



FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PRÉSENTÉE PAR

JEAN ROUGIER

Né le 18 Octobre 1893 à Limoges (Haute-Vienne)

Travail du Service et du Laboratoire de M. le Dr Louste (Hôpital St-Louis)

**Étude des Épanchements articulaires
dans l'Hérédo-Syphilis tardive**

Président de thèse : M. le Professeur P. TEISSIER

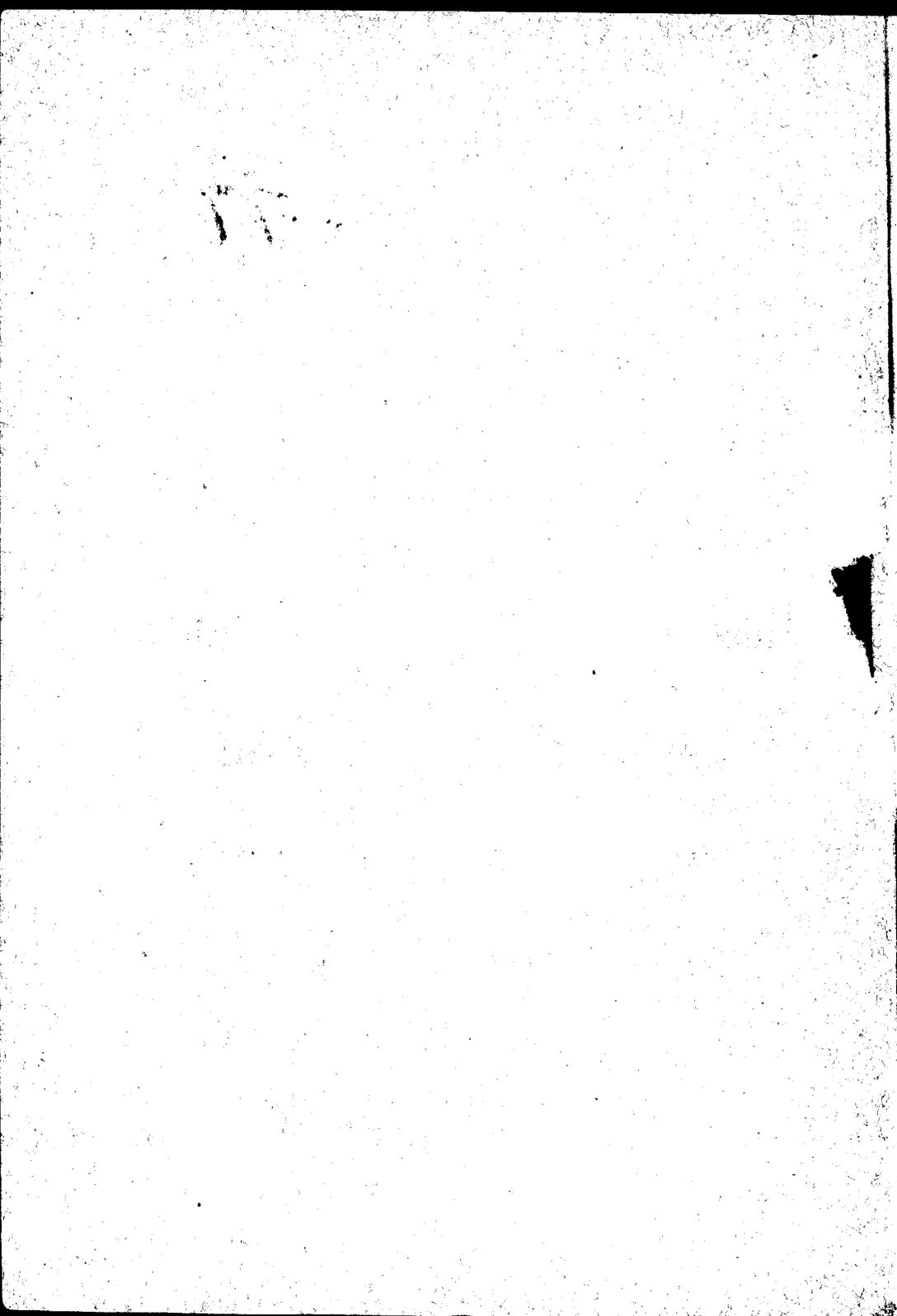


PARIS

LIBRAIRIE MARCEL VIGNÉ

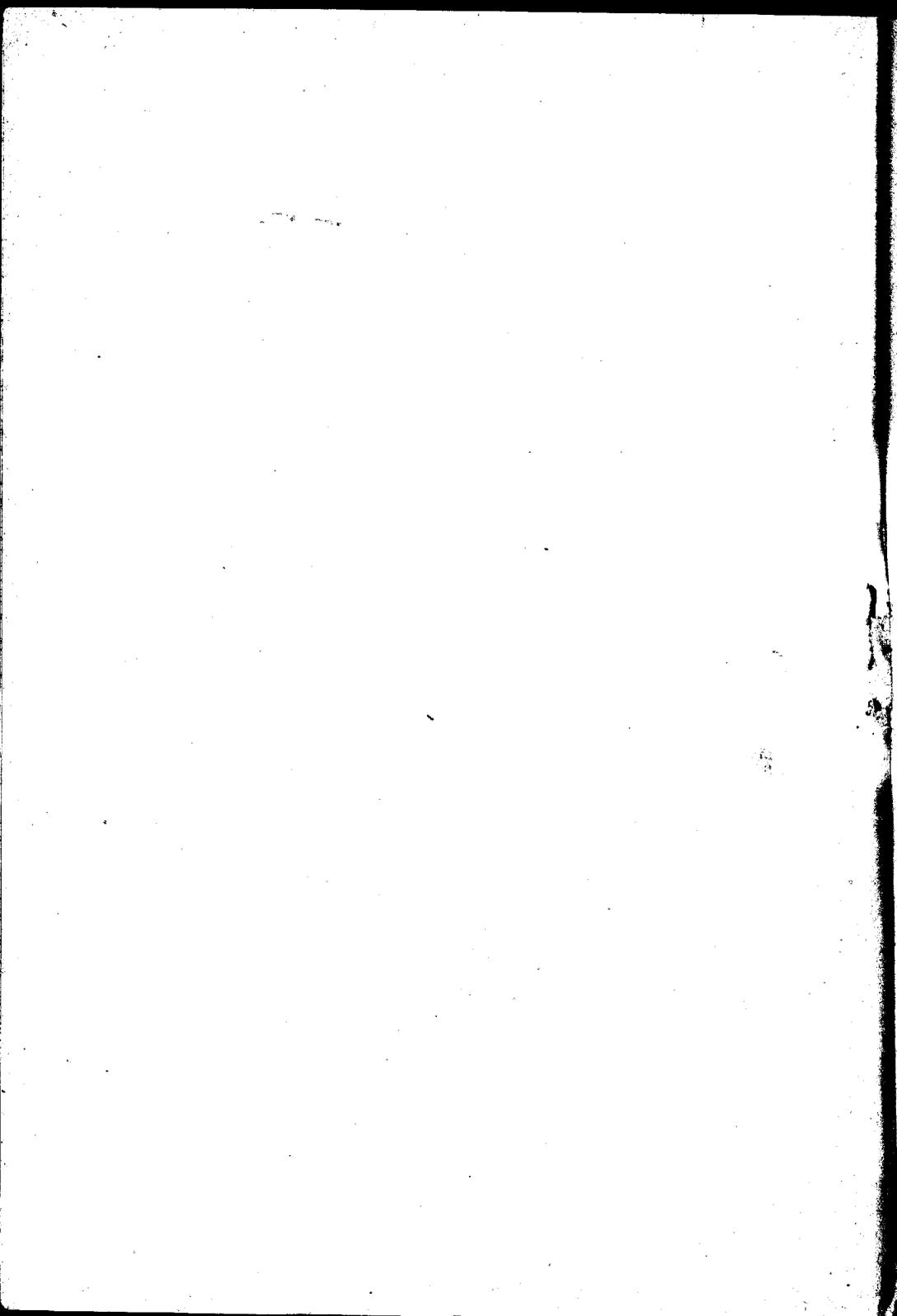
13, RUE DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE, 13

1924



77

THÈSE
POUR LE DOCTORAT
EN MÉDECINE



FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1924

THÈSE

No

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PRÉSENTÉE PAR

JEAN ROUGIER

Né le 18 Octobre 1893 à Limoges (Haute-Vienne)

Travail du Service et du Laboratoire de M. le Dr Louste (Hôpital St-Louis)

Étude des Épanchements articulaires
dans l'Hérédo-Syphilis tardive

Président de thèse : M. le Professeur P. TEISSIER



PARIS

LIBRAIRIE MARCEL VIGNÉ

13, RUE DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE, 13

1924

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	NICOLAS.
Anatomie médico-chirurgicale	CUNEO.
Physiologie	Ch. RICHET.
Physique médicale	André BROGA.
Chimie organique et chimie générale	DESGREZ.
Bactériologie	BEZANÇON.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	Marcel LABBÉ.
Pathologie médicale	SICARD.
Pathologie chirurgicale	LECÈNE.
Anatomie pathologique	LETULLE.
Histologie	PRENANT.
Pharmacologie et matière médicale	RICHAUD.
Thérapeutique	CARNOT.
Hygiène	Léon BERNARD.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MENÉTRIER.
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER.
	GILBERT.
Clinique médicale	CHAUFFARD.
	ACHARD.
	WIDAL.
Hygiène et clinique de la première enfance	MARFAN.
Clinique des maladies des enfants	NOBECOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	JEANSELME.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	TEISSIER.
	DELBET.
Clinique chirurgicale	HARTMANN.
	LEJARS.
	GOSSET.
Clinique ophtalmologique	De LAPERSONNE
Clinique urologique	LEGUEU.
	COUVELAIRE.
Clinique d'accouchements	BRINDEAU.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	BROGA (Auguste)
Clinique thérapeutique médicale	VAQUEZ.
Clinique oto-rhino-laryngologique	SEBILEAU.
Clinique thérapeutique chirurgicale	DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGENT.

II. — AGREGÉS EN EXERCICE

MM.	
ABRAMI.....	Pathologie médicale.
ALGLAVE.....	Pathologie chirurgic ^{1a} .
AUBERTIN.....	Pathologie médicale.
BASSET.....	Pathologie chirurgic ^{1a} .
BEAUDOUIN.....	Pathologie médicale.
BINET.....	Physiologie.
BLANCHETIÈRE.	Chimie biologique.
BRANCA.....	Histologie.
BRULÉ.....	Pathologie médicale.
BUSQUET.....	Pharmacologie et ma- tière médicale.
CADENAT.....	Pathologie chirurgic ^{1a} .
CHAMPY.....	Histologie.
CHIRAY.....	Pathologie médicale.
CLERC.....	Pathologie médicale.
DEBRÉ.....	Hygiène.
I. de JONG.....	Anatomie pathologique.
DUVOIR.....	Médecine légale.
ÉCALLE.....	Obstétrique.
FISSINGER.....	Pathologie médicale
FOIX.....	Pathologie médicale.
GARNIER.....	Pathologie expériment.
HARVIER.....	Pathologie médicale.
HEITZ-BOYER...	Urologie.
HOVELACQUE....	Anatomie.
JOYEUX.....	Parasitologie.

MM.	
LABBÉ (Henri)...	Chimie biologique.
LARDENNOIS.....	Pathologie chirurgic ^{1a} .
LE LORIER.....	Obstétrique.
LEMAITRE.....	Oto-rhino-laryngologie.
LEMIERRE.....	Pathologie médicale.
LÉVY-SOLAL.....	Obstétrique.
LHERMITTE.....	Pathologie mentale.
LIAN.....	Pathologie médicale.
MATHIEU.....	Pathologie chirurgic ^{1a} .
METZGER.....	Obstétrique.
MOCQUOT.....	Pathologie chirurgic ^{1a} .
MONDOR.....	Pathologie chirurgic ^{1a} .
MOURE.....	Pathologie chirurgic ^{1a} .
MULON.....	Histologie.
PHILIBERT.....	Bactériologie.
RIBIERRE.....	Pathologie médicale.
RICHET Fils.....	Physiologie.
ROUVIÈRE.....	Anatomie.
STROHL.....	Physique médicale.
TANON.....	Pathologie médicale.
TIFFENEAU.....	Pharmacologie et ma- tière médicale.
VAUDESCAL.....	Obstétrique.
VERNE.....	Histologie.
VILLARET.....	Pathologie médicale.
WELTER.....	Ophthalmologie.

III. — AGREGES RAPPELES A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.	
CAMUS.....	Physiologie.
GOUGEROT.....	Pathologie médicale.
GUÉNIOT.....	Obstétrique.

MM.	
RETTERRER.....	Histologie.
ROUSSY.....	Anatomie pathologique.

IV. — AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE

à titre permanent

MM.		MM.	
AUVRAY.....	Clinique chirurgicale.	OMBRÉDANNE...	Clinique chirurgicale infantile.
CHEVASSU.....	Clinique chirurgicale.	PROUST.....	Clinique chirurgicale.
LAIGNEL-LAVASTINE...	Clinique médicale.	RATHERY.....	Clinique médicale.
LEREBoulLET..	Clinique médicale infantile.	SCHWARTZ.....	Clinique chirurgicale.
LÉRI.....	Clinique médicale.	TERRIEN.....	Clinique ophtalmologiq.
LÉPER.....	Clinique médicale.		

V. CHARGES DE COURS

MM. MAUGLAIRE, agrégé...)	Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes.
FREY	Stomatologie.
N... ..	Education physique.
LEDOUX-LEBARD	Radiologie clinique.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MA MÈRE

A MON PÈRE

A MA FIANCÉE

A MES PARENTS

A MES AMIS

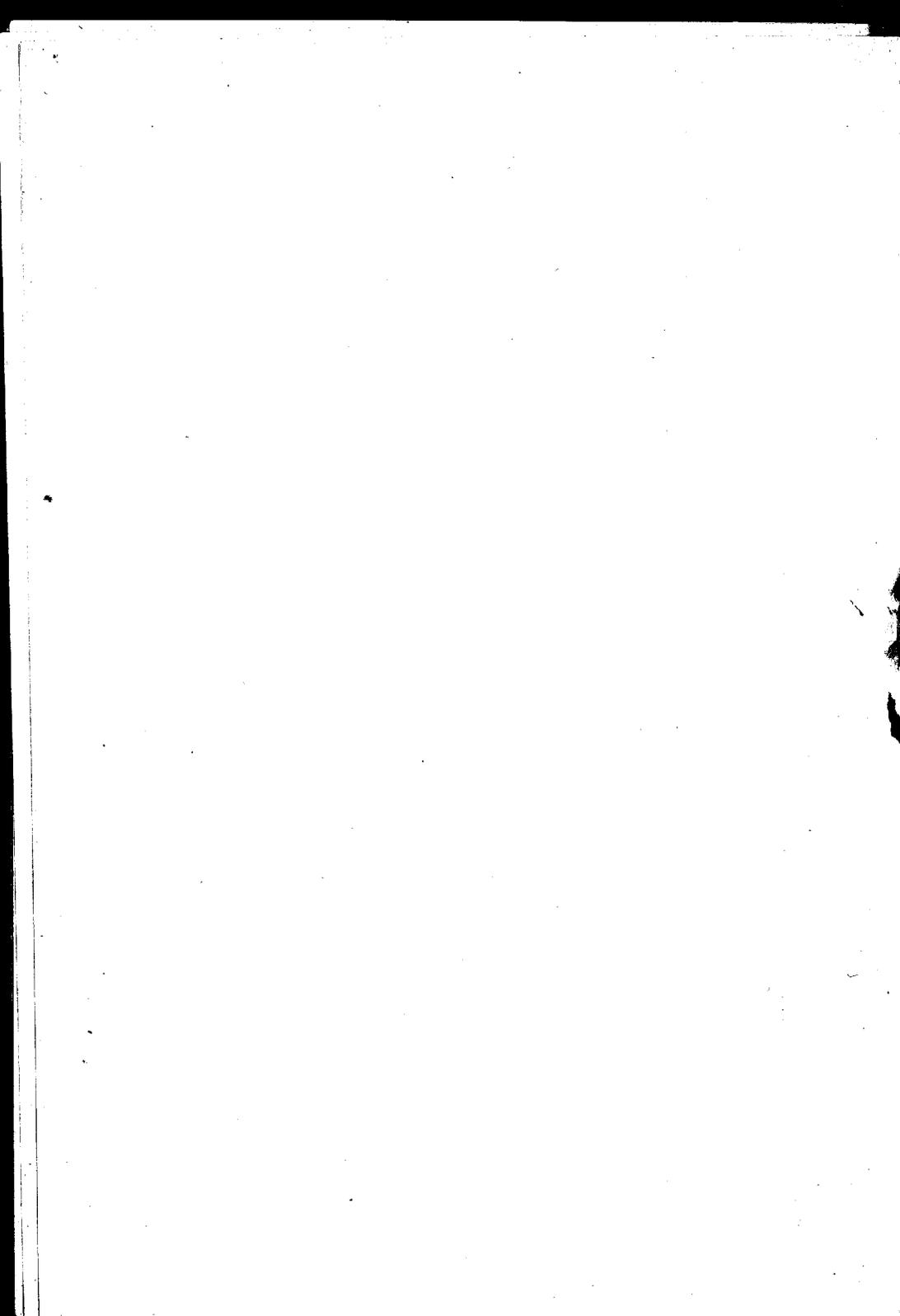
A MES PREMIERS MAITRES
De l'Hôpital et de l'École de Médecine de Limoges.

