

plaies simples. Plus tard la perte de substance se trouve comblée par la prolifération des cellules extérieures à la couche atrophique. Insensiblement ces cellules cartilagineuses donnent naissance à un tissu fibreux délicat qui forme en quelque sorte la cicatrice.

Lorsque la plaie avec perte de substance intéresse en même temps la couche sous-chondrale et par suite les zones les plus superficielles de la moelle sur une petite étendue, la guérison se fait encore et il y a réparation de la brèche au moyen d'un fibro-cartilage à la production duquel la moelle et l'os ne restent pas étrangers. POULET et VAILLARD ont eu l'occasion d'observer les modifications qui surviennent en pareille circonstance, dans leurs expériences sur les corps étrangers traumatiques. En prenant toutes les précautions antiseptiques, ils ouvraient le coude d'un chien et enlevaient avec un ciseau un copeau à la fois osseux et cartilagineux de la tête du radius. Au bout d'un certain temps la réparation s'était effectuée et on ne pouvait nier sur les coupes microscopiques la reproduction d'un tissu fibro-cartilagineux au niveau de la plaie osseuse. Il faut donc admettre que dans certaines conditions la surface osseuse refait du cartilage; ces auteurs ayant rencontré cette prolifération cartilagineuse sur la surface osseuse de quelques corps étrangers traumatiques libres, nous pensons que les choses se passent de la même façon au niveau des plaies intra-articulaires.

Avant de terminer ce qui est relatif aux plaies aseptiques des cartilages, nous rappellerons qu'on sait encore fort peu de choses sur le mode d'inflammation de ce tissu; il a été comparé à celui de la cornée, mais ici du moins il est impossible d'invoquer la migration des leucocytes par diapédèse ou infiltration; l'imbibition seule entre en jeu. Un fait fort curieux, que POULET et VAILLARD ont observé sur un corps étranger traumatique libre et par suite dépourvu de vaisseaux, montre bien que le processus réparateur des plaies cartilagineuses peut s'effectuer sans l'intervention d'aucun vaisseau. La figure 161 représente ce corps étranger; on voit deux solutions de continuité, sortes d'éraillures produites au moment de la fracture du cartilage; elles sont comblées par un tissu cartilagineux de nouvelle formation, reconnaissable à l'irrégularité des cellules proliférées qui remplissent la brèche. Or ce travail n'a pu se faire que par imbibition, puisque les vaisseaux n'existaient pas dans le corps étranger. L'imbibition suffit donc seule pour amener la prolifération et la transformation fibro-cartilagineuse des cellules du cartilage.

GIES, cherchant à produire par comparaison des plaies septiques, injecta dans l'articulation, siège du traumatisme, de l'eau de macération. Cette fois l'irritation a été plus vive, la synoviale, indifférente dans les autres cas, a réagi en donnant naissance à une synovite panneuse. Quant à la plaie cartilagineuse, elle a subi la même évolution que dans les traumatismes aseptiques mais le pannus s'insinuant dans la plaie, amène des matériaux, et fait disparaître la zone atrophique, de telle sorte que la réparation fut plus complète que pour les blessures simples aseptiques. Aussi GIES arrive-t-il à cette conclusion en apparence singulière :

1° Les plaies cartilagineuses aseptiques ne guérissent jamais, mais restent telles qu'elles ont été faites, comme l'a dit ROKITANSKI;

2° Dans les plaies septiques, les cartilages guérissent d'une façon idéale, si bien qu'il est difficile de reconnaître les traces du traumatisme.

Ces notions rendent compte maintenant de l'absence de réunion des cartilages dans les fractures articulaires et à la suite des opérations d'OGSTON ou de SCHEDE pour le genu valgum.

D'ailleurs ces recherches en appellent d'autres, parce que ce tissu d'une vitalité si rudimentaire se prête à merveille aux études sur la biologie cellulaire; il n'est pas douteux qu'en substituant les irritants chimiques aux microbes on pourrait plus facilement limiter l'action destructrice, observer les réactions de ce tissu. Mais nous ne saurions appliquer sans réserves à l'homme les notions qui nous sont fournies par l'expérimentation.

