimum, et cependant ce sont ceux qui présentent le maximum des altérations osseuses (Charcot).

Il faut encore faire venir en compte, dans la pathogénie des déformations, les lésions des tissus péri-articulaires, fibreux, conjonctifs et cutanés. Tantôt ceux-ci, aux membres inférieurs surtout, sont épaissis, ont un aspect congestif, avec circulation veineuse très apparente ou font des saillies œdémateuses, pseudo-éléphantiasiques. Tantôt, aux membres supérieurs principalement, on observe la disparition des couches celluluses, le ralentissement de la circulation, le refroidissement de la peau, qui se décolore, se rétracte et se colle étroitement sur le squelette comme dans la sclérodémie, en rendant plus évidentes les déformations osseuses.

MM. Pitres et Vaillard, qui ont publié trois cas de *névrites périphériques* dans le rhumatisme chronique, pensent qu'elles peuvent commander les troubles trophiques, cutanés et musculaires<sup>(1)</sup>.

D'autres causes, invoquées par Bonnet, Beau, Trastour, comme le poids des membres, les pressions exercées sur eux par les corps environnants, la nécessité de prendre certaines attitudes fixes pour atténuer les douleurs, paraissent jouer un rôle bien moindre que celles que nous avons énumérées en premier lieu.

MM. Barjon et Destot ont indiqué les caractères différentiels que l'examen avec les rayons Röntgen leur a révélés entre les diverses espèces d'arthropathies déformantes. Chez les goutteux les amas d'urate de chaux qui infiltrent les extrémités articulaires sont transparents au rayon X. Chez les rhumatisants

(1) Académie de médecine, 1887.

chroniques, l'ostéite condensante des extrémités articulaires est opaque à l'éclairage radiographique.

**Symptômes.** — Le rhumatisme chronique progressif est caractérisé symptomatiquement par l'existence de douleurs et de déformations.

Dans le rhumatisme nouveau, elles ont pour siège de prédilection les petites jointures, surtout celles des mains, mais qui, au lieu de se limiter aux deux dernières phalanges des doigts comme dans les nodosités d'Heberden, tendent à se généraliser, en envahissant progressivement, et le plus souvent d'une manière symétrique, les autres jointures des membres depuis les extrémités jusqu'au tronc.

Il faut indiquer les traits spéciaux des deux ordres de symptômes fonctionnels et physiques, douleurs et déformations.

Les *douleurs* précèdent les déformations, et elles présentent quelques caractères assez particuliers. Il n'est pas rare, par exemple, qu'avant toute localisation précise sur telle ou telle jointure, le malade éprouve des sensations anormales, plutôt pénibles et agaçantes que vraiment douloureuses, dans la continuité des membres: fourmillement ou engourdissement, sentiment de raideur et de gêne, élancements à allures névralgiques se reproduisent à intervalles variables, quelquefois très rapprochés et comme par crises, surtout la nuit et le matin, pour s'atténuer et disparaître dans la journée, et s'il s'agit de jeunes sujets, l'insomnie persistante et les plaintes sans cause intelligible peuvent, comme nous l'avons vu dans un cas, être les seuls symptômes de la maladie en voie d'évolution. Les névrites signalées par MM. Pitres et Vaillard expliquent ces douleurs.

Après quelques semaines, ou quelques mois même, dans les formes lentes, il devient évident que ce sont les articulations qui sont le siège réel des douleurs ou tout au moins les foyers d'où partent les irradiations douloureuses.

Les petites jointures des mains ou des pieds sont, en plus ou moins grand nombre, un peu tuméfiées et chaudes, les téguments ne changent souvent pas de coloration à ce niveau; ils peuvent aussi présenter une teinte rosée. Chaleur et tuméfaction, douleur spontanée, accrue par la moindre pression et rendant impossibles les mouvements, sont autant de signes qui ne permettent pas de nier l'existence d'une poussée d'arthrite subaiguë.