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX DE PARIS
MM. LES DOCTEURS NETTER, BAZY, ROCHARD,
BROUARDEL.

A M. LE PROFESSEUR PIERRE TEISSIER
ET A M. LE DOCTEUR LOUSTE
qui depuis 1919 ont dirigé mes études et m'ont accueilli
avec la plus grande bienveillance dans leur service.

ET A LEURS COLLABORATEURS
M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ TANON
MM. LES DOCTEURS REILLY, GASTINEL, THIBAUT.

A M LE PROFESSEUR P. TEISSIER,
Professeur de Clinique des maladies contagieuses
à l'Hôpital Claude-Bernard,
Membre de l'Académie de Médecine.



HISTORIQUE

Les localisations articulaires de la syphilis avaient déjà frappé les observateurs des *xvi^e* et *xvii^e* siècles. Les syphiligraphes de la première heure ont signalé les douleurs articulaires de la syphilis et même « les grosses articulations » des enfants issus de syphilitiques.

Mais il faut attendre le *xiv^e* siècle pour voir s'établir la notion des arthrites syphilitiques : en 1837, Chomel essaie de discriminer le rhumatisme syphilitique du rhumatisme chronique. En 1853, parut le mémoire de Richet sur les tumeurs blanches, où cet auteur déclare « j'ai la conviction que bon nombre des hydarthroses chroniques rebelles à toute espèce de traitement, ne sont pas autre chose que des synovites syphilitiques ». A côté de la tumeur blanche tuberculeuse, Richet décrit la tumeur blanche syphilitique fournissant des observations de synovites syphilitiques secondaires et de synovites tertiaires à point de départ osseux.

Les idées de Richet ne furent d'ailleurs pas admises sans conteste : Ricord, Panas notamment les combattirent. Peu à peu cependant, sa conception triompha, appuyée par le mémoire de Lanceraux (Soc. chir. 1863), les communications du Professeur Verneuil, les leçons

du Professeur Fournier sur le pseudo-rhumatisme syphilitique (Thèse Vaffier, 1875), les travaux du Professeur Gaucher, soutenant que les lésions osseuses priment tout.

Mais, alors que dès 1853 (mémoire de Richet), on connaissait les arthrites de la syphilis acquise, secondaire ou tertiaire, c'est seulement dans le dernier quart du XIX^e siècle que fut admise l'existence des manifestations articulaires de l'héredo-syphilis.

Les principaux travaux sur ce sujet parurent en Angleterre, en Allemagne et en France.

Parmi les travaux anglais les plus importants, citons ceux de Clutton, en 1886, de Robinson, en 1896.

En France, les arthropathies de la syphilis héréditaire sont étudiées dans la thèse de Dubreuil (1881), dans celle de Méricamp (1882). Citons les leçons du Professeur Alfred Fournier, le mémoire de Kirmisson et Jacobson (1897), la revue de Moreslin (1901), les thèses de Ranguedat (1883), Danjou (1887), Métayer (1904), Fouquet (1905), le livre d'Ed. Fournier sur l'héredo-syphilis tardive, les thèses de Voinier (1910), de Pillion (1914), de Merlier (1917), les communications de Dufour à la Société médicale des Hôpitaux et la thèse de son élève Geismar (1922).

Il est facile d'expliquer que les arthrites héredo-syphilitiques n'aient été admises que très postérieurement aux arthrites de la syphilis acquise : les lésions articulaires sont en effet fréquemment dans l'héredo-syphilis tardive, les premières ou les seules manifestations brutales de la maladie. Il faut rechercher avec

soin les stigmates dystrophiques, dentaires, oculaires ou osseux de l'hérédosyphilis pour établir l'étiologie véritable du pseudo-rhumatisme que présente le malade. D'autre part, la réaction de Wassermann, qui nous fournit actuellement un élément supplémentaire de diagnostic, n'est que depuis une quinzaine d'années à la disposition des médecins. On conçoit donc la difficulté qu'il y eut à dégager du cadre des rhumatismes les accidents articulaires de l'hérédosyphilis.



CLASSIFICATION

Les classiques français décrivent seulement deux formes d'arthrites hérédo-syphilitiques :

Une forme avec épanchement, pseudo-tumeur blanche ; une forme sèche, arthropathie déformante.

Nous n'adopterons pas cette classification qui est tout à fait insuffisante et qui, à notre avis, met en valeur deux formes qui ne sont pas les plus caractéristiques et les plus courantes de l'hérédo-syphilis articulaire.

L'hydarthrose bilatérale chronique, du type décrit par Clutton, l'association de poly-arthrite avec la kératite, bien connue des ophtalmologistes, les formes d'hydarthroses consécutives à un traumatisme sur lesquelles insistent les chirurgiens, le pseudo-rhumatisme hérédo-syphilitique subaigu dont Gilbert H. Bénard et Fatou ont publié récemment une observation démonstrative, la forme aiguë suppurée signalée par les auteurs de langue allemande, constituent des catégories parfaitement tranchées cliniquement, — les 3 premières sont bien plus fréquentes que la tumeur blanche et l'arthropathie déformante, — la méconnaissance des dernières peut entraîner des conséquences graves pour le malade.

Aussi, envisageant le diagnostic des manifestations

articulaires de l'héredo-syphilis tardive, nous négligeons dans notre thèse les formes suffisamment décrites dans les manuels — notamment la pseudo-tumeur blanche — pour nous attacher à l'étude des localisations passées sous silence par les classiques. Nous établirons la fréquence de l'épanchement bilatéral des genoux au cours des différentes formes évolutives du rhumatisme héredo-syphilitique et montrerons l'importance des caractéristiques sytologiques et biologiques du liquide articulaire.

HEREDO-SYPHILIS ARTICULAIRE

1° *Variété aiguë.* — Type arthropathie aiguë inflammatoire (arthrite suppurée héredo-syphilitique).

2° *Variété subaiguë.* — *Rhumatisme polyarticulaire subaiguë héredo-syphilitique* (exceptionnellement mono-articulaire).

Polymorphisme clinique : a) arthralgies ; b) arthrites fluxionnaires ; c) arthrites avec épanchement : évolution vers la guérison, vers la chronicité (3° variété) : arthrite sèche, hydarthrose chronique.

3° *Variété chronique.* — A. *Formes avec épanchement* : Hydarthrose pure (Hydarthrose chronique bilatérale des genoux, primitive (Type Clutton) ; forme ostéo-synoviale (Pseudo-tumeur blanche syphilitique).

B. *Formes d'arthrite sèche* : a) arthrite sèche crépitante ; b) forme ankylosante (suite des variétés subaiguës ou primitives) ; c) rhumatisme chronique déformant héredo-syphilitique (poussées d'hydarthrose possibles).

Arthropathie aiguë hérédosyphilitique (forme aiguë suppurée)

Les arthropathies aiguës de l'hérédosyphilis semblent exceptionnelles. Elles ont été principalement étudiées par l'école allemande (Hueter, Max Schuller, 1883).

Le début est brusque, fébrile (39°). Les douleurs articulaires sont très vives. Il y a gonflement, rougeur, chaleur des jointures qui s'emplissent de liquide. L'évolution dure de quelques semaines à 2 mois, la mort n'est pas rare.

Les constatations nécropsiques de l'italien Somma, basées sur 2 autopsies, ont dénoté du gonflement de la synoviale, la présence d'un épanchement séro-purulent, le ramollissement et la nécrose des cartilages.

Les auteurs français ont nié l'existence de cette forme : pour Kirmisson et Jacobson (1897), il n'agirait en ces cas de maladie de Parrot ou d'arthrites suppurées de nature non syphilitique.

Bien que nous n'ayons personnellement pas rencontré l'exemple d'arthropathie aiguë hérédosyphilitique, nous ne croyons pas avec ces derniers auteurs que cette catégorie doive être rayée de la classification : les arthropathies aiguës suppurées existent dans la syphilis acquise (Soc. de Derm., 1913, p. 6). De nombreuses observations du Professeur Gaucher ont établi que le trépomène est pyogène par lui-même. On connaît également des arthropathies tabétiques aiguës, inflammatoires avec fièvre élevée et tous les signes cliniques de l'arthrite aiguë suppurée pouvant entraîner

la mort du sujet en quelques jours (Charcot, Fort, Raymond, Zoppritz, Barre, Lemierre et Léon Kindberg. Soc. méd. des Hôp., 8 juillet 1921).

A priori, rien ne s'oppose à la production d'une telle forme par l'héredo-syphilis.

L'objection de Kirmisson qu'il s'agit ici d'une confusion avec la maladie de Parrot est insoutenable, cette dernière affection étant l'apanage des nourrissons. De même l'hypothèse d'une infection secondaire cause de ces arthropathies aiguës est inadmissible. Nous verrons que même dans les formes subaiguës et chroniques des arthrites héredo-syphilitiques, il y a toujours un liquide histologiquement purulent. Enfin, la recherche des germes dans le liquide articulaire des arthropathies aiguës suppurées de la syphilis secondaire et du tabés, par examen direct et culture, de même que les examens histologiques en pareil cas, ont montré qu'il n'y avait pas en jeu intervention de microbes étrangers.

Nous donnons ici (bien qu'il s'agisse plutôt d'un cas d'évolution subaiguë), l'exemple récent d'une arthrite du genou dans lequel le caractère puriforme de l'épanchement, rapproché de l'évolution particulièrement douloureuse, fit croire à une arthrite blennorragique suppurée *pour laquelle fut pratiquée trop hâtivement une résection*. L'apparition ultérieure d'une lésion de même nature à l'autre genou, attira l'attention sur la possibilité de la syphilis que vérifièrent la réaction de Wassermann du sang et le traitement d'épreuve.

OBSERVATION I

(MM. R. DUPONT et E. PEYRE, *Soc. de Chirurgie*,
28 novembre 1923).

Il s'agit d'un homme de vingt-six ans qui consulte l'un de nous, en mars 1921, pour des accidents articulaires siégeant dans les deux genoux et dont l'histoire est déjà ancienne; en septembre 1914, en effet, alors qu'il était mobilisé, X... fait, au cours d'un exercice, une chute dont il ne peut se relever seul; le genou gonfle rapidement, une ponction pratiquée reste blanche; en décembre, un plâtre est appliqué, puis notre malade est réformé avec le diagnostic de tumeur blanche.

En 1915, un nouveau conseil de réforme confirme le diagnostic. Le plâtre est gardé jusqu'en mars 1916; puis X... commence à marcher avec des cannes d'abord, et bientôt sans soutien. Au dire du malade, il ne restait à ce moment, ni gonflement ni douleur et la mobilité était parfaite.

En avril 1916, écoulement urétral qui dure quinze jours et disparaît à la suite d'injections d'eau oxygénée (?).

Pendant les hivers 1916, 1917 et 1918, hydarthrose du genou droit, qui chaque fois dure deux mois et disparaît spontanément.

En octobre 1920, nouvel écoulement urétral abondant persistant.

En janvier 1921, le genou droit augmente de volume et devient douloureux; l'un de nous voit le malade en mars et constate l'existence d'un épanchement assez abondant s'accompagnant de douleurs à la pression avec légère réaction thermique ne dépassant 38°.

La coexistence d'un écoulement urétral à gonocoques fait

penser à une arthrite gonococcique; le genou est immobilisé dans un plâtre et une auto-vaccination est pratiquée.

Lors de notre premier examen, le genou gauche se présentait globuleux avec une légère saillie au niveau du condyle interne, sans épanchement ni douleur, mais les mouvements étaient limités.

Peu à peu, le genou droit redevint normal, le plâtre est enlevé et l'articulation soumise à une gymnastique prudente, la restitution *ad integrum* est complète en mai.

Mais, en même temps que le genou droit guérissait, le genou gauche devenait le siège d'un épanchement qui augmenta progressivement. Cet épanchement est ponctionné le 23 avril, et l'on recueille une assez grande quantité d'un liquide louche, non franchement purulent. Pose d'un plâtre et quinze jours après, l'épanchement s'étant reproduit, une nouvelle ponction est pratiquée qui donne issue à un liquide semblable à celui de la première ponction. Malgré ces ponctions, l'état du genou ne s'améliore pas; il reste globuleux, très douloureux spontanément et plus encore à la pression; le moindre mouvement arrache des cris au malade, qui réclame une intervention active; aussi la résection du genou proposée est-elle acceptée immédiatement. L'opération est pratiquée le 23 mai 1921 sous anesthésie générale au protoxyde d'azote: opération classique avec ablation de la rotule terminée par la réunion complète sans drainage; suites normales; soudure complète en deux mois et demi.

Les tissus enlevés ne montrent que des lésions des parties molles, caractérisées par un énorme épaississement synovial et capsulaire, et des masses de fongosités d'aspect verdâtre. Les débris furent examinés au laboratoire des Travaux pratiques d'anatomie pathologique de la Faculté par le Dr LEROUX, qui constate l'existence d'un tissu osseux normal et dans les parties molles une armature conjonctivo-vasculaire avec réaction inflammatoire aiguë; néo-vaisseaux,

infiltration diapédétique intense ; ni polynucléaires ni nodule tuberculeux.

En 1922, le genou droit augmente à nouveau de volume ; l'un de nous voit le malade le 30 octobre et constate un genou globuleux avec empâtement du cul-de-sac sous-quadriceps et collection fluctuante dans le creux poplité et la partie supérieure de la face postérieure de la jambe.

Douleur vive à la pression du condyle interne, mouvements limités, atrophie musculaire, ganglions dans l'aîne.

C'est, en somme, la symptomatologie de la tumeur blanche du genou. La collection est ponctionnée le 11 décembre et permet d'évacuer environ 20 cent. cubes d'un pus jaunâtre bien lié.

L'examen direct de ce pus montre une réaction leucocytaire plutôt polynucléée, quelques éléments même multinucléés (7 noyaux), de grandes cellules à protoplasma vacuaire à gros noyaux en karyokinèse quelquefois, le tout dans un magma fibrineux. Aucun germe à l'examen direct et à la culture. L'inoculation au cobaye demeure négative.

Ces recherches cyto-microbiennes ne rappelant pas l'aspect des collections d'origine bacillaire, une réaction de Bordet-Wassermann est pratiquée dans le sang et donne un résultat très nettement positif.