CHAPITRE II

DES ARTHRITES

Bibliographie générale. — J. COOPER, *A Treatise on Diseases of the Joints*, London, 1807. — B. BRODIE, *Ibid.*, trad. MARCHANT, 1819. — SCOTT, *On Diseases of the Joints*, London, 1828. — BONNET, *Traité des maladies des articulations*, 1845, et *Traité de thérap. des mal. articul.*, 1853. — BRYANT, *Ibid.*, Londres, 1859. — BARWELL, *A Treatise on Diseases of the Joints*, London, 1861. — HUETER, *Klinik der Gelenkkrankheiten*, Leipzig, 1876.

On donne le nom d'arthrite à l'inflammation d'une articulation; la plus simple de toutes, l'arthrite traumatique, nous servira de type dans la description de cette maladie. Nous verrons d'ailleurs qu'elle présente des degrés depuis la congestion simple jusqu'à la suppuration. En dehors de l'arthrite traumatique, ou de cause externe comme l'appelait BONNET, il existe des affections articulaires inflammatoires plus ou moins aiguës, ressemblant à l'arthrite simple par quelques-uns de leurs caractères, mais qui, en raison de la cause productrice, offrent une évolution spéciale; ce sont les *arthrites spécifiques* ou de cause interne, dues à la localisation d'une maladie générale, d'un virus, d'un parasite dans une jointure. Quelques-unes présentent tous les degrés de l'arthrite simple; d'autres sont d'emblée suppuratives, d'autres ne le sont jamais. Il nous semble donc rationnel de décrire des arthropathies tuberculeuse, syphilitique, rhumatismale, blennorrhagique, pyohémique, etc.

Les auteurs classiques admettent sous la dénomination d'arthrites chroniques plusieurs maladies qui n'ont entre elles que le seul rapport de la durée, à savoir l'hydarthrose, la tumeur blanche, l'arthrite sèche. La question de durée est absolument subordonnée à la cause de la maladie et à sa persistance; d'ailleurs ces trois affections n'ont aucune ressemblance; la tumeur blanche est aujourd'hui l'arthrite tuberculeuse; l'hydarthrose n'est

qu'un symptôme; enfin sous le nom d'arthrite sèche on a coutume de désigner un groupe d'affections, mal connues, absolument distinctes, les unes d'origine médullaire, les autres d'origine rhumatismale. Faute d'une étude suffisante nous les exposerons à part comme des vices de nutrition des articulations, en faisant remarquer dès le principe que ce sujet appelle de nouvelles recherches.

L'usage, que nous respecterons, a fait ranger les arthrites rhumatismales dans la pathologie interne; il est probable que plusieurs des affections que nous décrirons sont assez étroitement rattachées à cette cause première encore assez obscure.

Il ne rentre pas davantage dans notre plan d'étudier les arthrites métastatiques qui surviennent si fréquemment dans le cours d'un grand nombre de maladies infectieuses. Nous nous bornerons à signaler: les arthrites dans la scarlatine, la rougeole, l'érysipèle, la diphtérie, la fièvre puerpérale, les diverses septicémies. Les travaux de BOURCY (*Thèse de Paris*, 1883), SCHULLER (*Arch. de Langenbeck*, 1884), tendent à prouver que dans tous les cas il s'agit de la localisation d'agents infectieux ou microbes, et ce dernier auteur les a retrouvés dans les liquides ou dans les parties constituantes de l'articulation.

§ 1^{er}. — Arthrite simple. — Arthrite traumatique

Bibliographie. — J. COOPER, *A Treatise on Diseases of the Joints*, London, 1807. — RUST, *Arthrokakologie*, Vienne, 1817. — MAYO, *Med. Chir. Transact.*, 1820, V. XI, p. 104. — CRUVEILHIER, *Arch. gén. de méd.*, t. IV, 1824. — BONNET, *Traité des mal. articulaires*, Paris, 1845, et *Traité de thérapeutique des maladies articulaires*, 1853. — HUETER, *Klinik der Gelenkkrankheiten*, Leipzig, 1877. — M. SCHULLER, *Arch. de Langenbeck*, Bd. XXXI, 1884, p. 279.

Thèses de Paris. — 1810, MOFFAIT. — 1812, SAUVEUR DE LA VILLERAYE. — 1819, ROCHE. — 1827, PARMENTIER. — 1867, KLECZKOWSKI. — 1872, COLLETTE. — 1875, TÊTU. — BLUM (Agrég.). — 1876, BLANC. — 1877, VALTAT. — 1878, BOULLY (Agrég.). — 1879, MARCHANDÉ, DURAND, BOJU. — 1880, DESCOSSE, PIÉCHAUD, PROVENAZ. — 1881, BOLOT. — 1882, CLÉMENT, FÉVRIER. — 1883, BOURCY.