Mais le paroxysme est en général de courte durée; les sensations douloureuses, la gêne des mouvements, disparaissent pour réapparaître au bout de quelque temps et laisser, après une nouvelle rétrocession, des traces désormais persistantes de leur passage: déformations des jointures, attitudes vicieuses, et troubles de la nutrition des parties voisines.

Nous avons dit que le caractère dominant de l'affection était une tendance à se généraliser, à envahir symétriquement les jointures des membres, en allant de la périphérie vers la racine. Cette marche est attestée par les observations de Budd, de Romberg, de Charcot; à titre exceptionnel, ce dernier a vu un seul côté du corps frappé d'abord et la généralisation ne s'effectuer qu'ultérieurement.

Aux symptômes précédemment énumérés il convient d'ajouter des *crampes*, des contractions musculaires brusques, involontaires et douloureuses, qui affectent certains muscles péri-articulaires, les fléchisseurs plus souvent que les extenseurs. Ces spasmes musculaires, outre qu'ils sont très pénibles, jouent, d'après la majorité des auteurs, un rôle assez important dans la production des

déformations articulaires qui caractérisent l'affection, quand elle est à sa période d'état.

L'aspect des membres, déformés par le rhumatisme articulaire chronique progressif, est variable suivant que leurs segments ont été peu à peu immobilisés dans la flexion ou l'extension; depuis les remarquables descriptions qu'en a données Charcot, ces deux types ont été adoptés par tout le monde.

En ce qui concerne les membres supérieurs, la phalangette fléchie à angle plus ou moins ouvert sur la phalange, — la phalange en extension sur la phalange, celle-ci fléchie sur les métacarpiens, comme le carpe sur l'avant-bras — forment une griffe spéciale qu'il faut savoir distinguer des autres formes de *main en griffe*, déterminées par diverses lésions musculaires ou nerveuses. Dans ce type de flexion, une variété est caractérisée par l'extension de la phalangette sur la phalange, de telle sorte que le dos des doigts de la main paraît excavé à partir de la tête saillante des métacarpiens. Les phalanges peuvent être inclinées en masse vers le bord cubital de la main, tandis que les phalanges sont déviées en sens inverse sur les phalanges.

L'extension de la phalangette sur la phalange, et des phalanges sur les métacarpiens, avec flexion des phalanges sur les phalanges, caractérisent le type dit d'extension.

A ces nuances près, on peut dire que les divers segments des doigts tendent à prendre la forme de Z par suite de leurs déviations alternatives.

Les déformations portent plus rarement ou à un moindre degré sur les articulations du poignet et du coude.

Quant aux membres inférieurs, dont les lésions sont en général moins marquées que celles des membres supérieurs, ils offrent surtout des déformations du gros orteil et du genou. — Le gros orteil, fortement dévié en dehors, peut recouvrir les autres doigts, et son articulation avec le premier métatarsien fait une saillie considérable. Le pied se dévie en valgus ou en varus équin: au genou, on voit saillir l'extrémité inférieure du fémur et surtout son condyle interne en avant du tibia, tandis que la rotule se dévie en dehors sur le condyle externe et la tête du péroné également saillante; la jambe est alors fléchie sur la cuisse.

On a noté que l'articulation coxo-fémorale était le plus souvent respectée par le rhumatisme chronique généralisé progressif. Elle est au contraire le siège de prédilection de la mono-arthrite déformante (*morbus coxæ*).

Les articulations des vertèbres peuvent être atteintes; la mobilité du rachis est ainsi compromise dans une étendue plus ou moins grande. Si la région cervicale est touchée, la tête peut être penchée en avant et le menton porté vers le sternum; dans les régions dorsale et lombaire, l'exagération des courbures naturelles rend le dos voûté ou l'ensellure lombaire très marquée.