Le traitement est immédiatement entrepris : une première série d'injections de novarsénobenzol totalisant 6 gr. 90 parfaitement supportée amène une très rapide amélioration et une fonte de l'épanchement, le plâtre est retiré ; le 11 janvier, une deuxième ponction est faite, permettant de retirer 30 cent. cubes d'un liquide encore purulent mais plus clair, présentant le même aspect cytologique. La mobilité du genou revient et le malade se lève le 2 février. Le 8 mars, l'état local est grandement amélioré ; le malade peut mener sa vie habituelle sans gêne ni douleur ; il subsiste un épanchement minime que révèle un très léger choc rotulien.

Un deuxième examen du sang donne un résultat négatif

avec le sérum chauffé; il y a cependant une insuffisance hémolytique avec le sérum non chauffé.

Le malade maintenant se sent parfaitement bien, dit même ne s'être jamais si bien porté.

L'interrogatoire nous montre qu'aucune syphilis acquise ne peut être invoquée : en fait d'hérédité, le père et la mère en bonne santé, deux frères sont bien portants également. L'examen plus minutieux du malade montre des incisives légèrement crénelées, un front peut-être olympien, une tension un peu élevée et des bruits du cœur un peu durs, mais des réflexes normaux et rien d'organique par ailleurs.

Il a donc fallu un témoignage sérologique et un aspect cytologique particulier de l'épanchement pour faire un diagnostic que le traitement est venu confirmer.

La poly-arthrite subaiguë hérédo-syphilitique (forme pseudo-rhumatismale)

On connaît l'existence du pseudo-rhumatisme subaiguë de la syphilis secondaire depuis la bonne description qu'en a donné Fournier.

Le même tableau clinique peut exister dans l'hérédosyphilis tardive. Ce n'est pas un des moindres sujets d'étonnement que d'assister vers la vingtième année, au réveil sous une forme aiguë ou subaiguë d'une infection absolument silencieuse jusqu'alors, ou n'ayant marqué sa trace dans le développement du sujet que par quelques stigmates dystrophiques extrêmement discrets.

L'observation publiée récemment à la Soc. méd. des Hôp. de Paris (Déc. 1923), par MM. Gilbert, H. Bénard et Fatou en concerne un cas remarquable. Le sujet qui en fait l'objet, présenta en un an 5 poussées successives d'un véritable rhumatisme subaiguë de nature hérédosyphilitique. Cette observation est particulièrement instructive en ce qu'elle montre bien le *polymorphisme* de cette forme clinique : Il s'agit d'un rhumatisme poly-articulaire dans lequel 9 jointures ont été intéressées. D'une façon générale il y a *affinité pour les grosses articulations* et *symétrie des lésions*. Dans le cas parti-

culier, les deux genoux, les deux tibio-tarsiennes, les deux coudes, un poignet, les deux temporo-maxillaires ont été pris.

Certaines de ces articulations ont été le siège de simples douleurs : *arthralgies*, ayant le caractère spécial de disparaître avec le dérouillement de l'articulation, comme dans certaines arthralgies blennorragiques. Ailleurs il y eut des *fluxions transitoires* ; enfin, aux genoux, *abondant épanchement avec signes inflammatoires* : tuméfaction, douleur, chaleur locale.

La courbe thermique est en général peu élevée, elle oscille autour de 38°, ne dépassant que peu ce chiffre ; dans le cas de Broca, néanmoins il y eut ascension à 40°.

Enfin, caractère important, ce pseudo-rumatisme subaigu ne guérit pas franchement : *il se fixe sous la forme d'hydarthrose bilatérale chronique sur les genoux*, localisation qui peut ensuite durer plusieurs mois avec une atrophie musculaire modérée, comme il est habituel à la forme chronique d'emblée.

Il n'est pas rare non plus qu'à une simple fluxion ou même une arthralgie du coude succède une *ankylose partielle* dont on s'aperçoit ultérieurement à la limitation de l'extension de l'avant-bras sur le bras (l'ankylose partielle du coude est un reliquat fréquent d'une poussée rhumatismale syphilitique pour Lacapère et Laurent).

L'apparition de ces poussées articulaires chez de jeunes sujets peut en imposer pour un rhumatisme articulaire aigu atténué.

Mais la faible intensité de la fièvre, l'effet nul du

salicylate, l'importance et la bilatéralité de l'hydarthrose du genou et son évolution ultérieure vers la chronicité, la constitution d'une ankylose partielle du coude sont autant de caractères qui plaident en faveur de l'héredo-syphilis contre l'hypothèse du rhumatisme articulaire. Ajoutons-y deux signes négatifs : absence de sueurs, absence des complications cardiaques aiguës, et enfin la notion des stigmates de l'héredo-syphilis et le résultat des recherches de laboratoire : réaction de Wassermann du sang, *Wassermann positif du liquide articulaire joint à l'aspect purulent et à la polynucléose exclusive de ce liquide*, qui pour nous sont des éléments pathognomoniques.

Nous donnons ci-dessous deux observations de malades tout à fait caractéristiques que nous avons pu suivre dans les services de M. le Professeur Gilbert et de M. le Docteur Caussade à l'Hôtel-Dieu, et une observation de polyarthrite rhumastimale aiguë, à localisations bilatérales, publiée par le Professeur Broca et dont la nature héredo-syphilitique soupçonnée par cet auteur, ne fait pas de doute à la lumière des faits que nous venons d'exposer.

OBSERVATION II

(GILBERT, H. BÉNARD et FATOU, *Soc. méd. des Hôp.*,
décembre 1923.)

Le malade, ouvrier électricien, âgé de 19 ans, est entré le 27 mars 1923 dans le service de la clinique médicale de l'Hôtel-Dieu, pour des douleurs articulaires affectant les deux genoux, les deux chevilles, le coude et le poignet droits.

Le début des accidents remonte en réalité à août 1921. (Auparavant, le sujet n'avait jamais eu de rhumatisme sous aucune forme.)

Au commencement de ce mois, pour la première fois, le malade accuse des douleurs à l'articulation tibio-tarsienne droite et aux deux genoux.

L'articulation tibio-tarsienne fut la plus touchée ; gonflement, douleurs, impotence fonctionnelle marquée. Les deux genoux furent le siège d'arthralgies fugaces et intermittentes, plus légères, sans modification physique.

Après une dizaine de jours de repos et des applications chaudes, les accidents disparurent. Mais dès la fin août, le malade présenta une complication de l'œil droit ; à la consultation du P^r DE LAPERSONNE, on reconnut une kératite interstitielle, qui céda à une douzaine d'injections intra-veineuses quotidiennes de cyanure de mercure.

En octobre 1921, se déclare une nouvelle poussée de phénomènes articulaires. Pendant trois semaines, les deux articulations temporo-maxillaires sont douloureuses, la mastication est extrêmement pénible. Simultanément, les deux genoux sont touchés ; il y aurait eu à cette époque de la tuméfaction avec chaleur locale sans rougeur. L'intensité de la douleur variait d'un genou à l'autre suivant le jour. Fait remarquable, elle était plus vive le matin et diminuait après la marche lorsque l'articulation s'était « dérouillée ».

L'atteinte des deux genoux persista pendant le mois d'octobre et les mois suivants.

Au début de décembre 1921, des douleurs apparaissent au coude et au poignet droits. Elles cédèrent après une quinzaine de jours, sans traitement.

A la fin de janvier 1922, la vision de l'œil gauche commence à s'altérer. Le malade retourne dans le service du P^r DE LAPERSONNE, où l'on commence une seconde série de douze piqûres de cyanure de mercure à raison de trois par semaine.

A la fin de février, survient une nouvelle poussée articulaire caractérisée par une recrudescence des douleurs qui n'avaient jamais complètement disparu aux deux genoux et par une récidive des arthralgies du coude et du poignet droits. Au bout de cinq jours, ces deux dernières localisations guérissent, après applications de compresses chaudes.

Dans les premiers jours de mars, prise des deux chevilles ; accentuation des phénomènes fluxionnaires des deux genoux ; le 15, extension, pour la troisième fois, au poignet et au coude droits.

Entre temps, à la consultation de l'Hôtel-Dieu, on prescrit un traitement au salicylate de soude, qui est mal supporté et n'apporte aucune amélioration. Une spécialité pharmaceutique anti-rhumastimale échoue également.

Le 27 mars 1922, le malade rentre dans le service, avec une kératite interstitielle de l'œil gauche en évolution et une atteinte des deux chevilles, les deux genoux, du poignet et du coude droits.

L'examen de ces différentes articulations permet de distinguer deux catégories de lésions : Arthralgie simple aux tibio-tarsiennes et au poignet droit.

Fluxion du coude droit avec douleur diffuse, points douloureux au niveau de la tête du radius, gêne marquée des mouvements de flexion, extension, pronation et supination.

Hydarthrose notable des deux genoux, qui sont globuleux avec cul-de-sac synoviaux distendus. Le gonflement est plus marqué à droite, le choc rotulien est perçu des deux côtés. Il n'y a pas de rougeur appréciable, mais élévation de température locale très accentuée.

Les extrémités osseuses ne présentent pas de modifications perceptibles cliniquement ni radiologiquement, la synoviale semble épaissie au niveau des culs-de-sacs tricipitaux, où elle forme un bourrelet très accentué. L'atrophie du quadriceps est encore peu marquée. Le malade souffre spontanément, la douleur est augmentée par la pression et les

mouvements. Le maximum paraît être à la face interne du plateau tibial.

Les mouvements passifs mettent en évidence une limitation légère de la flexion et l'impossibilité de l'extension complète (les deux membres au repos adoptent l'attitude légèrement fléchie). Toutes ces modifications sont plus accentuées du côté droit. Elles entraînent de l'impotence fonctionnelle, le sujet ne peut marcher.

Le malade a séjourné dans le service du 27 mars au 15 décembre 1922. Il fut, disons-le tout de suite, soumis durant tout ce temps à un traitement anti-syphilitique justifié par les constatations qui vont suivre. L'évolution des différents accidents qu'il présentait à son entrée a donc pu être suivie journellement pendant toute cette période.

L'état de l'œil gauche s'améliora lentement : la kératite persistait encore fin mai et ne semble guérie qu'au début de juillet, la vision resta toutefois notablement plus faible qu'avant l'apparition de la kératite.

Les douleurs articulaires des deux tibio-tarsiennes cédèrent au bout de quinze jours (mi-avril).

Les arthrites du poignet et du coude droits persistèrent six semaines, jusqu'au milieu de mai.

Aux genoux, l'amélioration fut lente à s'établir. Nous n'avons pas assisté à la guérison de la double hydarthrose encore accentuée au milieu de juin et très atténuée à la sortie du malade. Mais en trois mois les douleurs avaient disparu, la flexion et l'extension complète étaient possibles, l'impotence fonctionnelle était grandement diminuée.

Par contre, de nouvelles localisations se manifestèrent au cours de cette amélioration générale : elles coïncidèrent avec un relâchement du traitement.

C'est ainsi qu'au début de juillet 1922 l'articulation du coude gauche, jusque-là indemne, est prise à son tour : elle est douloureuse, légèrement tuméfiée sans rougeur ni chaleur, il y a de la gêne des mouvements. La douleur ne dura

guère qu'une dizaine de jours, mais une ankylose légère persiste ; il y a impossibilité d'extension complète.

Enfin, vers le milieu du mois de juillet, des phénomènes de périostite apparaissent à la jambe droite : tuméfaction douloureuse de la face interne du tibia droit à l'union des tiers moyen et inférieur de la jambe.

Vers la mi-août, le même incident se produit du côté gauche : il s'agit d'une périostite du tibia gauche occupant à peu de chose près la même localisation qu'à droite.

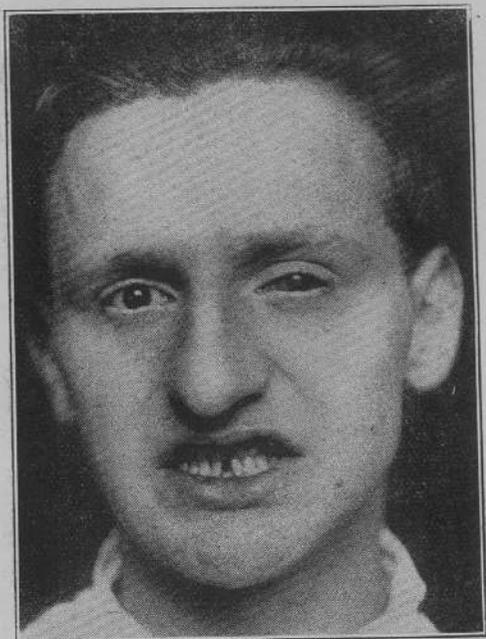
En résumé, notre malade a présenté un rhumatisme ayant évolué en cinq poussées successives : août et octobre 1921, février, mars et juillet 1922. Il s'agit d'un rhumatisme poly-articulaire. Neuf jointures ont été intéressées : les articulations temporo-maxillaires, les deux coudes, le poignet, les deux genoux, les deux tibio-tarsiennes.

Nous relevons, dans notre cas, l'affinité générale pour les grandes articulations, et la symétrie des lésions, — la bilatéralité manquant au poignet seulement.

Nous signalerons également le polymorphisme de ces altérations : arthralgie simple aux articulations temporo-maxillaires et au poignet, qui guérirent en conséquence rapidement et complètement, — arthrite légère des tibio-tarsiennes et des coudes (toutefois, terminaison par ankylose au coude gauche), — enfin, aux genoux, qui sont les plus touchés, abondant épanchement intra-articulaire avec signes d'inflammation : tuméfaction, chaleur, douleur sans rougeur.

L'évolution morbide de ces accidents a d'ailleurs été fébrile.

La température, sans être très élevée, a été longtemps anormale. Pendant les vingt premiers jours qui suivirent l'admission à l'hôpital, elle oscille entre 37°5 et 38°, atteignant ou même dépassant à six reprises ce chiffre durant cette période. Pendant les six semaines qui suivent, l'élévation thermique est moins notoire, mais non douteuse cepen-



Malade de l'Observation II
Kératite de l'œil gauche
Écartement des incisives médianes inférieures



dant. Ensuite la courbe devient normale avec, toutefois, des pointes épisodiques en rapport, semble-t-il, avec des injections thérapeutiques.

L'enquête anamnétique et les épreuves de laboratoire sont venues confirmer les présomptions d'ordre clinique concernant l'étiologie de ce rhumatisme singulier accompagné de kératite.

Notre malade ne présente aucune trace de tuberculose.

Il n'a jamais eu de blennorragie.

Il ne s'agit pas, ici non plus, de syphilis acquise : le malade, âgé seulement de 21 ans, n'a jamais eu d'accident vénérien, il ne porte aucune cicatrice suspecte. (On ne note dans ses antécédents qu'une broncho-peumonie à 2 ans et une rougeole à 5 ans.)

Mais la syphilis héréditaire est manifeste chez lui.

Si l'on inspecte, en effet, sa dentition, on est frappé par l'écartement considérable qui sépare les deux incisives médianes inférieures et par le microdontisme de ces deux incisives, qui ont l'aspect « en grain de riz » caractéristique.

A côté de ces stigmates dentaires, l'examen révèle des signes dystrophiques touchant le squelette. Il existe un véritable syndrome hypophysaire du type acromégalique : même pour sa grande taille (1 m. 78), le sujet présente des mains et des pieds excessifs, il a un léger degré de *genu valgum* ; d'autre part, le massif facial est anormal, le nez est très fort, le menton en galoche, la voûte palatine est ogivale, profonde.

Ajoutons, pour compléter cet examen général, que les autres appareils, système nerveux, appareils circulatoire et respiratoire, tube digestif, ne présentent aucune tare.

Le sujet n'a pas de leucoplasie, il n'y a chez lui aucun trouble des réflexes.

L'origine héredo-syphilitique de ces manifestations dystrophiques n'est pas niable. Elle est confirmée par les diffé-

rentes épreuves de laboratoire que nous avons pratiquées.

La réaction de Wassermann et la réaction de Bauer, faites à plusieurs reprises avec le sang du malade, se sont montrées positives totales.

Le père du malade est mort par accident. Mais sa mère est vivante et bien portante. Elle a eu trois grossesses : la première a donné un enfant mort-né, la deuxième un enfant décédé après un jour d'existence. La recherche des réactions de Wassermann et de Bauer dans le sang, auxquelles elle a bien voulu se prêter, a fourni un résultat positif total. L'hérédo-syphilis ne pouvait pas être prouvée de façon plus éclatante.