Thèses de Montpellier. — 1869, CAUVY (Agrég.)

Étiologie. — L'arthrite traumatique résulte d'une multitude de causes qui toutes agissent en lésant plus ou moins les éléments constituants de la jointure. Les entorses, les chutes, les contusions, les plaies articulaires, les luxations, les fractures compliquées, etc., sont susceptibles de produire l'inflammation d'une articulation; l'épanchement de sang qui accompagne fréquemment ces différents traumatismes ne paraît également pas indifférent dans la production de l'arthrite traumatique. Il en est de même du séjour des corps étrangers, des brûlures, des congélations, etc.

Anatomie pathologique. — Avec BONNET il y a lieu de distinguer quatre degrés dans l'arthrite traumatique. Le premier est caractérisé par la congestion et la vascularisation anormales de la synoviale: *arthrite congestive*.

Au deuxième degré, à la congestion s'ajoutent l'exsudation et la diapédèse,

d'où résultent un gonflement de la paroi de l'article et un épanchement de synovie plus abondant: *arthrite exsudative*.

Le troisième degré, décrit par la plupart des auteurs sous le nom de *synovite plastique*, *arthrite ankylosante*, présente à considérer un certain travail d'organisation des tissus inflammatoires qui aboutit très souvent à l'ankylose partielle ou totale, généralement fibreuse.

Enfin lorsque l'irritation est plus forte, les produits inflammatoires ne peuvent plus s'organiser; les leucocytes sont détruits par les microbes (HUETER) et la suppuration survient (*arthrite suppurée*).

HUETER, auquel on doit une étude complète des lésions articulaires, a cru devoir diviser l'arthrite et exposer isolément la *synovitis*, la *chondritis*, l'*ostitis*. Chacune de ces inflammations est alors *serosa*, *fibrinosa*, *suppurativa*, *hyperplastica*, celle-ci pouvant être *pannosa*, *granulosa*, *tuberosa*. Nous n'insisterons pas sur cette division elle a en effet l'inconvénient de ne pas assez relier entre elles les altérations toujours complexes de l'arthrite.

1^o *Arthrite congestive*. — Le chirurgien a rarement l'occasion d'observer chez l'homme les lésions primordiales de l'arthrite congestive; les notions que possède la science sur cette question sont purement expérimentales. D'ailleurs, en dehors de la susceptibilité bien différente des articulations, les résultats sont comparables. Seule la synoviale présente des altérations appréciables qui consistent dans une injection anormale des vaisseaux des franges synoviales, surtout au voisinage des cartilages. En outre le microscope permet de constater une légère diapédèse des leucocytes dans le tissu sous-synovial, et un peu d'œdème; on n'a pas noté à ce degré, les altérations du cartilage.

2^o *Arthrite exsudative*. — Aux lésions précédentes s'ajoutent des troubles fonctionnels, un épanchement dans la cavité articulaire. D'après CORNIL et RANVIER, le liquide qui s'accumule ainsi n'est autre chose que de la synovie plus ou moins mêlée à du sang suivant la nature et l'intensité du traumatisme. Le liquide qui se coagule par l'action de l'acide acétique renferme de grandes cellules à noyaux vésiculeux, à protoplasma finement granuleux, et des globules blancs. Ces éléments figurés proviennent sans aucun doute du revêtement épithélial de la paroi qui s'exfolie et subit des transformations multiples. Ce degré correspond à la *synovitis serosa* de HUETER, susceptible d'être catarrhale et de passer rapidement dans ce dernier cas à la suppuration.

3^o *Arthrite plastique ankylosante*. — Jusqu'ici nous n'avons vu que des troubles fonctionnels compatibles avec le retour à l'état normal; avec le troisième degré nous rencontrons des lésions plus profondes et un travail d'organisation. Il y a lieu de décrire isolément les lésions de la synoviale et des cartilages, puis les caractères des produits qui occupent la cavité articulaire. L'épithélium de la synoviale subit des transformations successives assez curieuses et fait place à des bourgeons charnus. Au début les cellules de la surface deviennent volumineuses et sont le siège d'une prolifération très active; les noyaux gonflés contiennent des nucléoles brillants; dans l'arthrite expérimentale on observe « des blocs homogènes et granuleux qui tapissent le bord libre des coupes de la synoviale ». Aussi le bord de la coupe a-t-il un

aspect ondulé avec de petites saillies sur la ligne générale. Le tissu conjonctif sous-jacent participe presque toujours dans une certaine mesure à l'inflammation articulaire et on y trouve les diverses lésions du tissu conjonctif enflammé, accumulation de leucocytes, exsudats fibrineux, prolifération du tissu conjonctif, développement des vaisseaux.

