

DE
L'OSTÉO-ARTHRITE
SYPHILITIQUE TERTIAIRE

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DES
LOCALISATIONS ARTICULAIRES DE LA SYPHILIS TERTIAIRE

PAR
LE D^R MICHEL GANGOLPHE

Ex-chef de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Lyon,
Membre correspondant de la Société anatomique de Paris,
Membre de la Société des sciences médicales de Lyon.

Extrait des *Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie.*

PARIS
G. MASSON, ÉDITEUR
LIBRAIRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE
120, BOULEVARD SAINT-GERMAIS, EN FACE DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE
—
1885



DE

L'OSTÉO-ARTHRITE

SYPHILITIQUE TERTIAIRE

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DES
LOCALISATIONS ARTICULAIRES DE LA SYPHILIS TERTIAIRE

PAR
LE D^R MICHEL GANGOLPHE
Ex-chef de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Lyon,
Membre correspondant de la Société anatomique de Paris,
Membre de la Société des sciences médicales de Lyon.

Extrait des *Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie.*

PARIS
G. MASSON, ÉDITEUR
LIBRAIRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE
120, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, EN FACE DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE

1885

Biblioteka Główna WUM

Br.6274



000027970



www.dlibra.wum.edu.pl

**Biblioteka Główna
WUM**



DE

L'OSTÉO-ARTHRITE

SYPHILITIQUE TERTIAIRE

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DES LOCALISATIONS ARTICULAIRES
DE LA SYPHILIS TERTIAIRE

Dans ce mémoire, nous nous sommes proposé d'étudier, à l'aide de données anatomo-pathologiques nouvelles, la nature, l'évolution, les caractères différentiels d'une variété d'arthropathie syphilitique, de l'*ostéo-arthrite tertiaire*.

Nous ne toucherons pas au côté clinique de la question ; nous nous attacherons surtout à exposer les résultats fournis par l'observation nécroscopique, persuadé que l'obscurité relative qui règne sur ces lésions, malgré de nombreux et remarquables travaux, tient à l'insuffisance des documents anatomiques.

Réunissant dans un premier paragraphe les faits publiés à ceux qui nous sont personnels, nous tenterons, dans une seconde partie, d'établir, d'après leur examen analytique, la nature, le mode d'évolution, les caractères différentiels de l'ostéo-arthrite gommeuse.

Le titre de ce travail indique suffisamment qu'il ne s'agit pas d'une étude complète et surtout définitive, pour que nous n'ayons pas à nous défendre d'avoir voulu préjuger d'une question qui, certainement, appelle de nouvelles recherches.

§ 1. — *Observations.*

Les faits publiés par M. le professeur Richet (1853), et ultérieurement par ses élèves, Voizin (1875), Dauzat (1875), dans le but de prouver l'existence de l'arthrite, de la tumeur blanche syphilitique, ont

été repris et critiqués par M. Panas (art. *ARTICULATIONS*, *Dictionnaire de Jaccoud*, 1875), et plus tard par M. Bouilly (1875), dans son intéressante étude comparative des arthropathies rhumatismales, scrofuleuses, syphilitiques. De nouvelles thèses (Dureuil 1881, Méricamp 1882), inspirées par M. le professeur Fournier, ont paru ces dernières années, et cependant, dans cet ensemble de publications, nous ne trouvons que deux relations d'autopsies dues, la première à M. Lancereaux (1873), la seconde à M. Méricamp. C'est peu, comparativement au bilan des observations cliniques; toutefois, lorsqu'il s'agit de déterminer la nature d'une lésion, la valeur des données anatomo-pathologiques nous paraît bien supérieure aux documents cliniques. Nous citerons tout d'abord ces faits, celui de Schuller (1882), et les nôtres, afin de mettre immédiatement sous les yeux du lecteur les pièces qui servent à établir nos conclusions.

Obs. 1. — Lancereaux (*Traité de la syphilis*, 2^e édit. 1873), *Arthropathie syphilitique des deux genoux*. — *Autopsie*.

Autopsie. — (Résumé.)

Dégénérescences gommeuses ganglionnaires multiples.

Foie syphilitique, gommés et cicatrices.

Ulcérations du larynx.

Ulcération et rétrécissement des bronches.

Arthropathies. — Les deux articulations fémoro-tibiales sont volumineuses; elles renferment chacune plus d'un verre d'une sérosité louche. Les synoviales, épaissies et en même temps injectées, sont tapissées de plusieurs dépôts pseudo-membraneux. A gauche, une fausse membrane jaunâtre unit les deux feuillets synoviaux; à droite, la bourse synoviale du droit antérieur, sans communication avec la cavité articulaire, n'est pas altérée. La surface articulaire du condyle externe gauche est dans un point érodée. Les cartilages articulaires des rotules sont érodés et ulcérés; mais ces altérations ne sont que secondaires et la lésion principale porte sur les tissus fibreux de l'articulation. Du côté droit, 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, sont transformés en une masse uniforme, jaune grisâtre, élastique, qui a 4 centimètres d'épaisseur sur la ligne médiane. Cette masse, par son aspect, sa consistance et sa structure, se rapproche des produits morbides trouvés dans le foie: elle est formée par un dépôt gommeux. Une simple bandelette fibreuse représente le tendon rotulien, et quelques tractus fibreux semblent diviser la masse gommeuse en plusieurs petites tumeurs. Les ligaments semi-lunaires et inter-articulaires sont sains. L'articulation du genou gauche est également altérée, avec cette différence que le peloton graisseux post-rotulien n'a pas disparu aussi complètement que du côté opposé. Au-dessous de ce peloton, en arrière du tendon et en avant du tibia, existe un dépôt gommeux de 2 centimètres d'épaisseur. L'examen anatomique des masses gommeuses articulaires m'a donné une structure identique à celle des tubercules gommeux du foie.

Obs. II. — Méricamp (Thèse Paris, 1882), *Des arthropathies syphilitiques.*

Dans un mémoire précédent sur l'ostéomyélite gommeuse des os longs (*Lyon médical*, 1884), nous avons reproduit les détails notés dans ce fait remarquable, relativement aux lésions diaphysaires. Nous n'indiquerons ici que les lésions articulaires.

Genou gauche. — Ce genou, anciennement si malade, a aujourd'hui sa forme normale.

Les muscles qui l'entourent ont leur coloration habituelle, sans dégénérescence graisseuse; rien d'anormal autour de l'articulation.

La synoviale est intacte, elle a sa forme, son épaisseur, ses caractères ordinaires; seulement le ligament adipeux est remarquable par sa surcharge graisseuse, et la synoviale est doublée à sa face externe d'une couche épaisse de tissu adipeux.

Les ligaments articulaires sont intacts, les ligaments croisés seuls paraissent avoir des insertions moins solides, et il est possible de les arracher à leurs insertions fémorales.

Le plateau tibial est intact.

Les ménisques articulaires sont intacts.

La surface articulaire de la rotule l'est également.

Tous les os constitutifs de l'articulation, la rotule y comprise, ont leur forme ordinaire. Et si le cartilage fémoral ne portait la trace d'altérations anciennes, réparées en partie, on jurerait une articulation saine.

Ces lésions du cartilage sont peu de chose, et presque exclusivement cantonnées dans cette partie de la trochlée fémorale qui s'articule avec la rotule.

Le cartilage est lobulé, à la façon des foies atteints de cirrhose atrophique.

Il est des gros et des petits grains : les gros grains ont la dimension d'une lentille, les petits, celle d'un gros grain de mil; il en existe d'intermédiaires : gros grains et petits grains sont confluent et séparés par des dépressions appartenant au cartilage cicatrisé.

Sur la face tibiale de la trochlée fémorale, on n'aperçoit que deux dépressions stellaires, cicatrices à nombreux rayons.

Mais ce sont là de vieilles lésions, actuellement réparées, et pouvant tout au plus donner lieu, et à grand'peine, à un léger frottement.

.....
A l'extrémité inférieure du fémur, on constate ce qui suit :

Plus rien de ce tissu réticulé dense et si admirablement feutré de l'épiphyse normale.

En arrière, c'est une fine lame de tissu compact; en avant, c'est une couche d'ostéite condensante de plus de 1 centimètre d'épaisseur.

Cette ostéite condensante est antérieure, nous venons de le dire : elle répond par conséquent à la surface rotulienne de la trochlée fémorale, et nous savons que c'est à ce niveau que le cartilage est particulièrement lobulé.