Le 6 avril 1922, nous avons ponctionné le genou droit à la partie interne du cul-de-sac tricépal. Nous avons recueilli sans difficulté 15 cent. cubes de liquide puriforme, vert trouble, visqueux, non coagulé au bout d'une demi-heure. L'examen sur les lames nous a montré une extrême abondance de cellules intactes. Il y avait polynucléose exclusive. Les noyaux cellulaires étaient colorés uniformément, sans granulations visibles

Voici le pourcentage cytologique :

Polynucléaires intacts	84 %
Cellules desquamées	15 %
Lymphocytes	1 %

Il s'agit d'un liquide puriforme aseptique : aucun micro-organisme n'a pu être décelé sur les préparations. Un cobaye inoculé a continué à augmenter de poids ; sacrifié un mois plus tard, il ne montra aucune trace de tuberculose. La recherche du tréponème a été négative (Fontana-Tribondeau). Enfin, la réaction de Wassermann, pratiquée dans le liquide articulaire, s'est montrée positive totale, apportant ainsi la preuve de la nature syphilitique de l'épanchement.

A ces arguments démontrant l'étiologie syphilitique des accidents qu'a présente notre malade, nous devons ajouter

le bon effet obtenu par les différentes médications anti-syphilitiques auxquelles il a été soumis du 27 mars au 15 décembre 1922.

Le mercure a été employé sous forme de cyanure intra-veineux à dose de 1 centigramme par injection : première cure en mars-avril, deuxième en juin-juillet, troisième en septembre. En tout, 88 injections. Les injections de la première et troisième séries ont été quotidiennes et même au début ont dû être bi-quotidiennes.

Dans l'intervalle du cyanure de mercure, le malade a reçu 2 gr. 40 de novarsénobenzol.

En octobre et novembre, il a reçu 1 gr. 75 de néotrèpol.

L'iodure de potassium, sous forme de sirop de Gibert renforcé (de 2 à 4 gr. d'iodure par jour pour 20 gr. de sirop de Gibert) lui a été administré pendant une quinzaine de jours en juillet-août.

Les résultats de ce traitement prolongé ont amené la disparition progressive de la kératite et des périostites tibiales. Des neuf articulations touchées, six sont définitivement guéries. Une d'elles conserve une ankylose légère ; enfin, les deux dernières, les genoux sont très améliorés. Elles ne sont qu'incomplètement guéries, il persiste de la tuméfaction et une limitation des mouvements extrêmes. Mais toute trace d'évolution morbide a disparu, le malade a pu sortir de l'hôpital et reprendre son travail, conservant encore un Wassermann positif, pour lequel il a continué à se faire soigner à la consultation du soir de l'hôpital Saint-Louis.

Ce malade est venu, en effet, se présenter dans le service de notre Maître, M. le Dr LOUSRE, au début de 1923, nous avons continué à le traiter et pouvons joindre à l'observation de M. le Dr GILBERT les renseignements ultérieurs suivants :

En février-mars 1923, le malade a reçu des injections bi-hebdomadaires de bismuth (Quinby) ; en mai-juin, chaque semaine, une injection à doses progressives de sulfarséno-

thérapeutique, qui fut suspendue après la cinquième piqûre en raison d'un ictere intercurrent ; en octobre, nouvelle série de Quinby.

Entre temps, le Wassermann du sang, trouvé incomplètement positif le 12 mai 1923 (W—+++) et négatif le 8 septembre 1923 (W— — — —), était de nouveau positif deux mois plus tard, après suspension de traitement.

Actuellement, plus de deux ans après le début des accidents, le sujet conserve encore une arthrite sèche crépitante des deux genoux plus marquée à droite, mais tous les mouvements sont récupérés. L'atrophie musculaire a diminué de moitié : de 41 centimètres, le tour de cuisse (à 13 centimètres au-dessus de la rotule) est revenu à 46 centimètres à gauche et 44,5 à droite. Il persiste une limitation de l'extension du coude gauche.

OBSERVATION III (inédite)

(Due à l'obligeance de MM. CAUSSADE et FATOU).

Lucie L..., couturière, âgée de 31 ans, est entrée, le 4 juillet 1923, à l'Hôtel-Dieu, salle Sainte-Monique, pour une hydartrhose double, dont elle est atteinte depuis avril 1923.

Auparavant, elle a souffert, depuis deux ans, d'arthralgies diverses, ayant notamment frappé les poignets, les épaules et les petites articulations métacarpo-phalangiennes du pied. Cette dernière localisation s'accompagna de gonflement articulaire et dura quelque temps avec intensité. Ces arthralgies étaient calmées de façon éphémère par l'aspirine.

Quatre mois avant son entrée, c'est-à-dire vers avril 1923, les douleurs se localisèrent aux genoux, avec apparition d'un peu de fièvre. La malade travaillait à la machine à coudre à pédale, il y a là peut-être une cause de localisation. La localisation aux genoux se traduisit par un gonflement accentué et une douleur intense.

A son entrée dans le service, on note immédiatement la



Malade de l'Observation III





tuméfaction des deux articulations avec chaleur locale et la douleur à la mobilisation.

A l'examen, les genoux sont globuleux, les culs-de-sacs sous-quadricipitaux sont distendus, la palpation est douloureuse le long de l'interligne articulaire, et à la limite des culs-de-sac synoviaux, il n'y a pas de point douloureux osseux. Les mouvements de flexion et d'extension ne sont pas sensiblement limités, la palpation des muscles péri-articulaires montre l'absence d'infiltration : il y a une atrophie marquée. La tuméfaction articulaire est plus importante au genou droit, le choc rotulien est particulièrement des deux côtés.

En juillet-août et septembre 1923, la courbe thermique offre des ascensions à 38° et au-dessus ; il y a là un état subfébrile oscillant en moyenne autour de 37°5 à 38°. Dans les mois suivants, la température redevient normale avec des poussées thermiques isolées en rapport avec des injections arsénicales.

On ne relève aucun élément de présomption d'hérédosyphilis d'après les antécédents héréditaires : la malade, par elle-même, ne semble pas au premier abord présenter de stigmates : pas de déformation squelettique, crâne, nez, voûte palatine, tibias, appendice xyphoïde normaux. Les dents sont bien plantées et régulières, mais l'arête des incisives inférieures est dépourvue de dentine. En outre, la malade a eu une affection oculaire dans l'enfance ; elle porte, en effet, un voile cornéen de l'œil gauche, révélateur d'une kératite guérie.

Ces signes sont assez discrets pour expliquer l'erreur de diagnostic posée plusieurs fois chez elle : elle fut soignée à deux reprises pour rhumatisme gonococcique (dmégon, lipogon) et fut même une fois présentée à des élèves comme type d'arthrite blennorragique.

Le traitement institué s'est ressenti de ces hésitations, la

malade a eu 14 piqûres de novarsénobenzol, au total, 5 gr. 40 et 6 injections de curalûès, de juillet 1923 à février 1924.

La réaction de Wassermann dans le sang s'est toujours montrée négative, même après réactivation (7 juillet 1923, 18 janvier 1924).

En revanche, nous avons trouvé chez elle, par ponction du genou, un liquide articulaire dont les caractéristiques biologiques et cytologiques ne laissent aucun doute quant à la nature hérédosyphilitique de son affection.

Première ponction le 16 juillet 1923 (genou droit) :

Liquide synovial citrin, visqueux.

Wassermann positif total dans le liquide articulaire.

Examen cytologique :

Nombreux polynucléaires,

Quelques cellules endothéliales,

Rares lymphocytes,

Pas de micro-organismes.

Deuxième ponction le 4 février 1924 (genou droit) :

Même aspect du liquide.

Examen cytologique, pourcentage :

Polynucléaires intacts 72 %

Cellules endothéliales 8 %

Lymphocytes 6 %

Moyens mononucléaires 14 %

Une inoculation au cobaye a été pratiquée simultanément.

OBSERVATION IV

(Broca, *Presse méd.*, 2 nov. 1921, p. 876).

Jeune homme de 20 ans, qui, le 28 septembre 1919, sans cause connue, sentit, pendant la nuit, une douleur à la face interne du genou gauche, qui enfla, devint chaud et rouge ; le 30, à l'admission à l'hôpital Villemin, la température était de 38°, le genou droit était lui aussi douloureux et gonflé ;

après une poussée à 40°, la température tomba, pour une quinzaine de jours, au-dessous de 38°, tandis que les genoux désenflaient, mais restaient raidis en extension. Le 20 octobre, nouvelle poussée aux deux genoux et aux deux pieds, sans rougeur, la température oscillant entre 37°5 et 38° jusqu'au 25, date de l'envoi dans mon service. On craignait la tuberculose en raison de la rudesse respiratoire aux deux sommets, un frère était mort de la poitrine.

Les deux genoux, le gauche surtout, étaient raidis en extension, globuleux, sans rougeur, un peu chauds, contenant un peu de liquide ; par la pression, on éveillait une douleur légère sur l'interligne et sur le plateau tibial interne ; la synoviale était épaissie en avant, mais le creux poplité était libre. L'état était le même aux deux tibio-tarsiennes.

Pendant les jours suivants, la température fut, sans régularité, entre 38° et 39°. Le salicylate de soude fut sans effet. Fallait-il penser à un écoulement urétral de brève durée et n'ayant laissé aucune trace actuelle ? Je n'y crus guère, et, sans trop y croire, je fis faire la réaction de Wassermann ; elle fut positive malgré l'absence de tout stigmate actuel, personnel ou héréditaire. Le traitement mixte au bi-iodure de mercure et à l'iodure de potassium amena, en quelques jours, l'apyrexie, la résorption des hydarthroses ; bientôt les synoviales s'amincirent, les mouvements revinrent. Le 27 novembre, les pieds étaient normaux, les genoux secs, mais à flexion encore limitée ; j'arrêtai le mercure et continuai l'iodure et le 24 décembre, au départ en convalescence, il ne restait plus qu'une limitation fort légère de la flexion des genoux.

(Pour le Pr Broca, il s'agit là d'un fait rare, et montrant l'utilité de la réaction de Wassermann, pour dépister la syphilis au cours de certaines hydrarthroses et arthrites sèches des genoux au premier abord banales, traumatiques ou rhumatismales.)

Les formes chirurgicales des arthrites de l'hérédosyphilis tardive

Ce chapitre que nous intitulos formes chirurgicales des arthrites hérédosyphilitiques n'a qu'une justification clinique : mais nous avons jugé intéressant de tenter ce groupement à cause de son importance pratique, malgré qu'il envisage des cas disparates et chevauche les variétés aiguë, subaiguë et chronique de la classification.

Il faut savoir que l'hérédosyphilis articulaire manifeste anatomiquement deux tendances :

La tendance à la suppuration, la plus fréquente, attestée dans les cas chroniques par la polynucléose du liquide articulaire et dans les cas aiguë et subaiguë par la purulence véritable et les signes cardinaux de l'inflammation.

La tendance à l'ankylose, si fréquente après une atteinte légère du coude et qui a son maximum de réalisation dans les formes sèches déformantes.

Chirurgicales au premier chef, sont les formes douloureuses, fébriles, monoarticulaires parfois, simulant

l'arthrite blennorragique. La ponction retire un liquide puriforme (formule de polynucléose), la douleur peut être intense, la fièvre dépasse 38°. Pour peu (comme dans l'observation I de notre thèse) qu'il y ait eu récemment la notion d'un écoulement urétral, l'erreur est possible. C'est ainsi que le malade de Dupont et Peyre se vit reséquer un genou. Dans cette observation, des négligences incontestables ont eu lieu : la radiographie notamment n'a pas été faite, la réaction de W. du sang a été pratiquée seulement lorsqu'une lésion de même nature est apparue ultérieurement à l'autre genou : il fallut la bilatéralité successive de la lésion pour ouvrir les yeux.

La forme du liquide retiré avant l'intervention était pourtant de nature à faire suspecter l'hérédosyphilis et la bénignité des signes généraux cadrerait mal avec la purulence de ce liquide. C'est là un bon élément d'appréciation selon nous.

Une seconde catégorie chirurgicale très particulière des épanchements hérédosyphilitiques concerne les hydarthroses hospitalisées dans les services de chirurgie pour traumatisme. Fréquemment il s'agit d'un soi-disant accident de travail ou d'un incident de la vie militaire (c'est souvent vers la vingtième année en effet qu'éclatent ces accidents hérédosyphilitiques). On lira à ce sujet avec fruit l'article du Professeur Broca (Presse méd., 2 nov. 1921), qui commente une vingtaine d'observations semblables recueillies par lui.

Il s'agit le plus souvent d'une *hydarthrose bilatérale d'emblée* ou bilatéralisée dans la suite, qui débute après

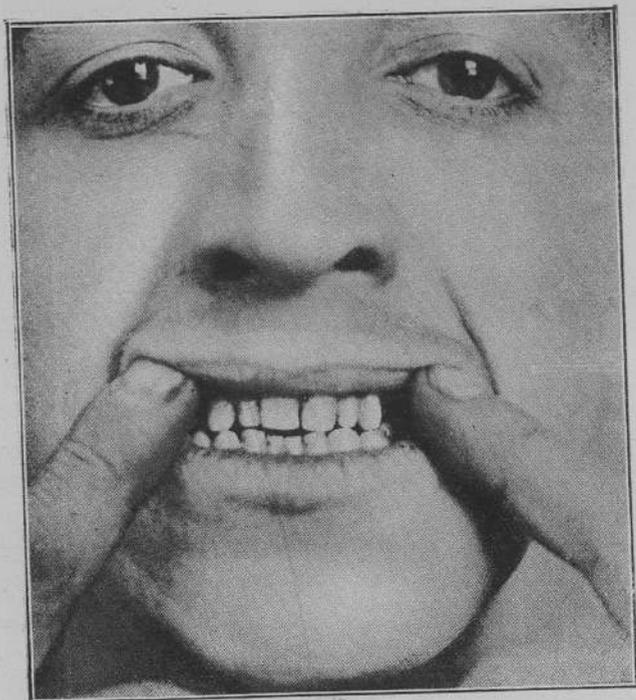
un traumatisme réel ou supposé *et qui passe à l'état chronique.*

On notera, comme caractère particulier, cette persistance pendant des mois et des années, avec des alternatives d'amélioration et d'aggravation, une *indolence à peu près complète, une bénignité* attestée par la souplesse de la synoviale et une atrophie musculaire modérée, on peut percevoir quelques craquements, il n'y a pas trace de fongosités au bout de plusieurs mois. La clinique et la radiographie montrent l'absence de lésions osseuses. Aussi les sujets qui en sont atteints au bout de quelque temps se mettent à travailler porteurs de leurs gros genoux qui ne les gênent que peu ou point. Peut-être, fait remarquer Broca, y avait-il de ces cas dans ceux décrits par Poncet comme « tuberculose inflammatoire ».

Il est évident devant cette évolution spéciale qu'au bout de quelque temps on est obligé d'abandonner le diagnostic d'arthrite traumatique ou de tumeur blanche.

Une telle forme doit être connue, car elle est extrêmement fréquente. On doit en faire le diagnostic à première vue. La réaction de Wassermann du sang et surtout l'examen du liquide articulaire recueilli par ponction (W. positif et cytologie à polynucléose dominante) confirmeront le diagnostic.

Une troisième forme chirurgicale est bien connue, nous ne nous étendrons pas sur elle : c'est la forme chronique simulant la tumeur blanche. On trouvera dans les traités classiques le parallèle entre la fausse tumeur blanche syphilitique et la tumeur blanche tuber-



Malade de l'Observation V.
Microdentisme des incisives inférieures.

culeuse. Ici il ne s'agit d'ailleurs pas toujours d'une forme articulaire pure. En dehors des fongosités synoviales, les extrémités osseuses sont souvent intéressées par des processus gommeux. Il y a fréquemment des déterminations suppuratives multiples de l'hérédo-syphilis frappant le système osseux, ganglionnaire, cutané.