Les modifications du cartilage diarthrodial accompagnent tous les degrés de l'arthrite traumatique, mais tandis qu'elles sont très légères dans les premiers degrés, bornées à une simple prolifération des cellules de la couche superficielle, elles deviennent beaucoup plus intenses dans l'arthrite plastique. Les capsules superficielles se gonflent, les noyaux acquièrent un plus grand volume et l'on peut distinguer dans la vésicule qu'ils forment un nucléole. CORNIL et RANVIER pensent que la division du noyau entraîne la segmentation du protoplasma. L'un de nous a étudié avec KIENER les modifications du cartilage dans les diverses arthrites et il résulte de ces recherches que la surface de la substance fondamentale présente des stries plus claires, moins colorables par le picrocarmin; elles se segmentent en fibres conjonctives indépendantes et la surface du cartilage est transformée en tissu conjonctif riche en cellules. Ailleurs, la substance fondamentale se fluidifie autour des groupes cellulaires et constitue des cavités arrondies remplies de cellules proliférées qui se transforment en tissu conjonctif délicat; dans ce cas la surface est dentelée.

Plus tard, chaque noyau devient le centre d'une capsule secondaire. Dans l'arthrite plastique, l'altération gagne les couches les plus profondes à mesure que les plus superficielles deviennent fibreuses ou s'exfolient. Des modifications non moins importantes se passent dans les couches profondes et même elles sont parfois plus accentuées que les lésions superficielles. La prolifération y est active; des vaisseaux nouveaux provenant de l'os envoient des prolongements dans le cartilage et l'on peut apercevoir sur les coupes des traînées verticales perpendiculaires à la surface libre du cartilage, qui indiquent que le tissu sera bientôt transformé en un tissu de granulation. Ainsi, pendant que le cartilage s'use par la surface libre, il est rongé et transformé en tissu de granulation par la couche profonde sur une grande étendue. Il n'est pas très rare d'observer des soulèvements du cartilage dans les points malades. A un degré plus avancé, il existe une perforation et un véritable bourgeon charnu émerge à la surface. Qu'on suppose, fait exact, que plusieurs de ces points se réunissent et l'on comprendra comment une surface cartilagineuse peut se transformer en une surface granuleuse. Des îlots persistants sont quelquefois entourés de tous côtés par les bourgeons charnus. Les altérations sont plus avancées là où les surfaces articulaires pressent l'une sur l'autre; de plus, les lésions centrales se font de la profondeur à la surface (*chondrite panneuse profonde*) tandis que les lésions périphériques superficielles se produisent sous l'influence des capillaires venus de la synoviale (*chondrite panneuse superficielle*).

La cavité articulaire contient, dans la synovite plastique, un liquide ordinairement un peu trouble dans lequel nagent des flocons muqueux, de véritables fausses membranes riches en éléments cellulaires et susceptibles de s'organiser.

De ce qui précède il est permis de conclure qu'à un certain degré de l'arthrite traumatique, les éléments constitutifs de l'articulation, synoviale, cartilage, entrent en prolifération et aboutissent à la formation de granulations et de fausses membranes intra-articulaires. La *restitutio ad integrum* de l'article est impossible, mais la lésion n'intéresse assez souvent qu'une partie de la jointure et peut rester ainsi localisée. Elle est susceptible d'aboutir, lorsqu'elle occupe une grande étendue, à l'ankylose. Quand on ouvre une articulation atteinte d'arthrite plastique, on s'aperçoit que la capsule est tapissée par une couche rosée de bourgeons charnus qui remplissent les culs-de-sac, s'étendent même à une certaine distance sur le cartilage. Celui-ci a perdu son poli; au lieu d'être blanc nacré, il est bleuâtre; dans quelques points, on aperçoit des soulèvements ou des îlots de bourgeons charnus qui le traversent de la profondeur à la superficie. Il est facile, lorsque les bourgeons sont assez étendus, de soulever les bords des perforations et de constater au-dessous une couche de granulations peu adhérente au cartilage qui les recouvre.