Au-dessus du cartilage articulaire est dans l'os un foyer de 1 centimètre et demi de diamètre, limité, en avant par la couche épaisse d'ostéite condensante, en bas par une lame irrégulière anguleuse (et non arrondie comme

cela existe normalement) de tissu osseux. Ce foyer se continue directement avec le canal médullaire dilaté et prolongé.

Il est rempli d'une substance pulpeuse, jaune d'or, non plus rouillée comme celle qui remplit la diaphyse, mais se continuant de proche en proche avec elle; cette substance est soutenue et parcourue par une trame conjonctive.

En résumé, le fémur seul a été atteint. Tous les autres éléments de l'articulation sont absolument intacts, à l'exception du cartilage qui s'est trouvé particulièrement altéré dans le point qui correspondait à l'altération osseuse la plus grande.

Cela semblerait prouver que l'altération cartilagineuse est symptomatique de l'altération osseuse : mais on dit dans l'observation de la malade qu'il y a eu épanchement articulaire; l'altération du cartilage peut par conséquent être mise sur le compte de modifications subies à ce moment par la synoviale, modifications si légères, néanmoins, qu'il est impossible d'en saisir la moindre trace.

.....

Coude gauche. — Extrémité articulaire inférieure.

Tandis que les lésions du corps de l'humérus sont surtout des lésions par condensation, les lésions de l'extrémité inférieure sont surtout des lésions destructives.

C'est ainsi que la lamelle osseuse qui sépare la cavité coronoïdienne de la cavité oléocrânienne est rugueuse, amincie, perforée, détruite même par places.

Que le condyle huméral est constitué par un tissu vacuolaire d'une fragilité extrême.

Que la trochlée humérale est en grande partie détruite. Elle n'est représentée que par sa partie interne et par sa partie externe, et encore sa partie interne est-elle seule reconnaissable; entre les deux existe un vide de 5 à 6 millimètres, comblé par du tissu fibreux : les deux fragments qui restent de la trochlée sont mobiles; ils tiennent à peine; ils sont fracturés, ce qui explique la fragilité extrême du tissu osseux à leur niveau. Nous pensons que ce sont là des fractures *post mortem*. A ces lésions si intimes correspondent des modifications considérables du cartilage articulaire; il est inégal, irrégulier.

.....

Examen histologique. — Extrémité inférieure du fémur.

Le tissu osseux du condyle présentait des signes évidents d'ostéite raréfiante. Mais il ne contenait pas d'îlots néoplasiques circonscrits comme l'extrémité inférieure du radius. En certains points, le tissu osseux du condyle présentait des traces bien nettes d'ostéite condensante sur les caractères de laquelle je n'ai pas à insister ici. Le cartilage, dans ses parties en apparence les plus saines à l'œil nu, présente déjà des altérations notables, facilement constatables à un fort grossissement. Les capsules du cartilage contiennent des granulations graisseuses fines, leur noyau a complètement disparu; en un mot, les cellules cartilagineuses contenues dans les cavités capsulaires sont complètement détruites. La plupart des capsules cartilagineuses sont déformées, irrégulières. En plusieurs points, les boyaux remplis de cellules

embryonnaires résultant de l'ostéite raréfiante ont érodé le cartilage et tendent à s'ouvrir dans la cavité articulaire.

Obs. III. — Schuller (*Bericht über die Verhandlungen d. deutsch. Gesell. f. Chir., XI^e Congress*).

Nous résumons ici une communication faite par M. Schuller sur une présentation anatomique.

Après avoir insisté sur l'incertitude qui règne sur les lésions syphilitiques et indiqué les caractères qui lui paraissent différencier la syphilis héréditaire de la syphilis acquise, cet auteur présente les pièces suivantes : sur une femme de 49 ans, morte avec de nombreuses localisations syphilitiques, le genou droit, qui était quelque peu tuméfié extérieurement, contenait à peu près une demi-cuillerée de sérosité trouble, floconneuse, rougeâtre. La synoviale, couverte de petites papilles, était épaissie, surtout au voisinage de la rotule. Le cartilage de celle-ci était irrégulier et présentait à sa partie interne une perte de substance comblée par du tissu fibreux. Lésions analogues sur les condyles du fémur et le condyle interne du tibia. Le condyle externe de ce dernier os offre une perte de substance arrondie, grosse comme une noisette, infundibuliforme dont le fond est comblé par une substance gommeuse qui s'enfonce à 5 centimètres de profondeur dans le tissu spongieux de l'épiphyse. Schuller pense que la perte de substance comblée par du tissu cicatriciel, observée sur la rotule, tient à une ulcération cartilagineuse, tandis que sur le tibia on doit se demander s'il n'y a pas eu à la fois gomme osseuse et ulcération cartilagineuse. Pour lui les cicatrices du cartilage sont caractéristiques comme les productions gommeuses. Langenbeck fait remarquer que c'est là aussi l'opinion de Virchow.

Obs. IV. — *Fracture pathologique de la cuisse gauche. — Défaut de consolidation. — Erysipèle facial. — Mort par cachexie. — Lésions osseuses multiples très vraisemblablement syphilitiques.*

Nous ne transcrivons ici de cette observation publiée intégralement dans notre mémoire sur l'ostéomyélite gommeuse que les lésions observées sur les articulations.

En ouvrant l'articulation coxo-fémorale, nous voyons sortir une certaine quantité de sérosité purulente roussâtre : le rebord cotyloïdien est érodé, le fibro-cartilage a disparu dans les points correspondants à ces érosions. La partie du fragment supérieur intermédiaire à la fracture et à la base du col est augmentée de volume par suite de la formation d'un tissu osseux nouveau, spongieux et friable. Le col du fémur présente d'assez nombreuses érosions. Le tissu fibreux qui le recouvre est épaissi, vascularisé. Le cartilage diarthrodial est un peu terne, mais ne présente pas de perte de substance. Des coupes portant sur la tête et le col du fémur démontrent l'extension de l'ostéite sur toute la longueur. Dans la tête fémorale existent plusieurs petites portions osseuses, nécrosées, jaunâtres. L'articulation coxo-fémorale droite contenait un peu de sérosité purulente : le fond de la cavité cotyloïde était érodé en deux ou trois points comme par des coups d'ongle.

..... Au centre de la tête humérale droite existait une masse blanc jaunâtre, diffuse, à bords mal limités, mais entourés par une zone vascularisée rougeâtre. La substance jaune infiltrait le tissu osseux, mais celui-ci ne s'était pas résorbé, n'avait pas disparu complètement, tout en étant raréfié. La lésion présentait à peu près les dimensions d'une pièce de 1 franc. Intégrité apparente du cartilage articulaire. Au point de vue histologique, cette altération présentait tous les caractères du syphilome.

OBS. V. — *Accidents syphilitiques tertiaires multiples (osseux et viscéraux)*. — *Ictère*. — *Albuminurie*. — *Mort dans le coma*. — *Autopsie*.

Crottier-Combe, Irénée, âgé de 23 ans, né à Neulize (Loire), entré dans le service de M. Daniel Mollière, salle Saint-Joseph, n° 19, mort le 5 février.

[Les détails cliniques de cette observation nous ont été communiqués par notre ami Duzéa, interne des hôpitaux. (1)]

Cet homme, malgré une apparence des plus chétives et qui paraissait n'avoir pas dépassé ni même atteint l'âge de la puberté (absence de barbe, duvet insignifiant au pubis, organes génitaux incomplètement développés, taille petite, facies d'enfant) a affirmé n'avoir jamais été malade avant l'âge de 20 ans. Au point de vue de ses antécédents, il nous a dit posséder encore son père et sa mère, qui auraient toujours joui d'une bonne santé. Il avait deux sœurs, plus âgées que lui, également bien portantes; il n'en a jamais perdu.

Interrogé au point de vue d'antécédents spécifiques, il répondait n'avoir jamais eu de rapports avec une femme, jamais de boutons ni d'éruptions cutanées; pas de plaques sur les lèvres, dans la bouche ou dans la gorge; pas de calvitie. Du reste, malgré un examen attentif, il a été impossible de retrouver la trace d'un accident syphilitique primitif.

Il y a deux ans et demi ou trois ans, le malade ne peut préciser juste, il aurait commencé à ressentir une douleur sourde au niveau de la partie moyenne du tibia gauche, en même temps qu'il aurait constaté un peu de gonflement de ce côté.

Presque à la même époque, à la partie supérieure de l'épaule droite, entre la racine du cou et la pointe de l'acromion, se produisit une série d'ulcérations superficielles qui survinrent sans cause connue et qui non seulement persistèrent depuis ce moment, mais se rejoignirent, s'avancant en avant et en arrière, formant une sorte d'épaulette reproduisant la forme générale d'un S italique, descendant en arrière un peu au-dessous de la région sus-jacente à l'épine de l'omoplate, tandis qu'en avant la lésion dépassait d'un centimètre ou deux le bord inférieur de la clavicule.