OBSERVATION V (inédite)

(En collaboration avec MM. LOUSTE et FATOU).

Hydarthrose bilatérale des genoux. — Hérédo-syphilis tardive.

Le 20 décembre 1923, le malade Raymond E..., âgé de 21 ans, journalier, est entré à l'hôpital Saint-Louis dans le service chirurgical du D^r LENORMANT, pour une hydarthrose, à l'origine de laquelle il incrimine un accident de travail.

C'est en effet à la suite d'un traumatisme (chute) que huit jours auparavant aurait débuté la tuméfaction du genou droit. Le malade a séjourné en chirurgie pendant la fin de décembre et les dix premiers jours de janvier. On reconnut que son hydarthrose était en réalité bilatérale et on pensa à la possibilité d'une lésion syphilitique malgré que le Wassermann fut négatif dans le sang. Le malade reçut 10 piqûres de cyanure de Hg. et 2 injections de novarsénobenzol. Il sortit amélioré, mais dut rentrer à nouveau à Saint-Louis le 21 janvier 1924, dans le service du D^r LOUSTE.

À son entrée, il présentait une arthrite bilatérale, avec épanchement, des genoux, une tuméfaction de l'articulation radio-carpienne droite apparue deux jours auparavant.

C'est le genou droit qui est atteint de l'épanchement le plus volumineux. On note des points douloureux osseux à la tête du péroné et à la hauteur du plateau tibial interne.

A gauche, l'augmentation de volume est moindre ; il existe un point douloureux tibial interne. La tension du liquide est telle qu'on obtient difficilement le choc rotulien.

L'articulation radio-carpienne droite est également tendue et douloureuse : la douleur est sourde et continue, la nuit elle réveille le malade. Le malade n'a pas de fièvre actuellement, mais depuis deux mois qu'a débuté son hydarthrose bilatérale, il a présenté fréquemment des oscillations thermiques de 38° 5 à 38°.

A l'examen complet du malade, on remarque une déformation caractéristique des tibias, avec incurvation à convexité antérieure particulièrement marquée au tibia droit, rappelant un degré moyen du tibia Lannelongue, dit en fourreau de sabre.

Le malade présente également des stigmates dentaires intéressants : les incisives médianes supérieures sont d'assez grande taille, flanquées de deux incisives plus petites. Les canines sont grandes. L'ensemble est assez régulier et contraste avec la rangée inférieure ; les deux incisives médianes inférieures, en effet, sont situées à droite de la ligne médiane, elles sont microscopiques et n'atteignent pas, à elles deux, à la largeur de l'incisive médiane supérieure au-dessous de laquelle elles se trouvent plantées. Les deux incisives latérales inférieures, d'un peu plus forte taille, sont encore bien trop petites. Les canines inférieures, par contraste, semblent démesurées. On note quelques striations longitudinales et transversales. La voûte palatine est ogivale.

Le malade présente de la poly-microadénopathie généralisée.

Ses réflexes pupillaires sont normaux.

Il existe un degré assez marqué d'asymétrie faciale : la moitié droite de la face est visiblement moins large que la gauche.

La réaction de Wassermann dans le sang est négative.



Malade de l'Observation V.



Les antécédents du malade fournissent des données très intéressantes également.

Il est le sixième enfant et aurait perdu trois frères et sœurs en bas âge. Sa mère est vivante, son père serait mort de tuberculose laryngée, à 36 ans, après six ans de maladie.

Il aurait eu personnellement une scarlatine à 10 ans et une pneumonie double à 15 ans.

Le malade est marié ; au début de février 1924, il a eu un enfant, né à terme, du poids de 3.300 gr. avec un placenta de 520 gr., enfant paraissant en parfait état.

Examen du liquide articulaire. — Le liquide articulaire, recueilli, par ponction du genou droit, le 2 février 1924, a fait l'objet de diverses recherches :

Liquide citrin, visqueux.

Réaction de Wassermann dans le liquide positive au maximum.

Le pourcentage des éléments cellulaires, après étalement sur lame et coloration appropriée, s'est révélé :

Polynucléaires intacts	92 %
Moyens mononucléaires et cellules endothéliales.....	8 %

Examen radiographique des os et articulations. — Pas de lésions osseuses juxta-articulaires (genoux).

Une tache (déméralisation ?) à la hauteur du médaillon tibial droit visible sur les radiographies de profil.

La radiographie du tibia droit confirme l'impression clinique : forte incurvation à convexité antérieure, lésion définitive et ancienne, ainsi qu'en témoigne l'état compact de la virole osseuse.

On ne remarque pas de lésion osseuse récente du tibia ni du péroné droits (notamment pas d'image caractéristique de fuseau osseux stratifié).

OBSERVATION VI

(Observation XII de la Thèse MOZER)

Hydarthrose des deux genoux. — Hyperostose des deux tibias. — Wassermann positif.

Jeune fille de 14 ans; entre à l'hôpital Vincent, le 14 juin 1917, pour une arthrite des deux genoux.

L'enfant raconte qu'elle a toujours souffert des genoux, qui sont gonflés et douloureux à la moindre fatigue. A plusieurs reprises, elle a dû s'aliter. En mai 1916, à la suite d'une scarlatine, elle a fait une poussée très douloureuse à gauche, et a été soignée depuis cette époque par l'immobilisation et l'extension continue.

A l'arrivée : les deux genoux sont globuleux, chauds; la rotule est soulevée, on détermine du choc rotulien. Les ménisques sont gonflés et sensibles. Léger *genu valgum* bilatéral. La flexion est limitée et douloureuse, atteignant l'angle droit à droite, 100 degrés à gauche.

Les diaphyses tibiales sont épaissies, il existe un certain degré de convexité en avant des deux tibias, avec aspect en fourreau de sabre ébauché, plus marqué à droite.

Petits ganglions cruraux des deux côtés.

Il n'existe aucun stigmate de syphilis, mais l'ancienneté et la bilatéralité des lésions, leur marche capricieuse, l'épaississement des deux tibias, imposent le diagnostic de syphilis que vient confirmer la réaction de Wassermann, qui, à la date du 20 juin 1917, est très fortement positive.

L'examen radiographique montre des lésions bilatérales des épiphyses juxtagonales, dont le contour est déchiqueté, irrégulier. Cet aspect est surtout marqué au niveau du plateau externe du tibia, de la tête du péroné du côté droit, et du condyle externe du fémur du côté gauche. Dans ces régions, l'os a une teinte plus sombre. A gauche, les sur-

faces articulaires sont régulières ; à droite, l'espace articulaire est pincé et la surface articulaire du plateau tibial externe est fortement irrégulier.

La radiographie des tibias ne donne aucun renseignement précis, au contraire de la clinique.

Du 27 juin au 24 juillet 1917, la malade reçoit 1 gr. 95 de néosalvarsan en cinq injections et cinq piqûres d'huile grise.

A l'issue de ce traitement, les genoux sont froids, non douloureux ; leur flexion atteint 45 degrés, la synoviale reste épaisse des deux côtés, le choc rotulien persiste à gauche.

En août, 15 frictions d'onguent mercuriel et 2 grammes d'iodure de potassium.

8 août 1917, le Wassermann est toujours positif.

Deuxième série de néosalvarsan : du 6 septembre au 4 octobre. 1 gr. 95 de néosalvarsan et 5 injections d'huile grise.

12 octobre. — Les deux genoux sont froids et secs. L'enfant marche depuis quinze jours. La flexion au niveau des deux genoux est sensiblement normale, atteignant un angle de 30 degrés. L'enfant a passé de 30 à 34 kilogs. Wassermann sans changement.

OBSERVATION VII

(Observation XIV de la Thèse MOZER)

*Ostéites multiples. — Ostéo-arthrite des deux genoux.
Néphélions cornéens. — Wassermann positif.*

Enfant âgé de 13 ans ; est envoyé à l'hôpital Bouville. le 24 avril 1917, avec le diagnostic d'ostéites tuberculeuses multiples.

A l'arrivée, on note :

1° Ostéites fistulisées, frontale, occipitale et pariétale ;

2° Ostéite du manubrium sternal avec abcès menaçant fistule ;

3° Ostéo-arthrite du genou droit, qui est chaud, douloureux, avec distension des culs-de-sacs et choc rotulien. Le bulbe tibial droit est gonflé ; il existe à son niveau une fistule qui donne peu. Les mouvements atteignent, difficilement l'angle droit ;

4° Ostéite formée du bulbe tibial inférieur, qui est gonflé et douloureux ;

5° Ostéo-arthrite ancienne du genou gauche : les épiphyses tibiale et fémorale juxtagonales sont épaissies et douloureuses à la pression. La région est entourée de cicatrices opératoires. Le genou est en flexion légère et ne peut être étendu complètement. Sa flexion atteint difficilement 130 degrés.

L'enfant ne peut fournir aucun renseignement sur le début des accidents et les opérations qui ont été faites.

6° Traces de kératite sous forme de petits néphéliions bilatéraux.

La dentition est normale.

L'ensemble des lésions, la coexistence des ostéites crâniennes avec l'aspect de l'ostéo-arthrite bi-latérale des genoux, la tuméfaction du bulbe tibial inférieur droit, et les lésions des cornées font porter le diagnostic de syphilis que confirme le Wassermann, qui, à la date du 9 mai 1917, est très fortement positif.

11 mai 1917 au 20 août 1917. — 12 injections de calomel.

20 août 1917. — Toutes les lésions sont cicatrisées, le genou droit est froid et sec, ses mouvements restent limités.

A gauche, la flexion atteint l'angle droit.

Du 4 septembre au 2 octobre 1917, le malade reçoit 1 gr. 95 de néosalvarsan en cinq injections.

6 octobre 1917. — Les mouvements du genou droit sont normaux. L'extension est encore incomplète à gauche, la flexion atteint un angle de 75 degrés.

Wassermann sans changement.

OBSERVATION VIII

(Observation XVII de la Thèse MOZER)

Hydarthrose des deux genoux. — Hyperostoses multiples. — Cicatrices d'adénites cervicales et d'ostéites de l'apophyse orbitaire externe. — Kératite ancienne. — Wassermann positif.

Jeune fille âgée de 19 ans, vient à Berck, pour une hydarthrose des deux genoux datant de sept ans.

On relève dans ses antécédents personnels :

Une enfance malade avec maux d'yeux; une scarlatine à l'âge de 12 ans, à la suite de laquelle s'installe une hydarthrose récidivante des deux genoux. Le genou droit a été immobilisé six mois en 1914, trois mois en 1916.

A 14 ans, adénite cervicale gauche fistulisée.

A 18 ans, ostéite de l'apophyse orbitaire externe fistulisée et douleurs au niveau du coude droit.

La jeune fille est chétive, pâle; son poids est de 43 kilogs.

A la date du 18 mai 1917 :

1° Hydarthrose légère des deux genoux avec choc rotulien et augmentation de la température locale. Le tibia droit est enflé et douloureux à la pression au niveau de son bulbe supérieur. La flexion du genou gauche est limitée, ne dépassant pas l'angle droit, celle du genou droit atteint à peine 100 degrés ;

2° Légère limitation de l'extension du coude droit, avec épaississement de la moitié inférieure de la diaphyse humérale droite et du tiers supérieur du cubitus ;

3° Cicatrices d'ostéite fistuleuse au niveau de la queue du sourcil droit, cicatrice irrégulière, adhérente à l'os avec bourrelets et ponts cutanés ;

4° Cicatrice d'adénite fistulée de la région angulo-maxillaire gauche ; cicatrice déprimée, télangiectasique ;

5° Dépôli de la cornée gauche.

Rien dans les antécédents héréditaires ne fait penser à la syphilis ; on ne constate aucun stigmatte dentaire ni auriculaire. Les lésions oculaires que le malade a présente dans son enfance n'ont laissé que des traces insignifiantes à l'œil gauche.

La lésion bilatérale des deux genoux, l'épaississement du bulbe du tibia droit, de l'extrémité inférieure de l'humérus et de l'extrémité supérieure du cubitus font porter le diagnostic de syphilis, et M. Ménard nous confie la malade pour faire un Wassermann et diriger le traitement.

20 mai 1917. — Wassermann très fortement positif.

Du 24 mai au 13 juin 1917, la malade reçoit 1 gr. 50 de néosalvaran en quatre injections.

En juin et juillet, 20 injections de 2 cent. de benzoate de mercure, avec prise de 2 grammes d'iodure de potassium pendant 20 jours.

7 août 1917. — Les deux genoux sont secs et froids, toute trace d'épanchement a disparu. La flexion atteint, à droite comme à gauche, 45 degrés.

Deuxième série de néosalvaran : du 7 août au 4 septembre 1917, 2 gr. 70 de néosalvaran.

21 septembre 1917. — Excellent état général. Augmentation de poids de 9 kilogs. Les deux genoux sont secs et froids, la flexion est complète à gauche, elle atteint 35 degrés à droite. L'humérus droit reste épaissi dans son tiers inférieur.

Le Wassermann est positif, faible.

OBSERVATION IX

(Observation XX de la Thèse MOZER)

Hydarthrose du genou gauche. — Fausse tumeur blanche du genou droit. — Trace de kératite interstitielle. — Syphilis du père connue. — Wassermann positif.

Enfant ag e de 5 ans, est envoyée à Berck avec le diagnostic de tumeur blanche des deux genoux.

L'anamnèse apprend que, bien portante jusqu'en avril 1917, l'enfant a souffert à cette date des yeux, en même temps que le genou droit devenait chaud, gonflé et douloureux. Quelques semaines après, les mêmes phénomènes se produisaient du côté du genou gauche.

Des renseignements fournis par le médecin de la famille apprennent que le père est syphilitique.

  l'arrivée, en juillet 1917, on note :

1^o Une tuméfaction du genou droit, qui apparait chaud, globuleux, fortement empâté. La tuméfaction est irrégulière et la jambe légèrement fléchée paraît subluxée en arrière et en dehors. Les mouvements sont limités et douloureux. Moins les ganglions, l'aspect rappelle trait pour trait la tumeur blanche du genou ;

2^o Hydarthrose du genou gauche avec soulèvement de la rotule, choc rotulien net et limitation légère des mouvements en flexion ;

3^o Trace de kératite interstitielles des deux yeux laissant un léger dépoli des deux cornées.

Cet ensemble syptomatique suffit pour affirmer la syphilis, et, sans attendre la réaction de Wassermann, l'enfant est mise au traitement mercuriel.

Comme traitement adjuvant, les deux genoux sont immobilisés sous l'appareil plâtré.

Le Wassermann, pratiqué le 24 août 1917, est fortement positif.

11 septembre 1917. — Après 8 injections d'huile grise, le genou droit est froid, encore un peu gonflé ; il est complètement redressé avec très léger degré de varus ; sa flexion reste un peu limitée ; l'appareil plâtré est supprimé à son niveau. L'hydarthrose persiste, fortement réduite à gauche

OBSERVATION X

(Observation NICOLAS, GATE et PILLON, in *Lyon méd.*,
10 octobre 1922.)

Syphilis héréditaire à localisations multiples cutanées, ganglionnaires, osseuses, articulaires et dentaires.

Il s'agit d'une jeune fille de 18 ans, entrée à la clinique de l'Antiquaille, pour des lésions nodulaires en vastes nappes de la face, du cou et du mollet droit, en partie cicatricielles, en partie en évolution et simulant à première vue le lupus. En réalité, cette malade a, dans son passé, un nombre respectable d'accidents : ostéite de la diaphyse tibiale droite, ostéite de la clavicule, adénites suppurées, troubles oculaires, ostéite des os du nez ayant amené un effondrement complet, hydarthrose volumineuse du genou gauche ; on constate, en outre, des dents d'Hutchinson typiques, une adéno-pathie à peu près généralisée et de l'albuminurie. Il n'y a pas de troubles auditifs.

Le diagnostic qui s'imposait devant tous ces symptômes était celui de syphilis héréditaire ou de syphilis acquise du jeune âge ; et de fait, quelques injections de novarsénobenzol ont eu raison de toutes les lésions en évolution sans malheureusement faire disparaître les séquelles cicatricielles indélébiles.