4^e *Arthrite suppurée*. — Pour des raisons multiples, qui toutes ont pour effet d'empêcher le travail d'organisation dans la jointure, l'irritation aboutit à la suppuration de l'articulation tout entière et on a alors l'arthrite traumatique suppurée, dont les lésions macroscopiques ont été décrites par DUPUYTREN, BONNET, RICHET, etc.

L'articulation est très tuméfiée, il existe d'ordinaire des collections purulentes péri-articulaires (*abcès circonvoisins*). Tous les tissus sont le siège d'un œdème intense; la capsule distendue, gonflée, est épaissie. En ouvrant la jointure il s'en écoule un pus mal lié, roussâtre, à odeur fétide, contenant des grumeaux, des flocons, des fausses membranes noirâtres. La synoviale n'a plus l'aspect rosé de l'arthrite plastique; elle est rouge foncé, tapissée çà et là par des débris de fausses membranes ou par des caillots sanguins dégénérés; les ligaments inter-articulaires, rouges, gonflés, sont ramollis. Du côté des têtes osseuses les désordres ne sont pas moins graves, car l'arthrite purulente survient d'ordinaire alors que le travail de prolifération du cartilage et des cavités médullaires existait déjà. Aussi les cartilages sont-ils en partie détruits, souvent décollés, flottants, et quelquefois des fragments nagent dans le pus. Le tissu osseux mis à nu présente un aspect noirâtre, gangreneux. Il est inutile de décrire longuement les altérations histologiques que présentent les diverses parties de la jointure, puisqu'il ne se fait pas de travail d'organisation, mais seulement formation de pus aux dépens des surfaces granuleuses.

Lorsqu'il n'y a pas de solution de continuité pour favoriser l'évacuation du pus, la synoviale distendue par l'accumulation de ce liquide peut se rompre dans le tissu cellulaire périphérique. Trop fréquemment de graves complications enlèvent les malades, si le chirurgien ne prend rapidement les mesures nécessaires; si les patients résistent, si les produits de l'articulation sont convenablement évacués, des bourgeons charnus susceptibles d'organisation recouvrent les surfaces articulaires. Peu à peu ils remplissent la cavité, soudent les parties les unes aux autres à mesure qu'ils s'organisent, et laissent très souvent une ankylose consécutive; les mouvements de l'articulation persistent

encore partiellement, néanmoins les cartilages ne se reforment pas, et les surfaces en contact ne sont autres que des surfaces osseuses éburrées, recouvertes d'un mince revêtement fibreux.

Symptômes. — *Premier et deuxième degrés.* — Le premier degré de l'arthrite s'accompagne constamment d'une légère douleur et d'une gêne dans les mouvements de la jointure; il y a généralement une fièvre modérée, et l'affection passe presque inaperçue, à côté de la lésion traumatique dont elle est la conséquence, entorse, fracture, contusion, etc. A la palpation on sent un peu de tuméfaction et d'empatement.

Les mêmes symptômes existent au second degré, mais déjà plus aigus; il y a de la fièvre, un gonflement plus marqué de la région, des troubles fonctionnels prononcés; les culs-de-sac synoviaux sont légèrement distendus par l'accumulation de la sérosité dans la cavité et l'on sent la fluctuation. Les surfaces articulaires, naturellement serrées présentent quelques mouvements de latéralité; l'impuissance fonctionnelle est presque complète et l'articulation prend spontanément, ainsi que BONNET l'a démontré, une position intermédiaire, le plus souvent, entre la flexion et l'extension. Par suite du gonflement, les saillies osseuses disparaissent. L'accumulation du liquide n'est jamais très considérable; les tissus ambiants participent dans une certaine mesure à l'inflammation et à l'exsudation; la peau devient rouge, tendue.

Arthrite plastique. — Les symptômes de l'arthrite traumatique plastique sont assez peu caractéristiques; aussi n'est-il pas toujours possible de se rendre un compte exact des altérations qui se produisent dans la jointure. Au début la fièvre s'allume et nous retrouvons tous les symptômes des degrés précédents; la jointure gonfle, devient rouge, douloureuse spontanément et à la pression surtout quand on essaie de la mobiliser. Au bout d'un temps qui varie entre quelques jours et une semaine après le début du traumatisme, la fièvre tombe insensiblement, le gonflement change de nature, paraît plus dur, tout en restant aussi douloureux. Le malade immobilise son articulation autant que possible si le chirurgien n'a pas pris ce soin. Dans tous les mouvements imprimés à la jointure, on perçoit un bruit tout particulier qui se passe entre les surfaces articulaires et qu'on a attribué au frottement des surfaces ou à la rupture des brides ou des adhérences. S'il existe une plaie, elle se recouvre de bourgeons charnus ne donnant issue qu'à une quantité de pus très faible, de bonne nature.