Ces ulcérations qui saignaient facilement se sont recouvertes de croûtes épaisses reposant sur un fond rouge brun. Elles ont encore cet aspect au moment de l'entrée du malade; mais on remarque que la lésion présente

(1) Les pièces anatomopathologiques recueillies sur ce sujet ont été présentées à la Société des sciences médicales de Lyon (séance du 8 février 1885).

actuellement une tendance à la cicatrisation, surtout sur ses parties marginales, tandis que le centre est encore humide et suintant.

Depuis le début de ces accidents, l'état de santé du malade est devenu de plus en plus mauvais, perte constante de l'appétit et des forces, malgré un traitement exclusivement tonique qui lui fut conseillé dans son pays. C'est ce qui le décide à entrer à l'hôtel-Dieu de Lyon. A ce moment, outre les lésions cutanées déjà signalées, on constate que la tuméfaction de la partie moyenne du tibia gauche s'est convertie en un abcès qui s'est ouvert spontanément, il y a quelques jours, laissant un trajet fistuleux d'où s'écoule un pus séreux, quelquefois sanguinolent. Un stylet introduit dans ce trajet conduit dans le corps de l'os dans une anfractuosité assez spacieuse. La plaie laisse échapper une odeur putride. Tout autour, la peau est tendue, violacée, lardacée. On constate, malgré une énorme atrophie de tout le membre correspondant, un peu d'œdème de la partie inférieure des malléoles et sur le dos du pied.

La pression éveille une douleur vive, douleur qui est parfois spontanée et sourde.

Sur la jambe droite et dans un point presque exactement symétrique au précédent, on constate une tuméfaction du tibia qui présente une hyperostose marquée sur une longueur de 4 à 5 centimètres environ sur la partie moyenne et surtout sur la face interne la plus accessible.

Atrophie du membre inférieur droit, mais moins marquée que celle du membre inférieur gauche.

Du côté de la tête, on constate, sur la région qui correspond à la réunion du frontal, du temporal et du pariétal, une tuméfaction de la grosseur d'un œuf de pigeon, assez molle, non réductible et donnant manifestement la sensation de fausse fluctuation.

La partie antérieure et supérieure du frontal paraît inégale et comme boursoufflée.

Le malade a eu parfois quelques douleurs céphaliques, mais peu intenses : jamais de troubles intellectuels, jamais de vertiges, ni de troubles cérébraux.

Enfin, outre ces phénomènes objectifs, on constate encore de la raideur et de la gêne de plusieurs articulations, mais surtout des articulations de l'épaule et du coude. Des craquements manifestes sont produits par les mouvements qu'on provoque dans les articulations. Du côté des membres inférieurs, mêmes phénomènes, mais beaucoup moins accentués : c'est au genou où ils le seraient le plus. Du reste, du côté des membres supérieurs, les doigts, les mains et les avant-bras sont dans une demi-flexion que le malade conserve pour éviter la douleur. La sensibilité cutanée de ces membres supérieurs paraît un peu diminuée, il y a de la parésie et un peu d'anesthésie.

En présence de ces phénomènes, mais surtout en présence des lésions cutanées typiques de l'épaule droite, M. Mollière diagnostique immédiatement des lésions syphilitiques tertiaires. Il insiste même sur ce diagnostic qu'il est de toute importance de porter dès le début des accidents, afin d'instituer le traitement spécifique.

Dès son entrée, le malade est soumis au traitement suivant :

Bains salés tous les jours.

Iodure de potassium, 6 grammes ; frictions à la pommade mercurielle. Depuis son arrivée, le malade a gardé à peu près constamment le lit. Les premiers jours, il a paru légèrement amélioré ; mais dès le 20 janvier, l'état général est redevenu mauvais ; anorexie à peu près complète : la douleur

est beaucoup plus vive à la jambe gauche; le malade ne peut dormir tant elle est intense. On fit alors, le 23 janvier, une large incision au niveau de la fistule de la jambe gauche, incision allant jusqu'à l'os, en pensant à de la rétention du pus. Après l'incision, douleur extrêmement vive pendant les deux jours qui suivirent. Une hémorrhagie fut consécutive à cette incision et ne put être arrêtée que grâce à un tamponnement énergique et à l'administration de 3 grammes de seigle ergoté en poudre. Hémorrhagie en nappe, tendance hémophilique manifeste. Le 1^{er} février, le malade éprouve une dyspnée intense, il a de la torpeur et de la somnolence; il répond encore aux questions, mais avec peine et à voix basse. En même temps, teinte subictérique généralisée.

A ce moment, on cesse l'usage de l'iode pour ne continuer que la pomme mercurielle. On n'a pas trouvé de troubles à l'auscultation du cœur. L'auscultation des poumons n'a fait constater aucun signe manifeste. Un peu plus d'obscurité à droite qu'à gauche.

Les jours suivants, ces phénomènes vont en s'accroissant. Le 4 février, on incise la gomme de la région tempo-fronto-pariétale droite. Il ne sort qu'un peu de matière jaunâtre comme caséeuse. Un stylet introduit dans la plaie conduit sur un os dénudé. Pas de communications avec la cavité crânienne.

Pas d'agitation ni de délire: le coma et la dyspnée s'accroissent de plus en plus. Les urines, qui étaient devenues rares ces jours derniers, se suppriment complètement. Examinées le 3 février, les réactifs y ont décelé une grande quantité d'albumine. Pas de sucre.

Le malade succombe le 5 février, à 11 heures du soir.

Autopsie. — Le 7 février.

Examen des organes. — Le cerveau et ses enveloppes ne nous ont montré aucune lésion; peut-être très légère congestion des méninges, mais n'ayant rien de caractéristique.

Surface extérieure cérébrale absolument intacte; rien non plus sur les circonvolutions correspondant au point où siégeait la gomme de la paroi crânienne.

On ne note également rien de particulier sur les différentes coupes qu'on y pratique.

Poumon gauche. — Sain.

Poumon droit. — Consistance très molle; il se laisse facilement déchirer. Adhérences nombreuses qui ne permettent de l'extraire de la cavité thoracique qu'avec la plus grande difficulté. Ces adhérences sont surtout accentuées au niveau de sa face inférieure et postérieure. Mais la lésion typique est celle que l'on note à la partie moyenne du lobe inférieur. Là, en effet, sur une coupe antéro-postérieure, on remarque logée dans l'épaisseur du lobe une gomme sèche du volume et de l'aspect d'un gros marron, selon la comparaison de M. le professeur Raymond Tripiet. Deux autres gommages plus petites et de date plus récente font saillie dans la plèvre.

Enfin, au sommet du même côté, petites cavernules avec de petites gommages ne dépassant pas le volume d'une tête d'épingle.

Foie. — Mamelonné, semble un peu diminué de volume. Adhérences de sa face supérieure et postérieure avec le diaphragme, dont on le détache difficilement. Traces d'anciennes inflammations péritonéales locales. A la partie antérieure, nous trouvons une gomme du volume d'une noisette. Dans le parenchyme de l'organe, on trouve une série d'autres petites gommages de la grosseur d'une tête d'épingle, disséminées surtout au niveau des points cor-

respondant à l'intervalle des mamelons. Autour de ces gomme, le tissu de l'organe présentait les lésions macroscopiques de la sclérose interstitielle. Dans le reste du parenchyme, dégénérescence grasseuse typique.

Rate. — Très congestionnée, volumineuse et friable. Poids, 1,100 grammes. Pas d'autres lésions.

Reins. — Tous deux volumineux, mais ne présentant pas d'autre lésion qu'une congestion intense et un peu de dégénérescence grasseuse.

Organes génitaux urinaires. — Pas d'altérations, testicules petits et comme incomplètement développés, mais ne présentant aucune lésion.

Rien non plus du côté du péritoine et du tube digestif.

Mais une dernière lésion a été constatée dans le corps thyroïde, dans le lobe gauche duquel on a trouvé une petite gomme de nature et d'aspect semblables aux précédentes et du volume d'un pois.

Avant d'indiquer les résultats que nous a fournis l'examen du squelette (1), nous ferons remarquer, outre les dimensions anormales de la rate, l'existence d'une hypertrophie ganglionnaire généralisée très notable.

Les yeux, les dents, le squelette de la face n'étaient le siège d'aucune lésion.

État du squelette. — La voûte crânienne présentait des lésions gommeuses multiples. La base du crâne n'en offrait aucune trace.