Au sujet de cette observation, M. NICOLAS fait remarquer la fréquence des adénites suppurées dans la syphilis de

l'enfance et la fréquence aussi des lésions articulaires pouvant aller jusqu'à l'arthrite suppurée. Ces atropathies syphilitiques, étudiées par M. PILLON dans sa thèse, sont assez communes pour faire admettre que la triade d'Hutchinson pourrait se transformer en tétrade avec les atropathies comme quatrième élément.

Dans ce cas, le Wassermann est positif, ce qui n'est pas la règle dans une syphilis ancienne.

Les formes chroniques de l'hydarthrose hérédosyphilitique

HYDARTHROSE DOUBLE DES GENOUX, TYPE CLUTTON.

HYDARTHROSES BILATÉRALES ET SYMÉTRIQUES MULTIPLES.

C'est en 1886, dans un article du journal *The Lancet* que Clutton décrivit comme forme spéciale d'hérédosyphilis articulaire, l'hydarthrose double des genoux : « Symétrical synovitis of the knee in hereditary syphilis ».

Il s'agit d'une *hydarthrose pure*, sans lésions osseuses cliniquement appréciables, présentant comme caractères principaux :

la bilatéralité,

l'insidiosité du début,

l'évolution chronique et l'indolence fonctionnelle,

l'absence de lésions osseuses,

et aussi le fait d'être influencée favorablement par le traitement anti-syphilitique.

A l'appui de sa description, Clutton fournissait 11 observations dans son mémoire.

La conception de Clutton ne fut pas admise par les classiques français : Fournier, notamment, exprima qu'il n'y avait pas nécessité à isoler cette forme : pour

lui « l'hydarthrose ne ferait que masquer les lésions osseuses dont elle n'est qu'un épiphénomène », autrement dit, la forme d'hydarthrose type Clutton, ne constituerait qu'une ostéo-arthrite simple avec épanchement, stade prémonitoire de la tumeur blanche syphilitique, comme l'hydrops tuberculosus précéderait la tumeur blanche tuberculeuse.

La haute autorité de Fournier semble avoir eu ici une influence regrettable : les descriptions de nos traités s'en ressentent et dans nos livres actuels, cette forme *la plus caractéristique et la plus fréquente* des manifestations articulaires de l'hérédosyphilis tient en général en une courte note renvoyée au bas d'une page et conçue dans les termes suivants : « Clutton a décrit une hydarthrose double. Avec Fournier, nous ne jugeons pas nécessaire de lui consacrer une description spéciale ».

Nous croyons que rien ne justifie un pareil ostracisme. Si les manuels sont muets sur cette forme, en revanche un nombre considérable d'hydarthroses doubles, du type Clutton, ont été publiées dans les thèses qui traitent de la syphilis articulaire.

Dans la thèse de Mozer, en 1917, on relève 4 observations d'hydarthrose bilatérale des genoux, et pourtant l'hôpital maritime de Berck où fut fait ce travail ne concentre en principe que des formes ayant l'apparence de tumeur blanche ou bien des ostéo-arthrites fistulisées où l'erreur de diagnostic avec la tuberculose est explicable.

Dans la thèse de Merlier (1918), inspirée par Cantonnell, on trouve un grand nombre d'observations

particulièrement démonstratives d'hydarthrose doubles.

L'auteur, dans un premier chapitre intitulé « *La syphilis articulaire d'après les syphiligraphes* », après avoir reproduit la description de Clutton, cite l'opinion contraire de Fournier et donne la division classique des arthropathies hérédo-syphilitiques en deux variétés seulement : la pseudo-tumeur blanche et l'ostéo-arthropathie sèche. Mais dans un chapitre suivant : « *Les arthropathies de l'hérédo-syphilis vues par les ophtalmologistes* » il donne une excellente étude appuyée sur une vingtaine d'observations des rapports de l'hydarthrose type Clutton, avec la kératite hérédo-syphilitique — chapitre qui par son titre et son contenu constitue une remarquable critique déguisée de l'insuffisance du chapitre précédent « *L'hérédo-syphilis articulaire d'après les syphiligraphes* ».

Nous sommes pleinement d'accord avec Merlier sur la fréquence de l'hydarthrose bilatérale des genoux.

Nous pensons que cette forme à *début indidieux, trainant, indolent*, est caractéristique par sa *bilatéralité et sa chronicité*. Même avec un traitement d'intensité moyenne, comme on les instituait jadis (mercure et iodure de potassium) la durée se chiffrait par mois : sur 11 cas d'hydarthrose double traités, rapportés dans la thèse de Fouquet, *la durée moyenne est de 5 à 6 mois*, avec comme chiffre extrême de guérison rapide 2 mois et d'évolution prolongée 12 mois. Fait digne de remarque, *l'atrophie musculaire est modérée*, la motilité est normale — gros éléments distinctifs d'avec les arthrites tuberculeuses et blennorragiques.

Au sujet de la coïncidence kératite et hydarthrose

double, nous sommes également de l'avis des ophtalmologistes.

Hutchinson le premier, en 1886, a signalé les rapports de la kératite avec l'hydarthrose des genoux : « On voit parfois des hérédo-syphilitiques se développer en même temps que la kératite interstitielle, un épanchement mono ou polyarticulaire frappant souvent les genoux symétriquement, et cet épanchement est indolore ».

Clutton y insiste à son tour. Sur les 11 cas qu'il rapporte, il y a 10 kératites en évolution contre 5 stigmates dentaires, 4 exostoses tibiales et 2 cas seulement de surdité.

Jacqueau, de Lyon (cité par Merlier), donne 5 observations d'hydarthroses doubles des genoux coïncidant avec une kératite.

Puech, également cité par Merlier, trouve 11 arthropathies chez 27 malades venues le consulter pour kératite hérédo-syphilitique. 5 fois seulement il note des troubles de l'ouïe. « La triade d'Hutchinson, conclut cet auteur, devrait donc s'adjoindre un facteur important et s'appeler une pléiade dans laquelle l'arthrite du genou jouerait au point de vue du diagnostic oculaire un rôle, aussi sinon plus prépondérant, parce que plus fréquent que les troubles de l'audition ».

Cantonnét, dans un article du Paris médical (6 sept. 1919), vulgarisa à son tour cette notion qui tend actuellement à devenir classique.

Gilbert, H. Bénard et Fatou (1923), observant chez leur malade atteint de kératite double avec stigmates dentaires et dystrophiques d'hérédo-syphilis, une poly-

arthrite subaiguë pseudo-rhumatismale, émettent l'idée que nombre de cas anciens de rhumatismes avec complications oculaires relevaient vraisemblablement de la syphilis héréditaire. Leur malade d'ailleurs termina son rhumatisme subaigu par une hydarthrose bilatérale du genou à évolution chronique (Voir obs. p. 24 à 32).

De toutes ces notions résultent en définitive des préceptes d'intérêt pratique considérable :

L'association kératite interstitielle plus hydarthrose double signifie syphilis héréditaire.

L'apparition d'une hydarthrose double chez un enfant devra, en raison de la loi de coïncidence, faire faire immédiatement des réserves sur l'éclosion possible d'une kératite (Merlier), qu'on tentera d'éviter en instituant un traitement anti-syphilitique énergique immédiat.

Nous donnons ici une observation originale d'hydarthrose bilatérale des genoux, type Clutton, communiquée par MM. Blum et Fatou, dont l'intérêt principal réside dans les renseignements fournis par la ponction et l'examen du liquide articulaire (polynucléose et Wassermann hyperpositif du liquide), et quelques cas extraits de la thèse de Mozer et de Merlier.

Enfin, nous terminerons par une observation intéressante due à Fouquet (Soc. de Derm., 1913), concernant un cas d'hydarthroses bilatérales symétriques généralisées à évolution chronique méritant une place à part en raison de la multiplicité des localisations, du grand développement de l'épanchement et de sa formule spéciale (lymphocytose).

OBSERVATION XI (inédite, février 1924)

(Due à l'obligeance de MM. BLUM et FATOU.)

Gustave B., âgé de 22 ans, ouvrier mécanicien, est atteint depuis un an d'hydarthrose bilatérale des genoux.

Il est l'aîné de trois enfants vivants. Son second frère, très bien portant, est au régiment, mais il serait atteint d'un genu valgum double. Son dernier frère est mort à 10 ans d'une maladie nerveuse (convulsions infantiles suivies d'épilepsie). Tous les trois étaient nés à terme. Il n'y aurait pas eu de fausse couche antérieure ni intercalaire.

Le père est vivant, en bonne santé; la mère est morte de la grippe.

Il n'a pas souvenir d'avoir eu les maladies ordinaires de l'enfance. Il aurait eu une fluxion de poitrine vers 10 ans. Il s'est marié de bonne heure et a actuellement un enfant de 15 mois paraissant en parfait état.

C'est au cours de son service militaire (servant d'artillerie) qu'est apparue l'affection actuelle, vers mars 1923, après un an de service.

Le genou droit a enflé tout doucement, sans aucune douleur. Aussi le malade a attendu quelque temps avant de consulter; il ne boitait pas et éprouvait seulement une sensation de fatigue. L'enflure le détermina à aller à la visite régimentaire. Il resta trois mois à l'infirmerie, traité par des pointes de feu localement et par l'ingestion de 2 gr. par jour d'iodure de potassium. Ce traitement n'amena aucune amélioration; le genou droit devint énorme, distendu. Pendant cette période, le genou gauche fut pris à son tour, à un moindre degré que le droit. A ce moment, il accusa des douleurs nocturnes, peu intenses, au genou droit seulement. Ces douleurs étaient exacerbées par la pression au côté externe de l'interligne et au condyle fémoral interne. En outre, le malade éprouva des palpitations de cœur survenant sans cause apparente.

Evacué au bout de trois mois sur l'hôpital Bégin, avec le diagnostic « arthrite bilatérale des genoux avec épanchement synovial, rhumatisme articulaire », il y fut traité par du salicylate de soude (8 gr. par jour) pendant 15 jours, sans amélioration et même avec un mauvais effet sur le cœur (redoublement des palpitations).

Il resta deux mois à Bégin. On ponctionna pour la première fois son genou et on lui déclara avoir retiré « du pus ». La radiographie de l'articulation n'aurait rien montré d'anormal, non plus qu'un examen radioscopique des poumons.

Le 11 septembre 1923, le Wassermann du sang fut trouvé positif fortement (W + + + +). Cette constatation le fit évacuer sur l'hôpital Villemin.

Une réaction de contrôle aurait donné un Wassermann négatif (21 septembre). Le 28 septembre, après réactivation par deux injections de Novar. on eut un résultat positif (W + + + +).

Une nouvelle ponction des deux genoux, pratiquée à cette date, fournit un liquide clair, aseptique. L'examen cytologique dénota :

Polynucléose intense.

Desquamation synoviale (grosses cellules sans noyaux).
Pas de lymphocytes.

Fibrine en quantité, pas de sang.

La ponction fut une ponction évacuatrice totale. Le liquide du genou gauche ne s'est pas reproduit depuis.

Libéré le 6 novembre 1923, il fut soigné à dater de cette époque au dispensaire de Saint-Denis (D^r BLUM).

Le 21 janvier, le malade est ponctionné au genou droit par le D^r BLUM.

Liquide articulaire filant, jaune citrin, trouble.

Pourcentage cytologique :

Polynucléaires	87 %
Lymphocytes	5 %
Cellules endothéliales	8 %

Quelques globules rouges.

La réaction de Wassermann dans le liquide articulaire donne un résultat positif total.

Actuellement (février 1924) le malade présente une hydarthrose encore assez marquée au genou droit, où l'on a facilement le choc rotulien. L'articulation est indolente, les mouvements actifs et passifs s'effectuent sans gêne appréciable. Il y a un léger degré de genu valgum. Le tour du genou, mesuré à la base de la rotule, est de 35 centimètres et de 34,5 à la pointe de la rotule. Le genou gauche paraît ne plus présenter d'épanchement intra-articulaire. Les mensurations donnent seulement un demi-centimètre de moins qu'à droite.

On ne trouve chez notre sujet aucun stigmate d'hérodosyphilis. Les dents sont parfaitement plantées et de dimension normale. Il n'y a pas de stigmate osseux ; tibias, appendice xyphoïde, voûte palatine, squelette nasal normaux. Il n'y a pas trace de kératite ancienne ni récente.

L'auscultation du cœur ne révèle aucune lésion organique. Claquement du deuxième bruit aux foyers aortique et pulmonaire.

Réflexivités tendineuse et pupillaire normales.

Traitement suivi :

Du 21 septembre au 18 octobre 1923, 15 injections de mutanol. Ensuite, en novembre et décembre, une série de novarsénobenzol totalisant 5 gr. 25. Une nouvelle série en cours actuellement.

L'amélioration du genou droit s'est déclanchée pendant la série de novar. Après la ponction du 28 septembre, l'hydarthrose s'était reproduite. La ponction du 21 janvier a déterminé une réelle amélioration. Le genou gauche n'a plus présenté de gonflement appréciable après la ponction évacuatrice faite le 28 septembre.

La réaction de Wassermann du sang est toujours complètement positive (7 février 1924).

OBSERVATIONS de kératite parenchymateuse et hydarthrose double concomitantes (Thèse de MERLIER.)

Observation I (JACQUEAU, de Lyon), enfant de 9 ans, père syphilitique avéré, kératite interstitielle double, hydarthrose double indolente des genoux, guérison par traitement syphilitique.

4 ans après, rechute de kératite interstitielle à gauche coïncidant avec douleur genou gauche et hydarthrose. Guérison à nouveau.

Observation II (JACQUEAU), femme 25 ans (n e après deux morts-nés). Kératite parenchymateuse ; nombreuses fluxions articulaires : cou de pied droit et hydarthrose double des genoux, traitement par l'iodure. Généralisation aux grosses articulations. Kératite double. Traitement par  n sol ; amélioration et guérison.

Un an après rechute kératite et arthropathies, guérison.

Observation III, enfant 10 ans. Apparition de kératite double puis d'hydarthrose du genou droit, puis de surdité. Guérison dans l'ordre inverse.

Observation IV. Jeune fille 17 ans (une fausse couche avant sa naissance). Hydarthrose double des genoux. Trois semaines après kératite parenchymateuse à gauche. Amélioration des hydarthroses en deux mois. Longue durée de la kératite.

Observation V. Enfant de 9 ans. Arthrite indolente du genou droit, puis quatre jours après du genou gauche. Un mois après, kératite O. D., amélioration des hydarthroses par traitement. Réserve à faire : association possible de tuberculose, car inoculation au cobaye positive (liquide d'hydarthrose).

Observation VI (CANTONNET), enfant de 9 ans 1/2. Hérédo avéré. Ecartement des incisives supérieures. Kératite paren-

chymateuse bilatérale datant de un an, iritis. Hydarthrose du genou gauche.

Observation VIII. Enfant de 14 ans. Kératite parenchymateuse double pendant 8 mois. Récidive. Hydarthrose double indolente des genoux, qui s'est développée lentement sans que le malade s'en soit aperçu : « on le lui fait remarquer lorsqu'il est venu à la consultation d'ophtalmologie ».

Observation IX. Homme de 20 ans. Ecartement des deux incisives médianes supérieures. Kératite intense. Hydarthrose double des genoux, depuis plusieurs mois, avec indolenceEtc. (Observations X, XI, XII, XIII, XIV, XV, XVI, XVII, XVIII).

OBSERVATION XII

(Observation XVIII de la Thèse MOZER)

*Hydarthrose des deux genoux. — Triade d'HUTCHINSON.
Wassermann positif.*

Enfant âgée de 9 ans ; est envoyée à Berck, en juin 1916, pour une hydarthrose des deux genoux datant d'un an.