Les déformations des articulations résultent de diverses causes dont l'anatomie pathologique nous donne l'explication. Toutes les parties constituantes des jointures sont en effet atteintes dans leur intégrité, mais particulièrement les extrémités des os. Celles-ci se tuméfient et se couvrent d'ostéophytes, stalactites osseuses, à la périphérie des surfaces articulaires. D'autre part, les positions vicieuses exagèrent les saillies naturelles des épiphyses, et, quand l'action continue de certains muscles péri-articulaires spasmodiquement contracturés a déterminé des subluxations, les rapports normaux des saillies entre elles sont considérablement modifiés. L'atrophie de certains autres muscles, la rétraction

et l'épaississement des tissus fibreux, l'usure des cartilages, sont autant d'agents de déformation.

Comme troubles trophiques, on a constaté, outre l'atrophie musculaire, des altérations des téguments. Une peau pâle, amincie, couverte souvent d'une sueur visqueuse, paraît quelquefois collée sur les os, comme dans la « forme atrophique » admise par Vidal. D'autres fois les téguments sont violacés, épaissis et même œdématisés très notablement. Nous avons déjà dit quel rôle on est en droit d'attribuer aux névrites périphériques dans la pathogénie de ces troubles trophiques.

M. Lancereaux<sup>(1)</sup> a décrit avec beaucoup de soin les *troubles trophiques* du rhumatisme chronique, les changements de coloration et de consistance de la peau (aspect luisant rouge ou pâle, épaississement, formation de durillons, desquamation pityriasiforme ou squameuse, taches pigmentaires, éruptions diverses érythémateuses, vésiculeuses ou bulleuses), hypertrophie, cannelures, incurvation, fragilité, chute spontanée des *ongles*, disparition précoce du *système pileux*, amincissement atrophique ou état œdémateux du *tissu conjonctif* sous-cutané, épaississement ou rétraction des *aponévroses*, surtout de l'aponévrose palmaire. M. Lancereaux considère aussi comme troubles trophiques les altérations des os et des articulations, des muscles, ainsi que les perturbations de la sensibilité, de la calorification, qui est d'ordinaire abaissée de quelques dixièmes de degré au niveau des points malades (en dehors des poussées congestives, œdémateuses ou lymphangitiques) — et de la sécrétion sudorale, qui est presque toujours augmentée.

Il importe d'établir quelques différences entre les divers modes d'évolution du rhumatisme chronique, suivant les conditions d'âge et d'étiologie.

Ainsi, c'est surtout chez les vieillards que la production de végétations osseuses est abondante; ce sont au contraire les subluxations et les attitudes vicieuses par contractures des muscles péri-articulaires qui dominent chez les jeunes sujets.

Tandis que les enfants peuvent guérir ou voir leur affection s'amender considérablement, la marche constamment envahissante est au contraire l'apanage de l'âge adulte et de la vieillesse. Dans ce cas, la généralisation du travail d'ankylose et de déformation à un grand nombre de jointures rend les malades absolument infirmes à un certain moment. Cloués au lit, ils ne peuvent qu'à peine s'alimenter eux-mêmes, bien que leurs fonctions digestives soient intactes. Ils deviennent anémiques, par absence d'aération et d'exercice, quand les membres inférieurs entravent absolument la marche.

Notre ami, le Dr Lacaze-Dori (de Montauban), a précisé, dans une bonne étude clinique<sup>(2)</sup>, les caractères propres au *rhumatisme nouveau des enfants*, dont il avait pu suivre plusieurs observations dans le service de notre maître commun, M. J. Simon. « Le début, dit-il, est ordinairement subaigu et les phénomènes de subacuité persistent pendant un temps variable de quelques mois à plusieurs années. Il est exceptionnel que la maladie débute d'une façon suraiguë ou qu'elle succède au rhumatisme articulaire aigu.

« Après un temps plus ou moins long, les phénomènes douloureux diminuent, les exacerbations sont de moins en moins fréquentes; puis la maladie est franchement chronique. Alors, si l'enfant est soumis à un régime convenable, on

<sup>(1)</sup> *Cliniques de la Pitié*, t. II, 1890.

<sup>(2)</sup> Thèse inaugurale, Paris, 1882. — Cf. DIAMANTBERGER, Rhumatisme chronique chez les enfants. Thèse de Paris, 1891. — CÉRY, Thèse de Nancy, 1892.