Thorax. — Les côtes paraissent indemnes; quant au sternum, il est profondément altéré au niveau de l'articulation sterno-claviculaire droite. Les deux surfaces claviculaire et sternale sont déformées, profondément érodées. L'épiphysse entière de la clavicule a disparu, à sa place existe une dépression profonde, en croissant, limitée par deux cornes, l'une antérieure, l'autre postérieure, qui donne à l'os l'aspect d'une fourche à deux dents.

En explorant cette surface au stylet, on pénètre dans l'intérieur de la clavicule. Une coupe parallèle au grand axe démontre à ce niveau l'existence d'un tissu gommeux caractéristique. Ajoutons qu'il existait une hyperostose périphérique manifeste.

La moitié externe de la clavicule est élargie, hyperostosée, mais l'extrémité acromiale est réduite à l'état de lame ostéo-fibreuse très mince.

La clavicule gauche, en majeure partie intacte, est recouverte à son extrémité acromiale d'une très faible couche de substance gommeuse jaunâtre.

Colonne vertébrale. — Sur une coupe médiane antéro-postérieure, comprenant tout le rachis, on ne distingue aucune lésion.

Bassin. — Sur aucun point du bassin (sacrum et os iliaques) il n'existe de lésion appréciable.

Membres supérieurs.

Membre droit. — L'omoplate est le siège de lésions remarquables : non seulement toute l'épiphysse marginale du bord spinal a disparu, mais en outre le corps de l'os est érodé à sa périphérie, échancré de distance en distance. Ces dépressions sont remplies de substance caséuse jaune, maintenue

(1) Nous devons à l'obligeance de M. Daniel Mollière, chirurgien-major de l'hôtel-Dieu de Lyon, d'avoir pu pratiquer cette intéressante autopsie.

en place par du tissu fibreux. La base de l'épine de l'omoplate est surmontée d'un amas de détritux gommeux de la grosseur d'une noix, reposant sur une perte de substance du tissu osseux. L'acromion est aminci, réduit en certains points à l'état de lame papyracée : il présente un élargissement tel que son plus grand diamètre mesure 7 centimètres. Il est recouvert d'une très mince couche caséuse, sèche, quelque peu adhérente. L'apophyse coracoïde (région épiphysaire) présente un peu de tissu gommeux.

Cavité glénoïde. — Indemne.

Articulation acromio-claviculaire. — Altérations des surfaces articulaires, disparition du cartilage; ligaments intacts.

L'articulation de l'épaule ne contient ni pus, ni sérosité purulente : la synoviale est intacte, de coloration normale. Le cartilage diarthrodial de l'humérus présente quelques dépressions au niveau du tiers supérieur du col anatomique dans le point où la synoviale vient s'insérer au pourtour du cartilage. Entre les dépressions et autour d'elles le cartilage est inégalement épais : soulevé ici sous forme de petites saillies mamelonnées circonscrites par de petits sillons, là très aminci, laissant voir, par transparence, la teinte bleu foncé du tissu spongieux sous-jacent; il adhère fortement à ce dernier, contrairement à ce qui s'observe dans les ostéo-arthrites tuberculeuses. Les dépressions ont une forme étoilée. Un fin stylet, introduit dans quelques-unes de ces perforations dont les plus volumineuses ne dépassent guère un diamètre de 2 ou 3 millimètres, pénètre dans un tissu mou, friable. Une coupe verticale et parallèle à l'axe transversal de l'extrémité humérale permet d'observer des lésions auxquelles il était difficile de s'attendre, étant donnée l'intégrité apparente de l'os. L'épiphyse est le siège d'un noyau gélatineux, mou, très légèrement rosé, de la dimension d'une pièce de 50 centimes : coloration jaunâtre à la partie externe.

La lésion, ainsi que l'ostéite raréfiante qui l'accompagne, existent sur une étendue de 3 centimètres de hauteur et de 1 centimètre et demi de largeur. La limite de la diaphyse et de l'épiphyse ou la place occupée par le cartilage de conjugaison est indiquée par une ligne osseuse compacte épaisse de 2 millimètres environ. Cette mince ligne osseuse est interrompue dans ses deux tiers externes par la lésion qui mérite pour cela la dénomination de diaphyso-épiphysaire. En comparant les coupes symétriques des deux extrémités humérales supérieures, droite et gauche, on voit nettement sur la première que l'altération s'est développée sur la diaphyse et l'épiphyse, tandis que sur la seconde la diaphyse est restée indemne, alors que l'épiphyse a presque entièrement disparu. La région de la grosse tubérosité présente une certaine raréfaction de son tissu, mais ne contient pas de substance gommeuse.

La diaphyse et l'extrémité inférieure de l'humérus sont intactes.

L'articulation du coude contient de la synovie normale : le tiers interne de la surface cartilagineuse de la cupule radiale a disparu, laissant une brèche comblée en partie par du tissu fibreux. Le reste du cartilage diarthrodial irrégulièrement aminci présente quelques petits mamelons.

L'extrémité supérieure de la diaphyse radiale présente une augmentation de volume qui s'étend sur une longueur de 6 centimètres environ. Recouverte d'un périoste épais, résistant, la surface osseuse offre de petits sillons, quelques perforations dans lesquelles s'enfoncent des travées fibreuses. L'apophyse bicipitale déformée, plus saillante, est comprise dans le territoire de l'hyperostose.

Le cubitus est intact; toutefois le sillon qui sépare les apophyses coronoïde et l'olécrâne est plus accentué, recouvert d'un tissu fibreux épais. Le poignet et le squelette de la main ne sont le siège d'aucune lésion.

Membre gauche.

Omoplate gauche. — A peu près complètement sain. La surface acromioclaviculaire est amincie, recouverte d'une très légère couche caséuse.

Articulation de l'épaule. — Synovie normale. Le cartilage glénoïdien est un peu irrégulier, comme ridé : l'extrémité supérieure de l'humérus est profondément atteinte. Les deux tiers supérieurs de la tête humérale, os et cartilage, ont disparu : il ne reste plus de l'épiphyse qu'une sorte de bandelette située à la partie inféro-interne. La perte de substance résultant de la destruction du tissu osseux se présente comme une dépression profonde de 1 centimètre et demi, limitée, en dedans et en bas par la partie restante de la tête, en haut et en dehors par la tubérosité externe. Elle est tapissée par une néo-membrane rougeâtre, épaisse, qui repose sur un plan osseux résistant. La région des trochanters, notablement élargie (le plus grand diamètre est de 7 centimètres, à droite de 5 centimètres et demi), est remarquable par de nombreuses saillies et dépressions. Un périoste épais la recouvre, il est très adhérent en raison des prolongements qu'il envoie dans les anfractuosités. La petite tubérosité, très élargie, tend à recouvrir complètement le tendon du biceps et à transformer la demi-gouttière en un canal osseux.

Sur une coupe transversale et verticale, passant par le grand axe de l'os, on se rend compte des détails suivants :

La dépression humérale est tapissée par une couche fibreuse de 4 à 5 millimètres d'épaisseur, qui repose sur une lame éburnée de 1 millimètre et demi à 2 millimètres d'épaisseur. Cette cloison osseuse, qui répond exactement aux limites de la diaphyse et de l'épiphyse, permet d'apprécier l'étendue de la lésion épiphysaire. On voit sur la coupe qu'il ne reste plus de la tête humérale qu'une sorte de coin à base interne, recouvert de cartilage diarthrodial, le bord inférieur répondant à la lame éburnée, le bord supérieur au tissu fibreux de la néo-membrane. Ce coin osseux est nettement éburné. On voit également, en dehors, dans la zone qui correspond au cartilage de conjugaison de la grosse tubérosité, une lamelle éburnée analogue à la précédente.

La diaphyse, l'extrémité inférieure de l'humérus sont intactes.

L'articulation du coude, le cubitus, le radius, le squelette de la main et des doigts ne présentent aucune lésion.

Membres inférieurs.

Membre droit. — L'articulation de la hanche paraît normale. Le cartilage fémoral est un peu irrégulier, inégalement épais.