Il existe peu de phénomènes fonctionnels : la maladie se réduit au gonflement des jointures, et ne détermine aucune douleur, mais une simple gêne de la marche avec fatigue rapide. Le médecin traitant a conseillé le séjour à Berck, et la mère est convaincue que l'air de Berck suffira à faire disparaître tous les troubles. L'évolution d'un favus du cuir chevelu l'incite à venir demander conseil à M. MÉNARD, qui, après examen complet de l'enfant, porte le diagnostic d'hydarthrose syphilitique des deux genoux, et nous demande de pratiquer la réaction de Wassermann.

Nous voyons l'enfant le 20 septembre 1915 : les deux genoux sont chauds, gonflés, légèrement globuleux, avec distension du cul-de-sac sous-quadricipital ; la rotule est sou-

levée et on détermine du choc rotulien, l'épanchement prédomine à droite. Tous les mouvements sont possibles et d'amplitude normale. La pression des épiphyses juxtagonales détermine de la douleur.

L'examen de la dentition révèle des malformations dentaires :

1° Les deux incisives médianes supérieures ont la forme en tournevis, avec obliquité divergente. Elles présentent un sillon arciforme, crénelé, limitant un cinquième inférieur grenu, jaunâtre, irrégulièrement strié et dépourvu d'émail dans sa presque totalité, à l'exception de quelques îlots conservés ;

2° Les canines présentent un sillon circulaire d'où émerge le cinquième libre ;

3° Les deux incisives médianes inférieures montrent des irrégularités du bord libre ; au tiers supérieur, une érosion en coup d'ongle limitée par un bord arciforme avec conservation de l'émail ; leur forme générale est en tournevis.

Lésions oculaires consistant en une kérato-conjonctivite bilatérale datant de mai 1914.

Durété d'oreilles complétant la triade d'HUTCHINSON.

L'interrogatoire apprend qu'à l'âge de 2 ans l'enfant a présenté une otorrhée gauche.

Le Wassermann, pratiqué le 21 septembre 1916, est fortement positif.

21 août 1917. — Après 30 injections d'huile grise, les genoux sont secs et froids ; l'enfant peut faire 8 kilomètres sans fatigue, l'acuité auditive est meilleure. La cornée présente un léger dépoli.

Wassermann négatif.

OBSERVATION XIII

(FOUQUET, *Soc. Derm.*, 1913, p. 196)

Hérédo-syphilis tardive. — Hydarthroses bilatérales et symétriques multiples, guérison par le traitement syphilitique.

Jeune fille de 21 ans, couturière, n'ayant jusqu'alors présenté aucune manifestation syphilitique, atteinte d'hydarthroses bilatérales et symétriques multiples. Très bonne santé générale. Wassermann du sang positif.

Aucun stigmate héréditaire : mère, père vivants. 5 enfants, tous vivants, pas de fausse couche.

Début à 19 ans ; successivement prise des poignets, genoux, coudes : hydarthroses symétriques.

Genou droit globuleux, déformé par un épanchement liquide abondant. Au palper, sensation molle de poche remplie d'eau. Tour du genou droit 47, du genou gauche 45.

Indolence, intégrité des extrémités osseuses, limitation des mouvements de flexion uniquement due à la quantité d'épanchement.

Les articulations des deux poignets sont également le siège d'hydarthroses ; elles sont légèrement douloureuses (fatigue à la couture), elles sont le siège de douleurs nocturnes.

Les deux coudes sont également le siège d'un épanchement, de même les deux articulations sterno-claviculaires.

Les tares héredo-syphilitiques sont au minimum chez cette malade : un peu de prognathisme inférieur, dents mal plantées, un peu d'hyperthyroïdisme ; corps thyroïde volumineux, tachycardie modérée (100).

Des renseignements intéressants sont donnés par la ponction du genou droit :

On retire 500 cmc. de liquide articulaire :

Liquide épais, filant, albumineux, jaune ambré.

Réaction de Wassermann positive totale dans le liquide.

Examen cytologique : nombreux lymphocytes.

Traitement par l'hectine avec, par intervalle, 2 gr. quotidiens, applications locales d'onguent mercuriel.

Guérison en 6 mois environ, maintenue après un an.

L'Hydarthrose double dans le rhumatisme déformant hérédo-syphilitique

Méricamp, dans sa thèse (1882), Métayer (1904), ont attiré l'attention sur la variété déformante des ostéo-arthropathies de l'hérédo-syphilis. Depuis plusieurs années, M. Dufour et ses collaborateurs ont accumulé les documents concernant les rapports du rhumatisme déformant avec la syphilis tertiaire et la syphilis héréditaire tardive. On trouvera dans les bulletins de la Société médicale des hôpitaux (années 1913, 1922 et 1923 notamment) et dans la thèse de Mme Geismar, inspirée par M. Dufour, tous les exemples concernant cette variété et auxquels nous renvoyons le lecteur.

Rappelons simplement les caractères spéciaux que M. Dufour reconnaît au rhumatisme poly-articulaire chronique déformant syphilitique :

- a) Déformations articulaires et para-articulaires prenant toujours les extrémités des membres,
 - b) Atrophies musculaires,
 - c) Poussées d'hydarthrose et de gonflement synovial,
 - d) Douleurs arthralgiques,
 - e) Echec des divers traitements institués.
- Cette forme de rhumatisme se verrait de préférence,

soit dans le jeune âge, soit vers la vingtième année, soit chez les femmes à la ménopause. Pour Dufour, il s'agirait d'une infection syphilitique atténuée par vieillissement (syphilis acquise, ancienne), ou par transmission héréditaire.

Nous signalons particulièrement le troisième caractère donné par M. Dufour : les poussées d'hydarthroses au cours de ce rhumatisme. Nous y retrouvons la signature de l'infection hérédo-syphilitique typique.

Nous relatons à ce propos une observation extraite de la thèse de Schulmann, où une double hydarthrose des genoux a marqué le début d'un rhumatisme déformant à évolution particulièrement maligne chez une jeune femme hérédo-syphilitique.

Comme terme de comparaison, nous donnons également une observation de rhumatisme déformant due à Flandin et concernant une femme âgée syphilitique depuis une quarantaine d'années. Ici aussi, existait une double artropathie avec épanchement des genoux.

Dans certains cas, il s'agit au contraire de polyarthrite progressive, déformante, ankylosante généralisée sans fluxion articulaire comme dans une observation publiée par Gastou et Chantassin (Soc. Derm. et Syph., 1913, p. 547).

OBSERVATION XIV

(In Thèse SCHUMANN, p. 76)

concernant un des membres de la famille P..., dont la plupart sont porteurs de goitre exophtalmique de nature hérédo-syphilitique et qui présenta la succession à une hydarthrose

bilatéral d'un rhumatisme déformant généralisé terminé par la mort.

Louise P..., 33 ans. Examinée en 1917, déclare avoir senti deux ans auparavant un craquement dans le genou gauche, à la suite duquel les deux articulations du genou ont peu à peu augmenté de volume.

Présente à cette époque une double hydarthrose surtout marquée du côté gauche, où le tour atteint 44 centimètres de circonférence maximum contre 41 centimètres seulement à droite.

Mariée, a un enfant de 7 ans en bonne santé.

Très nerveuse, surtout depuis trois ans. Légère exophtalmie, regard brillant. Très léger tremblement. Le pouls est à 100. L'éréthisme du cœur est peu marqué, dédoublement physiologique du second bruit à l'auscultation.

Aucun stigmate dentaire, pas de rétrognathisme (fréquent chez les collatéraux).

Surdité légère de l'oreille droite.

Réaction de Wassermann positive dans le sang.

M. le Docteur Schulmann a bien voulu nous communiquer la suite de cette intéressante observation :

En janvier 1919, nous sommes rappelés en consultation : apparition de raideurs articulaires au coude droit, gênant les mouvements d'extension, s'accompagnant d'augmentation de volume de l'articulation, sans grande douleur.

Ultérieurement, prise de l'articulation tibio-tarsienne droite.

En juillet 1919, prise de l'articulation tibio-tarsienne gauche.

En octobre 1919, M. le Dr André BERGÉ consulté, diagnostique un rhumatisme déformant généralisé.

Echec de tous les traitements essayés : soufre en injec-

tions, miel soufré, traitement spécifique (914, mercure), fibrolysine.

Les accidents augmentent, les quatre membres sont pris, seules restent libres les articulations de la hanche et celle du poignet droit.

Prise des articulations des vertèbres, la malade est entièrement soudée. La gêne fonctionnelle devient totale, interdisant complètement la marche, puis l'alimentation.

Mort dans le marasme.

OBSERVATION XV

(FLANDIN, *Soc. méd. des Hôp.*, 14 décembre 1923)

Rhumatisme déformant. — Etiologie : syphilis acquise probable.

Femme âgée de 63 ans, présente, depuis une trentaine d'années, une double arthropathie des genoux, qui sont gros, gonflés, déformés, douloureux et présentent un léger choc rotulien. L'impotence fonctionnelle est légère; la fatigue augmente, tous les douleurs et le degré de l'hydarthrose; quelques jours de repos font tout rentrer dans l'ordre. Ces lésions articulaires ont toujours été considérées comme une séquelle de phlébite, suite d'accouchement. D'autre part, la malade se plaint de douleurs qualifiées de rhumatismes ou névralgiques dans la région cervicale et dans l'épaule gauche, avec exacerbations, provoquées surtout par le froid, pendant lesquelles elle ne peut ni tourner la tête, ni porter la main gauche à ses cheveux.

C'est à propos d'une de ces crises douloureuses que nous sommes appelé à l'examiner.

Chez cette malade, la radiographie montre, au niveau des genoux, un écartement assez marqué des surfaces articulaires sans productions ostéophytiques et un épaississement marqué de la capsule.

A la colonne vertébrale, on voit une lordose accusée et une scoliose légère intéressant les dernières vertèbres cervicales et les premières dorsales. Les corps vertébraux sont affaissés, indistincts; les espaces intervertébraux ont disparu.

Par ailleurs, les dernières phalanges de tous les doigts présentent les déformations typiques du rhumatisme chronique, et on note aux pieds un double *hallux valgus* très prononcé.

Chez cette malade, il paraissait légitime d'invoquer « l'arthritisme » et les troubles de la nutrition en se basant sur les habitudes sédentaires et le régime alimentaire surchargé.

Cette conclusion pouvait encore s'appuyer sur l'existence de signes cardio-rénaux : oligurie, hypertension artérielle, claquement aortique et sur l'augmentation assez marquée dans le sang de l'urée (0,55) et de l'acide urique (0,10).

Mais, sans rejeter cette pathogénie, nous avons pensé qu'il fallait remonter plus haut. Aussi bien, trouvons-nous chez cette malade des signes suffisants pour admettre la syphilis : 1° l'existence d'une aortite caractérisée cliniquement par un allongement de l'aorte ascendante dépassant la fourchette sternale, par un claquement et un souffle, par une hypertension marquée (23/10) et, radiologiquement, par une image élargie, flexueuse et infiltrée de taches calcaires, ainsi que par une périaortite marquée; 2° l'antécédent d'une iritis grave, survenue au début du mariage et qualifiée alors de « rhumatismale »; 3° la notion d'un mari mort paralytique général.

Bien que le Bordet-Wassermann fût négatif, nous instituâmes le traitement, d'abord par l'oxycyanure, puis par le bismuth. Les résultats ont été rapides et très marqués, non seulement au point de vue de l'état général et des lésions aortiques, mais encore au point de vue articulaire. Les douleurs vertébrales et scapulaires ont disparu, les mouvements du membre supérieur gauche ont repris une amplitude nor-

male, l'hydarthrose des genoux a disparu. Cette malade est suivie depuis deux ans. A noter qu'il est difficile de rester plus de quatre mois sans faire de traitement, car les douleurs reprennent. Il convient aussi d'opposer l'action du traitement, qualifiée de miraculeuse par la malade, sur les articulations au peu de modification observé sur les lésions déformantes des phalanges.

Les erreurs de diagnostic possibles

Les épanchements articulaires hérédosyphilitiques ont été fréquemment confondus avec un certain nombre d'arthrites relevant d'étiologie différente.

Parmi les erreurs possibles, il en est qui par elles-mêmes n'entraînent pour le malade que la méconnaissance de l'hérédosyphilis dont il est atteint, ce qui est suffisamment sérieux, le sujet non traité demeurant exposé à l'aggravation de lésions existantes et à l'apparition de nouvelles localisations (kératite). Telle, la confusion des localisations articulaires de l'hérédosyphilis avec l'hydarthrose traumatique et les arthrites du rhumatisme articulaire aigu ou du rhumatisme chronique.

Mais il est des erreurs particulièrement funestes, parce qu'elles exposent le malade à une immobilisation inutile dans un appareil plâtré ou à des interventions nuisibles, parfois à des mutilations (résection, amputation). Nous voulons parler de la confusion avec une arthrite gonococcique et une tuberculose articulaire par exemple. Nous ne voulons pas entreprendre ici une revue générale de ces différentes causes d'erreur, il nous suffit de les indiquer et de résumer dans ce qui va suivre les éléments principaux permettant de faire le diagnostic de l'hérédosyphilis articulaire."

La réaction de Wassermann dans le liquide articulaire

La recherche de la réaction de Wassermann dans le liquide articulaire n'a pas seulement, nous le verrons, une importance doctrinale, elle est souvent capitale pour établir le bien-fondé du diagnostic étiologique.

Nous avons trouvé toujours la réaction de Wassermann positive au maximum dans le liquide articulaire.

Cette constatation acquiert sa plus grande valeur dans les cas où la réaction de Wassermann du sang est négative, comme il peut arriver dans certaines syphilis acquises vieilles et dans l'hérédo-syphilis tardive. Il en était ainsi notamment dans deux de nos observations. Dans l'une d'elles (Caussade et Fatou), il s'agit d'une hydarthrose double chez une jeune femme de 30 ans ne présentant pas de stigmatisme manifeste d'hérédo-syphilis et où l'on crut, à différentes reprises, à une arthrite blennorragique. Le Wassermann du sang était négatif, même après réactivation. La constatation d'un Wassermann positif au maximum dans le liquide articulaire, jointe à une opalescence cornéenne, reliquat d'une kératite infantile, fit poser le diagnostic d'hérédo-

syphilis articulaire tardive et permet de traiter le malade.

Ce fait sur lequel nous croyons devoir insister, concorde avec les résultats publiés par Lacapère et Laurent dans leur travail sur la syphilis articulaire chez les indigènes marocains. Les observations auxquelles font allusion ces auteurs, concernent des syphilis secondaires, mais on peut les mettre en parallèle avec les cas d'hérédo-syphilis chez les européens, car on sait que les indigènes acquièrent le plus souvent la syphilis dans les premiers mois de la vie et que cette forme de syphilis acquise est pratiquement comparable aux manifestations de l'hérédo-syphilis. Nous reproduisons ici le passage extrait de l'article de Lacapère et Laurent (Paris méd., 20 septembre 1919) :

« Dans six cas, nous avons pratiqué la séro-réaction avec le liquide retiré des articulations malades, six fois la réaction a été positive. La séro-réaction du sérum sanguin, faite parallèlement, a également donné des résultats positifs dans tous les cas, mais *la réaction donnée par le liquide articulaire a toujours été hyperpositive*, c'est-à-dire que le liquide, même très dilué, donnait encore un résultat franchement positif. Tout se passait comme s'il y avait accumulation d'anticorps, ou des lipoides spéciaux qui permettent la séro-réaction dans le liquide articulaire... »

La réaction de Wassermann positive dans le liquide articulaire n'a pas seulement une signification diagnostique, elle présente également un vif intérêt au point de vue pathologie générale.

Déjà en 1913, présentant à la Soc. de Derm. une malade atteinte d'hydarthroses symétriques multiples, Fouquet avait noté la positivité du Wassermann dans le liquide articulaire. M. Jeanselme, dans la discussion qui suivit, posa la question de savoir si le Wassermann de la sérosité articulaire était plus intense que celui du sérum sanguin. Etudiant comparativement la réaction de Wassermann du sang et du liquide de l'hydrocèle chez un sujet atteint d'orchite syphilitique, Jeanselme et Vernes avaient constaté que l'intensité de la réaction de Wassermann avait toujours été plus élevée pour le liquide d'hydrocèle « baignant directement la lésion en activité du testicule » que pour le sang. Dans ce cas, le sérum sanguin étant devenu négatif, celui du liquide d'hydrocèle continua d'être positif.