Autour des articulations enflammées les muscles sont plus ou moins contracturés et plus tard ils s'atrophient. Les recherches modernes d'OLLIVIER, LE FORT, VALTAT, CHARCOT, DALLY ont montré qu'au début il pouvait bien y avoir une contracture par appréhension ou par excès de vigilance musculaire; plus tard il se produirait une paralysie avec atrophie, principalement des groupes extenseurs, avec modifications profondes quantitatives et non qualitatives de la contractilité électrique. On a admis que l'inflammation se propageait directement aux muscles; mais on sait qu'il y a atrophie simple sans myosite; le repos ne suffit pas à expliquer l'altération limitée aux extenseurs. CHARCOT admet une altération spinale deutéropathique; « l'affection articu-

laire par la voie des nerfs irrités retentit sur le centre spinal et là modifie les centres dont émanent les nerfs moteurs et les nerfs qui président à la nutrition des muscles ».

Symptômes de l'arthrite suppurée (Panarthritides des Allemands). — Cette forme était fréquente avant qu'une méthode de traitement plus rationnelle vint marquer une ère nouvelle pour la chirurgie. L'arthrite suppurée est commune à la suite des plaies contuses et des blessures de guerre. La suppuration peut se produire dans deux cas différents, suivant qu'il y a une solution de continuité en communication avec l'air extérieur ou suivant que le traumatisme articulaire est abrité. Dans le premier cas il s'écoule par la plaie un liquide séreux, mal lié, roussâtre, contenant des caillots ramollis et des flocons purulents; les bords de la solution de continuité tuméfiés se recourbent en dehors et tendent à se désunir s'il existe déjà un commencement de réparation. Le membre devient considérablement gonflé et la région blessée chaude, tendue, œdématiée, rouge, quelquefois pâle; tout indique une inflammation phlegmoneuse; il n'est pas rare, en effet, de constater la formation de collections ou de fusées purulentes dans les tissus ambiants, et de cette façon les muscles peuvent être disséqués, décollés à une plus ou moins grande hauteur. Si l'on palpe l'article, on en fait sortir par pression un liquide séro-purulent mélangé à des gaz habituellement fétides; les ligaments relâchés ne contiennent plus suffisamment la jointure qui présente alors une mobilité anormale; les moindres mouvements provoquent des craquements dus aux frottements des surfaces osseuses, dépouillées de leur cartilage, ulcérées çà et là et nécrosées.

Les symptômes subjectifs et généraux ne sont pas moins importants; le malade souffre beaucoup à la moindre pression sur la jointure; le plus léger mouvement volontaire ou communiqué lui fait pousser des cris. La fièvre intense s'élève à 40 degrés; l'insomnie, l'agitation, le délire joints aux troubles des fonctions digestives, l'inappétence, la diarrhée, produisent assez rapidement l'adynamie, l'amaigrissement.

Si l'articulation n'est pas ouverte, les symptômes présentent une acuité plus grande encore; en même temps que le pus s'accumule dans la jointure les phénomènes généraux prennent un caractère de gravité insolite. Souvent des abcès se forment autour de l'article et la fluctuation est nettement perçue; mais il n'est pas rare de voir le pus rompre la synoviale distendue et fuser dans les parties voisines en décollant les muscles ou en provoquant, circonstance assez heureuse, des phlegmons superficiels. Après l'ouverture de l'arthrite suppurée il y a ordinairement atténuation des accidents généraux; trop fréquemment apparaissent des complications graves sur lesquelles nous appellerons bientôt l'attention. Tous ces symptômes sont d'ailleurs proportionnels à l'importance de la jointure, car on ne saurait à cet égard comparer un genou et une articulation phalangienne.

Terminaisons. Complications. — Les deux premiers degrés de l'arthrite traumatique, relativement bénins, peuvent guérir sans laisser aucune trace bien manifeste. Si l'exsudation a été assez intense, elle met un temps plus long à se dissiper et il faut plusieurs semaines avant qu'un traitement régulier amène la disparition complète de l'épanchement. De plus, les liga-