La diaphyse paraît absolument saine : il n'en est pas de même de l'extrémité inférieure. A l'ouverture du genou, issue de deux ou trois cuillerées de pus roussâtre. Le tissu osseux de l'épiphyse fémorale a subi une perte de substance de 1 centimètre et demi de profondeur. La surface antérieure du condyle externe, la moitié externe du condyle interne, l'espace intercondylien antérieur sont complètement dépourvus de cartilage. A peine existe-t-il en bas, entre les deux espaces intercondyliens, un pont cartilagineux de quelques millimètres. La perte de substance est irrégulière, anfractueuse : à sa partie

supérieure et interne, au-dessous d'une saillie osseuse qui la surplombe, on voit deux orifices arrondis, ayant chacun 4 ou 5 millimètres de diamètre. Par ces deux perforations, on introduit très facilement un petit stylet jusque dans le canal médullaire. A quelque distance de ces perforations le tissu osseux est éburné. Le cartilage diarthrodial, qui persiste, est aminci, mais non décollé : il est intact sur les parties latérales des condyles. L'extrémité inférieure de la diaphyse n'est pas hypertrophiée.

Coupe antéro-postérieure du fémur, parallèle à son grand axe. — On voit seulement qu'il existe manifestement une couche osseuse éburnée, limitant l'ulcération articulaire. En faisant une seconde coupe, de manière à enlever une tranche osseuse, large de 3 millimètres, comprenant une bonne partie du condyle interne, on voit que les deux perforations notées plus haut aboutissent à un noyau gommeux, gélatineux, à centre jaunâtre, tandis qu'à la périphérie existe une zone rouge vascularisée. De la largeur d'une pièce de 50 centimes, il est entouré sur les deux tiers de son pourtour d'une zone mince, éburnée. L'extrémité articulaire tibiale est intacte. La surface cartilagineuse de la rotule présente quelques ecchondroses peu saillantes. Ménisques et ligaments sont intacts. La synoviale rouge, injectée, un peu épaissie, n'offre nullement l'aspect panneux des synovites tuberculeuses.

Le tibia droit est augmenté de volume à sa partie moyenne : en enlevant le périoste épaissi, mais facile à décoller, la surface externe de l'os apparaît très légèrement rosée. Scié parallèlement à son grand axe, le tibia présente un canal médullaire légèrement dilaté au niveau d'un foyer gommeux très petit, indiqué par un pointillé jaunâtre, entouré d'une zone gélatineuse à peine rosée : au-dessus et au-dessous, la moelle reprend ses caractères normaux. La partie profonde de la coque diaphysaire est le siège d'une ostéite raréfiante sur une hauteur de plusieurs centimètres. Malgré cette raréfaction, l'épaisseur de l'os n'est guère diminuée, grâce au dépôt d'une couche osseuse sous-périostique de 4 ou 5 millimètres, très facile à reconnaître à son piqueté rouge et à la direction irrégulière des travées osseuses.

Péroné. — *Articulation tibio-tarsienne.* — *Squelette du pied :* normaux.

Membre gauche.

L'articulation de la hanche est intacte.

Fémur. — A 9 centimètres au-dessous du bord supérieur du grand trochanter existe une saillie, une sorte de papule osseuse, poreuse, de la largeur d'une pièce de 2 francs. A 21 centimètres au-dessous du bord supérieur du grand trochanter commence l'augmentation de volume de la diaphyse qui s'accroît progressivement et donne un périmètre de 12 centimètres, alors que du côté droit il est seulement de 7.

A la partie moyenne et externe de cette hyperostose on voit deux ou trois perforations de 7 à 8 millimètres de diamètre. Elles sont remplies de substance caséuse jaunâtre qui arrive jusque sous le périoste épaissi de la région. Par ces orifices on introduit facilement un stylet jusque dans le canal médullaire.

L'extrémité inférieure du fémur est considérablement déformée. Les surfaces cartilagineuses et le tissu osseux (celui-ci seulement sur une certaine profondeur) des deux condyles ont disparu de telle sorte que la longueur de l'os est diminuée de 7 à 8 millimètres. Le plus grand diamètre transversal de l'extrémité est supérieur d'un demi-centimètre à celui du côté opposé : d'autre

part, il existe un aplatissement antéro-postérieur très sensible. Du cartilage diarthrodial il ne reste plus çà et là que quelques îlots séparés par des anfractuosités, des dépressions limitées elles-mêmes par des crêtes, des arêtes plus ou moins vives. La moitié supérieure de la surface cartilagineuse du condyle externe persiste seule. Toutes les parties non recouvertes par du cartilage sont revêtues d'une synoviale rougeâtre, épaissie. Nulle part le stylet ne s'enfonce dans des dépressions; partout la surface déformée est limitée par un tissu osseux résistant. Ligaments intacts; synoviale épaisse, mais nullement fongueuse; synovie normale. Quelques petites ecchondroses sur la surface articulaire de la rotule. Surface articulaire du tibia intacte.

Coupe verticale antéro-postérieure du fémur.

Le canal médullaire dilaté au niveau de l'hyperostose contient un détritus caséux peu abondant : en un point, le tissu morbide, d'aspect fibro-gélatineux, forme comme une sorte de cloison transversale. Au niveau de l'élevation signalée à 9 centimètres au-dessous du bord supérieur du grand trochanter la moelle paraît normale, mais en l'enlevant on voit qu'à la face profonde de la coque osseuse existe un dépôt gommeux, jaunâtre, très évident.

La diaphyse tibiale, considérablement augmentée de volume au niveau de sa partie moyenne, est le siège d'une lésion gommeuse d'une étendue telle que les deux tiers environ du canal médullaire sont envahis par le néoplasme. Trois énormes perforations, qui interrompent presque la continuité de l'os, laissant apercevoir la masse gommeuse en voie d'élimination. A ce niveau, ligaments et tissus morbides sont confondus en une ulcération putrilagineuse.

Péroné. — Articulation tibio-tarsienne. — Squelette du pied : intacts.

Réflexions. — Avant d'interpréter les lésions articulaires décrites dans les lignes précédentes, nous tenons à émettre quelques réflexions complémentaires.

1° S'agit-il là d'une syphilis héréditaire tardive ? Est-on en présence d'une syphilis contractée dès le jeune âge (vaccinale) ? C'est là une question qu'il est difficile de trancher en l'absence de tout renseignement précis sur les antécédents de ce sujet. D'aspect peu robuste, incomplètement développé, il ne présentait cependant pas les lésions considérées par M. le professeur Fournier comme caractéristiques de la syphilis héréditaire tardive (altérations des dents, kératite diffuse, lésions de l'ouïe). Du reste, il est permis de croire que les lésions tertiaires présentent, au point de vue anatomo-pathologique pur, une identité à peu près complète, qu'elles soient congénitales ou acquises.

2° Nous ferons remarquer que les résultats de cette autopsie viennent à l'appui des idées que nous avons émises sur l'ostéo-myélite gommeuse des os longs. Nos conclusions relatives à l'état latent, l'origine centrale, l'évolution, l'absence de suppuration et de séquestres, les caractères différentiels des lésions sont complètement confirmées; d'autre part, l'augmentation de volume de la rate, l'hypertro-

phie notable des ganglions lymphatiques associés à ces lésions, permettent de songer à une solidarité pathologique analogue à la solidarité physiologique qui existe entre ces organes et la moelle osseuse au point de vue du rôle hématopétique (L. Tripier, Bizzozero).

M. Charpy, professeur agrégé, a bien voulu examiner la résistance d'un os (péroné), pris comme type. Le péroné s'est rompu à 150 kilogrammes, alors qu'il aurait dû céder seulement à 300. Sa densité, sa composition chimique n'étaient pas modifiées. Grâce à ces nouvelles données, il est permis de penser : 1° qu'il existe une diminution générale de résistance du squelette chez les syphilitiques tertiaires; 2° que les fractures dites spontanées, produites sous l'influence d'une cause insignifiante, ne résultent pas de cette sénilité prématurée, mais plutôt de lésions gommeuses localisées, une fragilité relative (150 kilogrammes, au lieu de 300 kilogrammes) est insuffisante pour expliquer la majeure partie des fractures attribuées à la syphilis tertiaire.

Nous ne connaissons aucun fait anatomique établissant l'existence d'une fracture spontanée chez un syphilitique, par raréfaction simple du tissu osseux.