« On peut rapprocher ce fait de la constatation d'une séro-réaction positive dans le liquide céphalo-rachidien de certains malades atteints de syphilis nerveuse, chez qui le sérum sanguin donne une réaction négative » observent judicieusement Lacapère et Laurent.

MM. Gilbert, H. Bénard et Fatou ont souligné l'intérêt de cette comparaison en commentant leur observation (Soc. méd. des Hôp., 14 déc. 1923) : le liquide ascitique dans des cas de cirrhose du type Laennec et le liquide pleurétique chez les syphilitiques, offrent également une réaction de Wassermann positive totale dans les cas où le Wassermann du sang n'est plus que partiellement positif ou est même devenu négatif.

Barré dans sa thèse a montré que la réaction de Wassermann est positive dans le liquide articulaire d'arthropathies tabétiques. En rapprochant ce fait des

observations que nous rapportons de Wassermann positif dans les épanchements articulaires de l'hérédosyphilis, on jugera qu'il y a peut-être là un argument susceptible d'appuyer la thèse de la nature syphilitique des arthrites tabétiques.

Cytologie du liquide articulaire

La cytologie du liquide articulaire a été étudiée jusqu'ici surtout dans les liquides d'hydarthrose de la syphilis secondaire.

De Grandmaison et Boidin (*Arch. génér. de méd.*, 1902, p. 58), ont trouvé de la lymphocytose à l'examen tardif.

Griffon et Déhéraïn (*Soc. méd. des Hôp.*, 25 janvier 1906), ont signalé de la polynucléose.

Griffon et Abrami (*Tribune méd.*, 1906, p. 693), ont trouvé de la polynucléose au début avec évolution ultérieure de la formule leucocytaire vers la lymphocytose, parallèlement à la régression des symptômes cliniques. Voici les chiffres successifs produits dans le cas de Griffon et Abrami :

8 ^e jour, polynucléose	: 62 %	—	lymphocytose	: 17 %
18 ^e —	—	57 %	—	20 %
90 ^e —	—	14 %	—	63 %
—	—	5 %	—	74 %

(complément par cellules endothéliales.)

Signalons que ce liquide était histologiquement

hémorragique au début (27 % d'hématies contre 73 % de leucocytes).

Lacapère et Laurent (1919) ont étudié avec soin le liquide articulaire de plusieurs cas d'arthrites de la syphilis secondaire : liquide citrin, fibrineux, peu d'éléments figurés, nécessité de centrifuger. Ces auteurs ont trouvé constamment une *polynucléose prédominante* : « rares polynucléaires à noyaux toujours plus ou moins altérés, quelques fois petit nombre de lymphocytes a côté des polynucléaires, mais en aucun cas prédominance des lymphocytes malgré l'ancienneté de la plupart des épanchements.

Les examens du liquide articulaire semblent avoir été rarement effectués dans l'hérédo-syphilis : Fouquet en 1913, ponctionnant sa malade atteinte de polyarthrites symétriques multiples hérédosyphilitique, a retiré 500 gr. de liquide épais, filant, albumineux, jaune ambré. L'examen cytologique aurait montré de nombreux lymphocytes.

En décembre 1923, Gilbert, H Bénard et Fatou apportent un résultat tout différent. Leur malade ponctionnée neuf mois après le début de son hydarthrose, présentait un liquide puriforme aseptique très riche en éléments cellulaires : il y avait polynucléose presque exclusive : 84 % de polynucléaires contre 1 lymphocyte. La recherche du tréponème et l'inoculation au cobaye furent négatives.

Les nouvelles observations que nous relatons dans notre thèse, confirment en tout point la communication du Professeur Gilbert et de ses collaborateurs : la poly-

nucléose nous est apparue constante, quelle que soit l'ancienneté de l'hydarthrose ponctionnée.

L'observation du malade de Blum et Fatou est particulièrement démonstrative à cet égard. Le début de l'hydarthrose a lieu en février 1923. Au bout de cinq mois on trouve « du pus » à la ponction, au bout de sept mois, une formule de polynucléose intense, avec desquamation synoviale, sans lymphocytes, au bout de onze mois, 87 % de polynucléaires, 5 % de lymphocytes, 8 % de cellules endothéliales.

Le malade de Caussade et Fatou présente au bout de 4 mois un liquide contenant de nombreux polynucléaires et quelques rares lymphocytes, au 11^e mois, une nouvelle ponction montre encore 72 % de polynucléaires contre 6 % de lymphocytes.

Le plus souvent nous avons trouvé des polynucléaires intacts.

Nous donnons dans un tableau ci-joint, en regard de chaque référence, le Wassermann du sang, celui du liquide articulaire, la formule cytologique du liquide avec la date de l'ancienneté de l'hydarthrose ponctionnée.

Toutes ces constatations concordantes ⁽¹⁾, nous auto-

(1) Le cas publié jadis par FOUQUER est en contradiction avec nos observations : il s'agit d'un cas unique, le pourcentage cellulaire exact n'est pas mentionné. En outre, l'énorme quantité de liquide retiré (500 cmc.) et la généralisation des épanchements en font une forme assez spéciale.

Nous attirons l'attention sur la nécessité de faire des examens à l'état frais, au bout de quelques heures, en effet, il est extrêmement difficile de reconnaître les polynucléaires englobés dans la coagulation fibrineuse du liquide : à première vue, on pourrait croire dans ces conditions qu'il s'agit de lymphocytes alors qu'on a affaire à des polynucléaires altérés.

risent à considérer la polynucléose du liquide d'hydarthrose comme un des éléments fondamentaux du diagnostic étiologique : joint à la bilatéralité de l'hydarthrose, à la réaction de Wassermann hyperpositive, le doute n'est pas permis, il s'agit d'hérédosyphilis articulaire.

OBSERVATIONS	W DU SANG	W DU LIQUIDE articulaire	CYTOLOGIE DU LIQUIDE articulaire	ANCIENNETÉ DE L'ARTHRITE ponctionnée
GILBERT, BÉNARD, FATOU.....	+++	+++	84 % polyn. intacts. 15 % cell. desquamées. 1 % lymphocytes.	7 mois.
DUFONT et PEYRE.....	+		Liquide purulent. Polynucléaires, Cell. macrophagiques.	
LOUSTE, FATOU, ROUGIER.....	— +++ après réactivation.	+++	92 % polyn. intacts. 8 % moyens mono. cell. desquamées.	45 jours.
CAUSSADE et FATOU.....	— — après réactivation.	+++	72 % polynucléaires. 8 % cell. endothéliales. 6 % lymphocytes. 14 % moyens mono.	10 mois.
BLUM et FATOU.....	+++	+++	87 % polynucléaires. 8 % cell. endothéliales. 5 % lymphocytes.	11 mois.

DIAGNOSTIC

Cliniquement on pensera à l'héredo-syphilis devant toutets les manifestations articulaires qui se présentent suivant un des types que nous avons individualisés, depuis l'arthrite aiguë jusqu'aux formes absolument chroniques et indolentes.

L'existence au cours de ces différentes manifestations d'une hydarthrose bilatérale des genoux donnera une quasi-certitude.

En cas d'épanchement mono ou bi-articulaire suspect, on devra immédiatement pratiquer chez le malade la réaction de Wassermann du sang et la ponction du liquide articulaire dont l'examen révélera une réaction de Wassermann hyperpositive et une formule cytologique à polynucléose exclusive permanente.

La notion d'héredo-syphilis sera corroborée par l'interrogatoire (antécédents héréditaires, collatéraux, personnels) et par la recherche des stigmates classiques de l'héredo-syphilis : les stigmates dentaires décrits par Hutchinson, Fournier, Gaucher, Sabouraud, — les stigmates oculaires, notamment la notion d'une kératite ancienne ou récente, — la surdité brusque, indolente, définitive, sans otite, — les stigmates dys-

trophiques touchant le squelette : les déformations crâniennes, faciales, palatines, tibiales, l'axyphoïdie.

Nous savons que la triade d'Hutchinson est rarement observée au complet : le plus souvent la surdité manque.

L'hydarthrose bilatérale remplacera le terme surdité dans la triade d'Hutchinson.

Cela prouve que les lésions articulaires de l'héredo-syphilis, loin d'être difficiles à diagnostiquer, pourront aider au contraire au diagnostic de l'héredo-syphilis elle-même, tellement la plupart du temps elles se présentent sous un aspect caractéristique.

TRAITEMENT

Le traitement est celui de la syphilis.

Il devra être intensif et on aura recours de préférence aux sels médicamenteux les plus actifs (voir thèse Barbier, 1923), en tenant compte de la tolérance du malade.

Les séries de novarsénobenzol devront totaliser 5 à 6 gr. de novar. Les injections de cyanure de mercure devront être quotidiennes dans la mesure du possible, les sels insolubles de bismuth seront donnés à raison de deux injections par semaine.

On aura avantage parfois à alterner les cures médicamenteuses et à donner l'iodure de potassium à la dose de 1 à 2 gr. par jour dans les périodes de repos.

Localement on aura recours aux ponctions répétées dans les formes avec épanchement et au massage et à la mécano-thérapie dans les formes à tendance ankylosante.

CONCLUSIONS

La classification adoptée en France des différents types cliniques de manifestations articulaires de l'héredo-syphilis tardive mérite d'être élargie :

1) *Les formes aiguës* (arthrites aiguës suppurées de l'héredo-syphilis) existent au même titre que les arthrites aiguës de la syphilis secondaire, au même titre que les arthrites suppurées de la syphilis tertiaire et du tabès.

2) *Les formes subaiguës* comprennent :
le rhumatisme poly-articulaire subaiguë héredo-syphilitique, type de l'observation Gilbert, H. Bénard et Fatou ;
des formes dites *chirurgicales* : mono ou bi-articulaires, douloureuses, déclanchées par un traumatisme (A. Broca) ou prises pour une arthrite subaiguë blennorrhagique ; — dont nous rapprocherons une forme chirurgicale essentiellement chronique : la pseudo-tumeur blanche, isolée ou accompagnée de manifestations suppuratives osseuses, ganglionnaires ou cutanées, qui ont fait porter le diagnostic de tuberculose.

3) *Les formes chroniques* qui comportent en dehors de la pseudo-tumeur blanche, *l'hydarthrose indolente*

chronique, le plus souvent *bilatérale* et *localisée aux genoux* (type Clutton).

Les formes d'hydarthroses bilatérales symétriques multiples :

Le rhumatisme déformant hérédo-syphilitique.

Dans toutes ces catégories, sans exception, nous avons pu établir par des observations cliniques nombreuses, *la grande fréquence de l'épanchement articulaire bilatéral des genoux*, localisation qui acquiert une valeur diagnostique de premier ordre.

Cette fréquence légitime, la proposition faite par les ophtalmologistes de considérer l'hydarthrose bilatérale comme un stigmate d'hérédo-syphilis devant être adjoint à la triade dite d'Hutchinson ou devant y remplacer le terme « surdité », qui, pour caractéristique qu'il soit, est trop rarement observé pour être maintenu comme stigmate courant.

Nous avons étudié spécialement la cytologie et la réaction de Wassermann dans le liquide articulaire de ces hydarthroses hérédo-syphilitiques.

La formule cytologique est toujours une *polynucléose presque exclusive*, le plus souvent à polynucléaires intacts. Le pourcentage des polyclunéaires oscille en général de 80 à 90 %, malgré l'ancienneté de l'hydarthrose.

Dans certains cas (formes subaiguës), on a une apparence de liquide puriforme aseptique.

La réaction de Wassermann est toujours hyperpositive dans le liquide articulaire par rapport à celle du sang. Elle est positive au maximum quand la réaction du sang est négative.

Ce fait est à rapprocher du Wassermann dans le liquide céphalo-rachidien, dans le liquide d'hydrocèle, dans le liquide péritonéal ou pleurétique prélevé chez les syphilitiques.

Ces deux constatations : polynucléose du liquide articulaire, et réaction positive du Wassermann local, nous paraissent constituer des arguments de premier ordre en faveur du diagnostic de l'héredo-syphilis articulaire tardive.

Vu Bon à imprimer :
Le Président de Thèse,
TEISSER.

VU et PERMIS d'imprimer
Le Recteur de l'Académie de Paris,
APPELL.

VU
Le Doyen,
ROGER.

BIBLIOGRAPHIE

- BOURRET et CHABAL. — Manifestations oculaires avec arthropathies dans un cas de syphilis héréditaire. (*Marseille méd.*, 1919.)
- BROCA. — Aspects cliniques de la syphilis articulaire, origine traumatique possible (*Presse méd.*, 2 nov. 1921.)
- CANTONNET. — Le quatrième symptôme de la triade d'HUTCHINSON. (*Paris médical*, 6 sept. 1919.)
- CASTEX. — Un nouveau stigmate de syphilis héréditaire tardive. (*Prensa méd. Argentina*, 20 janv. 1919.)
- CASTEX et DENIS. — Syphilis héréditaire tardive. Manifestations articulaires. (*Prensa méd. Argentina*, 10 juin 1918.)
- CHENET. — Note sur les ostéites et les ostéo-arthrites dans l'hérédosyphilis tardive. (*Thèse Paris*, 1918.)
- CLUTTON. — Symétrical synovitis of the knee in hereditary syphilis. (*The Lancet*, 27 février 1886.)
- DEFONTAINE. — Arthropathies de la syphilis héréditaire. (*Thèse Paris*, 1883.)
- DESVAUX. — *Thèse Paris*, 1898.
- DUPUY DE LA BADONNIÈRE. — *Thèse Lyon* (inspirée par ROLLET).
- FOUQUET. — Traité de la syphilis articulaire. (*Thèse Paris*, 1905.)
- Hérédosyphilis tardive. Hydarthroses bilatérales...., etc. (*Soc. de dermatologie*, 1913, p. 196.)
- GAUCHER. — Arthropathies et syphilis héréditaire. (*Journ. de méd. interne*, Paris, 1906.)

- GILBERT, H. BÉNARD et FATOU. — Un cas de poly-arthritis hérédo-syphilitique tardive. (*Soc. méd. des Hôp.*, 14 déc. 1923.)
- GONARIANTZ. — Contrib. à l'étude des arthropathies syphilitiques. (*Thèse Lyon*, 1914.)
- LECAPERE. — *La syphilis arabe*, Paris, 1923 (Doin, éd.)
- LECAPERE et LAURENT. — Syphilis articulaire chez les indigènes au Maroc. (*Paris méd.*, 20 sept. 1919, n° 38.)
- MERLIER. — Les arthropathies hérédo-syphilitiques et la triade d'HUTCHINSON. (*Thèse Paris*, 1918.)
- MÉTAYER. — Manifestations articulaires de la syphilis héréditaire. (*Thèse Paris*, 1904.)
- MILIAN. — In *Traité Gilbert et Thoinot*.
- MOZER. — Tableau clinique de la réaction de Wassermann dans les syphilis ostéo-articulaires. (*Thèse Paris*, 1907.)
- PILLON. — Les formes cliniques de la syphilis articulaire. (*Thèse Lyon*, 1914.)
- RANGUEDAT. — Arthropathies et syphilis héréditaire. (*Thèse Paris*, 1883.)
- SAINT-PIERRE. — Hérédo-syphilis et manifestations articulaires. (*Thèse Lyon*, 1900.)
- P. W. ROBERTS. — Syphilitic Joint disease simulating tuberculosis. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 9 févr. 1918, p. 372.)
- L'hérédo-syphilis facteur d'affections articulaires. (*Amer. Journ. of Surgery*. Vol. 37, n° 5, mai 1923.)
- SAUCET. — Arthropathies de la syphilis héréditaire. (*Thèse Bordeaux*, 1904.)
- VOINIER. — Contrib. à l'étude des ostéo-arthropathies de la syphilis héréditaire. (*Thèse Nancy*, 1910.)



8980

Imprimerie spéciale de la Librairie Marcel Vigné
13, rue de l'École de Médecine, Paris.