§ II. — *De l'ostéo-arthrite syphilitique au point de vue anatomo-pathologique. — Sa nature. — Son évolution. — Périodes de début, d'état, de guérison. — Ses caractères différentiels.*

Des trois types d'arthropathies syphilitiques tertiaires que M. Méricamp tend à établir, un seul nous paraît absolument démontré : c'est le *second type*, comprenant les faits groupés par M. le professeur Fournier, sous la dénomination clinique de pseudo-tumeur blanche syphilitique. « Il est caractérisé par des lésions des extrémités osseuses, tous les éléments fondamentaux de l'articulation (les cartilages articulaires exceptés) restant intacts. C'est la forme osseuse des arthropathies syphilitiques. » A cette forme se rapportent certainement les observations II, III, IV, V, de ce mémoire. Quant au *premier type*, qui a pour substratum l'autopsie de M. Lancereaux, l'observation publiée n'est pas assez explicite pour que nous considérions comme prouvée l'existence d'une arthrite secondaire uniquement consécutive à des productions gommeuses, sous-synoviales, extra-osseuses. Les érosions, les ulcérations signalées sur la surface articulaire du condyle externe gauche permettent de supposer qu'il y avait des lésions concomitantes du côté du tissu osseux; d'autre part, on ne dit pas que les surfaces articulaires aient été ouvertes à la scie. De ce que nous avons trouvé des lésions épiphysaires étendues, alors que l'extrémité articulaire paraissait peu altérée (Obs. V, extrémité supérieure de l'humérus droit)

ou même tout à fait indemne (Obs. IV, tête humérale droite), nous concluons à la nécessité de diviser à la scie toute surface, même intacte en apparence, si l'on veut faire un examen complet de la jointure.

Dès lors, sans nier la possibilité d'une arthropathie syphilitique produite par des dépôts gommeux pérисynoviaux, nous faisons des réserves sur son existence.

Le *troisième type* caractéristique de la syphilis héréditaire tardive n'a pas pour lui le contrôle de l'autopsie. En le désignant sous le nom de « variété déformante », M. Méricamp lui a appliqué une dénomination des plus heureuses, mais s'agit-il là d'une variété, d'un type clinique répondant à un type anatomo-pathologique, telle n'est pas notre opinion.

Dans les pages précédentes, nous avons rassemblé les preuves qui tendent à établir l'histoire pathologique de l'ostéo-arthrite syphilitique. N'existe-t-il que cette variété d'arthropathie ? Nous ne le croyons pas. C'est un point sur lequel nous aurons à revenir ultérieurement. Nous ne nous servirons pas des termes de tumeur blanche ou pseudo-tumeur blanche. Utiles en clinique parce qu'ils rappellent à l'esprit un ensemble symptomatique, ils ont le tort de manquer de la précision propre aux locations de synovite, d'ostéo-arthrite, de chondrite.

D'une manière générale, nos recherches confirment celles de M. Méricamp ; cependant, nous différons totalement en ce qui concerne la classification des arthropathies en trois types principaux. Pour nous, chacun de ces types ne répond pas à un processus pathologique spécial, mais se rattache à une période d'évolution de l'ostéo-arthrite. Peut-être M. Méricamp serait-il arrivé à cette même conclusion si l'examen nécroscopique qu'il a pratiqué eût été semblable au nôtre. Il est exceptionnel, en effet, d'observer sur un même sujet, des lésions à des degrés aussi divers d'évolution, permettant d'étudier la marche du processus pathologique depuis les premières phases de son développement jusqu'à la guérison complète.

Tandis que sur l'extrémité supérieure de l'humérus droit, le syphilo-me diaphyso-épiphysaire avait à peine altéré l'aspect extérieur de l'os, n'avait pas déterminé d'arthrite secondaire par contre, du côté gauche, une lésion analogue avait évolué et guéri d'une façon latente après avoir détruit les deux tiers supérieurs de la tête humérale. La cupule radiale droite était ébréchée sur un tiers de son pourtour ; il s'agissait, là aussi, d'une lésion ancienne guérie ; mais ce sont surtout les deux articulations fémoro-tibiales qui étaient le siège de remarquables désordres. Comme on l'a vu plus haut, l'extrémité inférieure du fémur droit présentait une perte de substance située à la partie antérieure et

moyenne de la trochlée, profonde de deux centimètres, tapissée par une néo-membrane rougeâtre, épaisse, consécutive à un syphilome épiphysaire. L'aspect des lésions, l'existence d'un liquide purulent dans la jointure, indiquaient qu'il s'agissait bien d'une ostéo-arthrite en pleine évolution. Le genou gauche, au contraire, ne contenait pas de pus, sa synoviale était un peu épaisse, rougeâtre, et si l'extrémité inférieure du fémur était profondément modifiée dans sa forme, du moins les désordres dont elle avait été le siège étaient de date ancienne et complètement réparés. L'absence de tissu gommeux, d'ostéite raréfiante, de liquide purulent, l'existence d'une éburnation et d'une sclérose fibreuse des plus nettes nous paraissent légitimer notre manière de voir.

Les modifications, les déformations que nous ont offertes l'extrémité supérieure de l'humérus gauche, l'extrémité supérieure du radius droit, l'extrémité inférieure du fémur gauche, devraient faire ranger ces lésions dans la variété déformante alors que celles du fémur droit appartiendraient au deuxième type.

La réunion sur un même sujet de ces divers stades de la maladie nous a permis de tracer la description suivante de l'ostéo-arthrite syphilitique.

1° Période de début. — S'il est un fait bien constaté en pathologie osseuse, c'est le développement des lésions de préférence dans les régions épiphysaires, ou mieux, juxtaépiphysaires. Le syphilome ne fait pas exception à la règle ; aussi est-il fréquent s'il s'agit d'individus encore jeunes, de le rencontrer dans la région qui avoisine le cartilage de conjugaison. Souvent, au début, rien ne révèle extérieurement l'existence du noyau gommeux. Les cartilages sont intacts et la synoviale est normale. Il faut absolument fendre l'extrémité articulaire pour trouver la lésion. C'est ainsi que nous avons mis la main sur un bel exemple de gomme épiphysaire (Obs. IV, humérus). Dans d'autres circonstances, de petites perforations peuvent conduire sur le foyer pathologique. Dans notre Observation V, elles ressemblaient aux trous vasculaires que l'on trouve sur le pourtour de la tête humérale. Il n'y avait aucun signe d'arthrite. Toutefois, le cartilage diarthrodial huméral présentait, surtout au pourtour de ces perforations, des signes de chondrite (irrégularité, cicatrices linéaires, étoilées), qui peut être considérée comme consécutive à l'irritation d'origine profonde. Ce retentissement pathologique du syphilome sur le cartilage peut exister alors même que ce dernier paraît intact. Nous avons pu vérifier ce détail en examinant de nouveau quelques-unes de nos préparations histologiques. (Obs. IV.). Il est, du reste, également indiqué dans l'observation de M. Méricamp. L'extrémité articulaire sectionnée, le syphilome se pré-

sente sous l'aspect d'un noyau de dimensions variables, d'aspect gélatineux, avec de petits points caséux, jaunâtres au centre, alors que la périphérie est légèrement rosée. Il siège soit isolément sur l'épiphyse ou la région juxta épiphysaire de la diaphyse, ou bien encore envahit ces deux parties. Le tissu osseux est raréfié dans le point occupé par la lésion ; mais au pourtour de celle-ci, il y a une tendance marquée à la formation d'une barrière ostéofibreuse, surtout si le processus pathologique est de date suffisamment ancienne. Examinée au microscope, la masse néoplasique paraît constituée par une trame fibrillaire très fine en certains points, plus épaisse, franchement fibreuse ailleurs. Elle contient dans ses mailles une grande quantité de petits éléments cellulaires en voie de désintégration granuleuse. Ça et là se trouvent des foyers hémorragiques, plus nombreux à la périphérie où existe, du reste, une vascularisation remarquable. On aperçoit, disséminés au milieu du tissu gommeux, des fragments osseux en voie de disparition, présentant des lacunes de Howship. La dégénérescence caséuse n'est pas très étendue : il y a une tendance à la formation de tissu fibreux résistant. Le cartilage diarthrodial présente des signes de chondrite. Les cellules cartilagineuses, en voie de prolifération, déformées, irrégulières, forment sur certains points des boyaux pleins d'éléments embryonnaires, prêts à s'ouvrir dans la jointure. La substance fondamentale et les éléments cellulaires qui ont disparu sont remplacés par du tissu fibreux cicatriciel. La tendance à la guérison, accusée par ce travail réparateur, peut s'accroître de plus en plus, jusqu'à la disparition complète du tissu syphilomateux ; il est probable qu'en pareille circonstance on trouverait dans l'épiphyse un noyau cicatriciel ostéo-fibreux ; nous n'en connaissons pas d'exemple anatomique. Si la lésion s'accroît, l'ostéite raréfiante, la chondrite augmentent, et le cartilage d'abord aminci, puis perforé, laisse communiquer librement le foyer néoplasique avec la cavité articulaire. La période d'état est alors constituée.

2^o *Période d'état.* — Jusqu'alors c'est à peine si les lésions offraient un intérêt chirurgical : leur état latent, leur peu d'étendue ne pouvaient nécessiter l'intervention opératoire, ni par suite donner lieu à des difficultés de diagnostic. A la période que nous étudions, il n'en est plus de même : les désordres articulaires sont tels qu'ils peuvent simuler l'ostéo-arthrite tuberculeuse, la tumeur blanche. Toutefois, comme nous le verrons, l'examen attentif des lésions permet d'éviter cette erreur d'interprétation. L'ulcération épiphysaire s'accroît de plus en plus, gagne en étendue plus qu'en profondeur, grâce à l'inflammation destructive du cartilage. La synoviale, primitivement intacte ; s'enflamme, s'épaissit et se présente sous l'aspect d'une membrane rou-

géâtre, épaisse de deux à trois millimètres, finement villeuses sur certains points.

Un liquide de nature variable est contenu dans la jointure, qu'il ne distend pas; primitivement séreux, il deviendrait séro-purulent, ou purulent, trouble, floconneux, roussâtre. Les ligaments, généralement intacts, ne sont guère atteints que dans le cas où l'altération gommeuse s'attaque à leurs insertions sur le tissu osseux. Dans aucune des observations précédentes, plusieurs surfaces articulaires constituant une même jointure n'étaient atteintes simultanément. Cependant on observait des irrégularités du cartilage, recouvrant des os respectés d'ailleurs par le syphilome.

A un examen plus attentif, on voit que la perte de substance est revêtue par une néo-membrane rougeâtre, fibreuse, reposant sur une lame éburnée à peu près partout, sauf dans les points par lesquels la jointure a été envahie.

Le stylet introduit par ces orifices pénètre dans un tissu néoplasique ramolli, friable, quelquefois même jusque dans le canal médullaire. Il suffit d'un trait de scie pour mettre à découvert la cause primordiale de l'arthrite, le syphilome. Nous ne reviendrons pas sur les caractères histologiques et microscopiques de ce dernier; nous insisterons seulement sur l'aspect microscopique (1) de la synoviale. Sclérosée, épaissie, elle est surtout remarquable par sa richesse vasculaire. Le tissu embryonnaire est assez peu abondant et partout l'on observe une tendance à l'organisation fibreuse des plus accentuées. Nulle part on ne voit de productions rappelant les follicules tuberculeux et les masses caséuses des synovites tuberculeuses. On note aussi l'absence d'endarthrite oblitérante.

3^e Période de guérison. — Sous l'influence d'un traitement spécifique ou même spontanément, comme cela paraît avoir eu lieu sur le sujet de l'observation V, l'affection s'arrête dans sa marche et la guérison s'effectue. S'il n'existe pas de lésions en pleine évolution, il est alors difficile de reconnaître la nature des désordres observés en pareille circonstance. Tantôt l'extrémité articulaire atteinte est irrégulière, bosselée, mais a conservé son aspect général; tantôt sa forme est totalement modifiée par la disparition d'une étendue souvent considérable de sa surface. L'une de nos pièces est un remarquable exemple de cette destruction épiphysaire. Comme on le voit sur la coupe, la tête humérale n'est plus représentée que par un coin osseux éburné, dont la base interne est revêtue de cartilage diarthrodial et le sommet externe con-

(1) Nous remercions M. Françon, interne des hôpitaux, préparateur au laboratoire d'anatomie pathologique, d'avoir bien voulu se charger de l'examen histologique de quelques-unes de nos pièces.

ondu avec une lamelle osseuse, qui paraît avoir limité la lésion. L'extrémité inférieure du fémur gauche, la cupule radiale nous ont offert des altérations susceptibles de la même interprétation ; partout la guérison s'est effectuée par l'éburnation du tissu osseux, qui se recouvre en même temps d'une couche fibreuse comblant en partie la perte de substance. Les portions du cartilage qui persistent offrent un aspect caractéristique noté déjà précédemment. Couvertes de petits mamelons, de grains plus ou moins volumineux, de dépressions, de sillons cruciformes ou étoilés, elles rappellent, par leur aspect, comme on l'a fort bien dit, la lobulation des foies atteints de cirrhose atrophique. Les ligaments, la capsule, peuvent rester plus ou moins épaissis, rétractés, et si l'arthrite a été suffisamment intense, une ankylose fibreuse, assez serrée, peut en être la conséquence.

Il résulte de ce qui précède que l'épithète de déformantes, applicable à ces lésions, ne doit pas impliquer l'idée d'une forme spéciale d'arthropathie.

Caractères différentiels. — Le diagnostic différentiel anatomique de l'ostéo-arthrite tertiaire doit être surtout établi à ses deux dernières périodes.

Au début, l'aspect irrégulier, mamelonné, les cicatrices, et, plus encore, les petites perforations du cartilage, alors que les autres éléments de l'articulation sont intacts, doivent éveiller l'attention de l'observateur. Une coupe de l'épiphyse éclaircira immédiatement le débat en montrant la lésion primitive.

A la seconde période, que nous désignerions volontiers sous le nom de période de la pseudotumeur blanche, il importe de distinguer cette forme d'arthropathie, de l'ostéoarthrite tuberculeuse.

De même que le syphilome, le tubercule débute fréquemment dans le tissu osseux, pour envahir consécutivement la jointure ; mais les lésions initiales, comme les lésions secondaires, offrent, dans les deux cas, des différences tranchées : le noyau gommeux, d'aspect gélatineux, myxomateux, légèrement rosé à la périphérie, est à peine teinté de quelques points jaunâtres au centre. Le tissu osseux raréfié à ce niveau est, plus loin, à la périphérie, çà et là faiblement éburné. Il n'existe pas de séquestre appréciable. Au contraire, le tubercule épiphysaire, toujours accompagné de nécrose, plus ou moins étendue, donne lieu à des séquestres volumineux, en même temps qu'il existe sur d'autres points de l'épiphyse des territoires éburnés, blancs jaunâtres, répondant à ce que Nélaton a décrit sous le nom d'infiltration puriforme. Au lieu d'être sèche, la production tuberculeuse s'accompagne de caséification étendue et le plus souvent de suppuration. Cette dernière est exceptionnelle, rarement notée en clinique dans la gomme épiphysaire.

Dans l'arthrite tuberculeuse, les cartilages de revêtement, souvent décollés, flottant dans le liquide purulent, grumeleux qui distend la jointure, sont en tout cas faciles à détacher à cause d'un travail inflammatoire sous-chondrique. En pressant entre les doigts la tête d'un fémur ainsi altéré, on la pèle, on la dépouille instantanément de son cartilage diarthrodial. Ici, rien de semblable ; il adhère partout au tissu spongieux sous-jacent.

Les ligaments envahis par les fongosités peuvent finir par disparaître ; ils sont généralement intacts dans la forme d'arthropathie que nous étudions. La synoviale, atteinte par l'inflammation tuberculeuse, est transformée en un tissu lardacé, épais souvent d'un centimètre. Elle envoie sur les surfaces articulaires des prolongements panneaux. Les masses tuberculeuses qu'elle contient apparaissent à l'œil nu sous la forme d'un semis de granulations blanc jaunâtre.

La synovite tertiaire est caractérisée surtout par sa vascularisation et la consistance fibreuse de son tissu. *Mais de fongosités, il n'en est pas question.* Nous soulignons ces mots après M. Méricamp.

Au point de vue histologique, l'absence de follicules tuberculeux, d'endartérite oblitérante, l'existence d'une trame fibrillaire en voie de transformation fibreuse sur certains points, serviront à établir le diagnostic.

Ajoutons que la recherche du bacille de la tuberculose à l'aide de coupes histologiques ou, mieux encore (ainsi que nous l'avons indiqué), au moyen de la trituration (*Société de médecine de Lyon, 17 mars 1884*), permettra également d'élucider la question.

Si la troisième période de l'ostéo-arthrite tertiaire a quelque titre à l'épithète de déformante, nous ne croyons pas qu'on puisse confondre les lésions qui la caractérisent avec celles de l'arthrite chronique rhumatismale, appelée aussi déformante. L'hypertrophie des franges synoviales, l'état vilieux et, plus tard, l'éburnation et le poli des cartilages, les ostéophytes et les échondroses que l'on observe dans ce dernier cas, ne rappellent en rien les pertes de substance de l'os, les dépressions étoilées, les cicatrices cartilagineuses et les dépôts caseeux signalés dans nos observations. Tandis que la déformation dans l'arthrite rhumatismale est due surtout à des *productions* souvent énormes, cartilagineuses et osseuses, dans l'ostéo-arthrite tertiaire il y a déformation par suite de la *destruction* plus ou moins étendue d'une surface articulaire. L'existence fréquente de lésions gommeuses diaphysaires voisines permet aussi de reconnaître la nature des lésions.

Tels sont, d'après les pièces et les documents que nous avons eus à notre disposition, les divers caractères de l'ostéo-arthrite syphilitique.

N'existe-t-il que cette variété d'arthropathie ? Nous ne le croyons pas,

et bien que nous pensons que les lésions articulaires tertiaires sont dans la plupart des cas d'origine osseuse, nous devons reconnaître que divers observateurs, Gies (*Deutsche Zeitsch. f. Ch.* 1881, *Band XV*), Schuller (*Bericht. uber die Verhandl. d. d. G. f. Ch.*, *XI^e Congress*), Virchow (*Berlin. klin. Wochen.*, n° 33, 1884), ont signalé des faits de chondrite syphilitique.

S'agit-il de chondrite primitive, ou de chondrite symptomatique d'une altération gommeuse sous-jacente? C'est un point sur lequel Virchow ne se prononce pas nettement. Dans sa communication (que nous signalons), cet auteur déclare, en effet, ne pouvoir dire si les irrégularités, les dépressions stellaires, la lobulation du cartilage sont dues à un processus gommeux. Nous n'insisterons pas davantage sur cette question, qui ne peut être élucidée complètement qu'à l'aide de nouveaux faits.

CONCLUSIONS.

Nous avons étudié une forme d'arthropathie tertiaire, l'ostéo-arthrite. Des trois variétés admises par M. Méricamp (1882), il n'en est qu'une qui nous paraisse démontrée, c'est la seconde (forme osseuse). Mais les faits de Gies (1881), Schuller (1882), Virchow (1884), permettent de penser qu'il existe une variété d'arthropathie caractérisée surtout par de la chondrite avec des cicatrices étoilées, des mamelons rappelant la lobulation des foies atteints de cirrhose atrophique.

Les lésions se présentent avec des caractères différents, suivant qu'on les étudie à la période de début, d'état, ou de guérison. L'affection débute par un syphilome épiphysaire ou juxta épiphysaire qui, s'il ne reste pas enkysté, finit par perforer le cartilage. La synoviale se remplit alors d'un liquide séro-purulent; l'altération osseuse et cartilagineuse s'étend de plus en plus. La perte de substance qui en résulte est tapissée par une néo-membrane rougeâtre, nullement fongueuse. Les ligaments restent intacts, la synoviale est épaissie, mais sans fongosités.

L'absence de fongosités, l'adhérence du cartilage persistant au tissu sous-jacent, l'absence du bacille de Koch et des caractères histologiques des productions tuberculeuses permettent de distinguer ces lésions de l'ostéo-arthrite tuberculeuse.

Ajoutons encore l'absence de séquestre notable et de ces larges plaques d'éburnation avec teinte blanchâtre qui accompagnent si fréquemment le développement des tubercules osseux.

Sous l'influence d'un traitement spécifique, ou même spontanément, ces lésions peuvent guérir; il en résulte souvent des déformations des extrémités articulaires, déformations très nettement distinctes de celles qui proviennent de l'arthrite rhumatismale déformante.

Au point de vue clinique, l'ostéo-arthrite est caractérisée par un épanchement de nature variable, souvent peu abondant, par des craquements, par la multiplicité des articulations atteintes et l'indolence relative des lésions. L'articulation possède à un tel degré l'intégrité des fonctions physiologiques, qu'il est difficile de soupçonner sur le vivant l'étendue des désordres.

On note enfin, dans certains cas, une déformation plus ou moins marquée des extrémités articulaires, quelquefois une tuméfaction diaphysaire. Une ankylose fibreuse, plus ou moins serrée, peut être la conséquence de l'ostéo-arthrite.

En raison de la tendance marquée de cette affection à la guérison spontanée, une intervention opératoire nous paraît bien rarement indiquée.

OSTÉO-ARTHRITE SYPHILITIQUE TERTIAIRE.

Explication des figures.

- I. Syphilome diaphyso-épiphysaire aigu presque complètement latent.
- II. Extrémité inférieure du fémur droit.
 - a. Perforations conduisant à un syphilome épiphysaire.
- III. Tête humérale gauche aux $\frac{2}{3}$ détruite.
 - a. Vestige de la tête humérale.
 - b. Région trochantérienne élargie.
- IV. Coupe transversale et verticale de la tête humérale gauche destinée à montrer l'étendue de la perte de substance.
 - a. Lamelle éburnée paraissant avoir limité la lésion.
 - b. Tissu fibreux tapissant la dépression épiphysaire.
 - c. Coin osseux, seul vestige de la tête humérale.
 - d. Région trochantérienne.
- V. Coupe verticale antéro-postérieure du fémur gauche.
 - a. Cloison transversale ostéo-fibreuse limitant inférieurement un foyer d'ostéo-myélite diaphysaire en voie de guérison.
 - b. Aspect irrégulier anfractueux, bosselé de l'extrémité inférieure du fémur. La moyenne partie du cartilage a disparu; elle est remplacée par un tissu fibreux rougeâtre, reposant sur une lamelle éburnée.
- VI. Extrémité supérieure du radius droit.
 - a. Cupule radiale ébréchée sur $\frac{1}{3}$ de son pourtour.
 - b. Augmentation de volume de la diaphyse due à l'ostéo-myélite gommeuse.
- VII. Coupe de radius destinée à montrer la dilatation du canal médullaire.
 - a. Siège d'une ancienne lésion.
 - b. Lamelle éburnée.

Fig. VI.



Fig. VII.

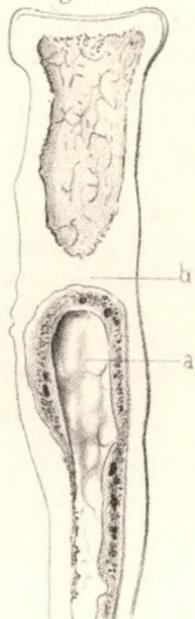


Fig. III.

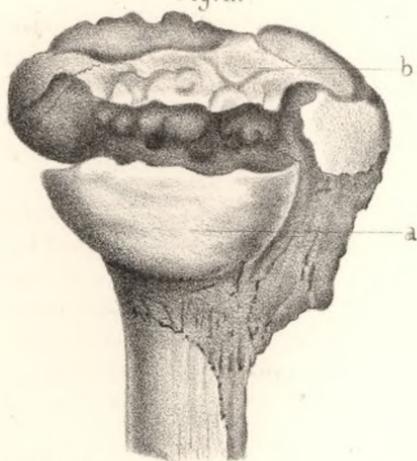


Fig. I.

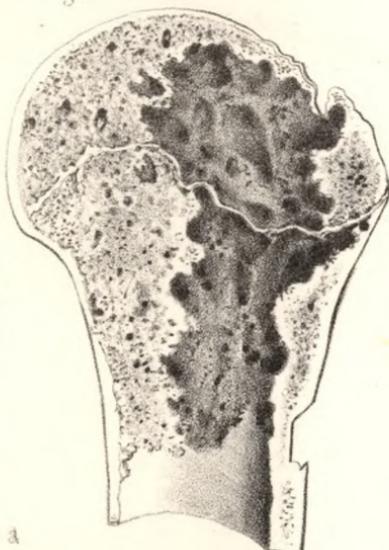


Fig. IV.



Fig. V.

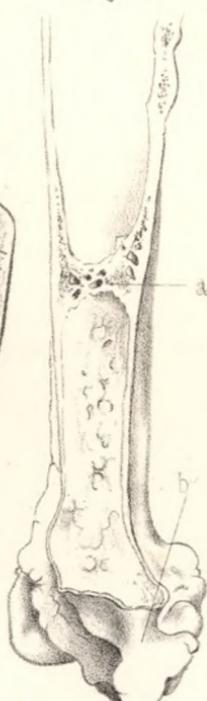
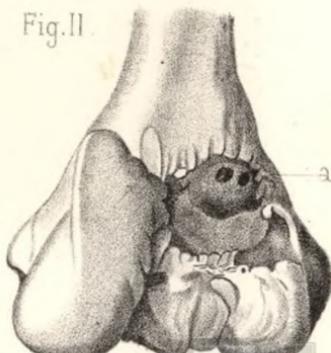


Fig. II.



**Biblioteka Główna
WUM**



Biblioteka Główna WUM

Br.6274



000021970

Paris. — Société d'imprimerie PAUL DUPONT, 41, rue J.-J.-Rousseau (Cl.), 160 bis. 10.85.



www.dlibra.wum.edu.pl