

III

DE L'ARTHRITE BLENNORRHAGIQUE

L'arthrite blennorrhagique peut être considérée comme un type d'arthrite infectieuse; la présence du gonocoque de Neisser a été démontrée dans l'articulation malade, et la marche clinique de l'affection indique bien ses relations avec l'infection générale qui accompagne la blennorrhagie. Nous la décrivons séparément à cause de sa grande importance, mais elle rentre en réalité dans le cadre des arthrites infectieuses que nous allons décrire immédiatement après.

RICORD, Leçons du lundi. *Gaz. des hôpit.*, 1848. — BAUCHET, Arthrite blennorrhagique suppurée. *Soc. de chir.*, 1862. — FOURNIER, art. BLENNORRHAGIE du *Dict. de Jaccoud*, 1866. — DUPONT, Thèse de Paris, 1871. — FOURESTIÉ, *Gaz. méd. de Paris*, 1875. — GOSSELIN, *Clinique de la Charité*, 1876, et *Gaz. des hôp.*, 11 nov. 1880. — TALAMON, *Revue mens. de méd. et de chir.*, 1878. — BRUN, Thèse de Paris, 1881. — LANDOUZY, *Semaine méd.*, 1882. — MARTIN (de Vevey), Pyogénie dans la blennorrhagie. Thèse de Genève, 1882. — DE LAPERSONNE, Des arthrites infectieuses. Thèse d'agrég., 1886. — PATRIS DE BROË, Thèse de Paris, 1889. — MAUCLAIRE, Des pyarthrites dans les principales maladies infectieuses; des différentes formes et variétés de pyarthroses; déductions thérapeutiques. *Arch. de méd.*, 1895, et *Supplément*, p. 141.

Historique et pathogénie. — Baglivi et, après lui, Hunter et Swediaur signalèrent les premiers les rapports de la gonorrhée et de la goutte.

Ricord, Cullerier, Velpeau, Foucart, Brandes (de Copenhague), s'occupèrent successivement de cette affection. Grisolle, Ravel, Hervieux, Bonnet, en avaient fait une étude clinique approfondie, lorsque eut lieu devant la Société médicale des hôpitaux la discussion bien connue à laquelle prirent une part brillante Peter, Fournier, Lorain, et d'autres dont nous retrouverons les noms et les doctrines.

Jusque dans ces derniers temps la nature de l'arthrite blennorrhagique a été discutée, mais l'accord ne peut maintenant tarder à se faire à la faveur des découvertes de la bactériologie qui a montré le rôle de l'agent infectieux dans la production de l'affection. Nous ne rappellerons que pour mémoire et dans un intérêt purement historique les diverses théories émises à ce sujet :

1° Le rhumatisme blennorrhagique serait pour quelques-uns une simple coïncidence de la blennorrhagie et de l'attaque de rhumatisme (Thyry, 1856; Bouillaud, 1867-1868). C'était là une simple hypothèse qui ne pouvait tenir devant l'examen des faits.

2° La diathèse rhumatismale est réveillée par la blennorrhagie ou par l'état génital (Lorain, Peter ⁽¹⁾). Cette opinion, exposée en 1866 devant la Société médicale des hôpitaux, est adoptée par Guéneau de Mussy, Hervieux. Cette théorie peut répondre en apparence à un certain nombre de faits, mais malheureusement elle n'explique rien.

Comment, par quel mécanisme le rhumatisme latent est-il ainsi mis en évidence?

3° Lasègue s'attache à démontrer que le rhumatisme blennorrhagique est une forme du rhumatisme pyogénique; pour lui, l'arthrite gonorrhéique est

(¹) Société médicale des hôpitaux, 1866-1867.

une pyohémie atténuée. Cette opinion très judicieuse conduit directement à la théorie actuelle. Elle a été adoptée par Paget, Holmes, Barwell, et plus récemment par Talamon (*Revue mensuelle de médecine et de chirurgie*, 1878). L'idée de Lasègue est juste en principe, mais le mot « pyogénique » est excessif; les arthrites suppurées de la blennorrhagie sont, en somme, la grande exception.

4° L'hypothèse d'une diathèse blennorrhagique admise par Lorain et ses élèves renfermait la plus grande part possible de vérité à l'époque où elle a été conçue; cette diathèse passagère serait comparable à celle de la syphilis, elle pourrait atteindre tous les viscères, toute l'économie.

5° De cette diathèse blennorrhagique à l'idée de l'infection, il n'y avait qu'un pas qui, pour être franchi, avait besoin des études modernes. Il est aujourd'hui démontré que la virulence de la blennorrhagie dépend de microbes arrondis, relativement volumineux, découverts par Neisser ⁽¹⁾ (1879-1882), qui les a appelés *gonococci*. Les recherches de Neisser ont été vérifiées par maints observateurs, quelques-uns ont même réussi à reproduire expérimentalement l'affection en injectant des cultures de microbes (Bokaï et Bochart).

Pétrone a trouvé, dans le liquide extrait des genoux de deux malades atteints de rhumatisme blennorrhagique, les éléments infectieux de l'urèthre. Kammerer ⁽²⁾, à la clinique de Fribourg, est arrivé au même résultat. Il a constaté la présence du microbe de Neisser dans le contenu d'une arthrite blennorrhagique encore récente; dix-huit jours après, il dut faire l'arthrotomie et ne retrouva plus l'agent infectieux; il en conclut que les résultats négatifs obtenus par beaucoup d'auteurs tiennent à ce qu'ils ont examiné des cas trop anciens. Bousquet (de Clermont-Ferrand) a d'ailleurs confirmé les travaux de Pétrone et de Kammerer et trouvé le gonocoque de Neisser dans une arthrite blennorrhagique de l'articulation sterno-claviculaire. Bégouin (Société de gynécologie de Bordeaux, 1897), s'est également appliqué à démontrer que le rhumatisme puerpéral de Lorain n'existait pas et qu'il s'agissait toujours d'arthrites infectieuses dont l'origine génitale avait été méconnue. Ce qui prouve bien la spécificité du gonocoque, c'est que son action est indépendante de la région dans laquelle il se développe tout d'abord.

Des malades, atteints de pannus granuleux après avoir subi l'inoculation blennorrhagique curative, ont présenté des arthrites infectieuses.

De Lapersonne cite dans sa thèse d'agrégation plusieurs cas typiques de ce genre, notamment un fait de Poncet publié dans les *Archives d'ophtalmologie*, 1881, et méritant d'être retenu par son importance et sa netteté.

Ce fait concerne un Arabe de trente-cinq ans, de constitution robuste, n'ayant jamais eu d'antécédents rhumatismaux, qui subit l'inoculation blennorrhagique du côté gauche pour un pannus granuleux.

Les deux genoux se prennent, deviennent très douloureux et sont le siège d'un épanchement abondant. Poncet traite l'ophtalmie purulente et, à mesure que la sécrétion du pus diminue, voit disparaître les douleurs articulaires.

Deux mois après le malade revient à l'hôpital, demandant pour l'œil droit le traitement heureux de l'œil gauche; on fait une nouvelle inoculation blennorrhagique et huit jours après, se produisent sur le genou du même côté des

(¹) NEISSER, *Die Micrococccen de Gonorrhæ. Centralblatt für med. Wiss.*, 1879, et *Deutsche med. Verhandl.*, 1882.

(²) KAMMERER, *Centralblatt für Chir.*, 1884.

phénomènes d'arthrite analogues aux précédents. Ils disparurent aussi avec la sécrétion purulente de la conjonctive (*Archives d'ophtalmologie*, 1881).

La théorie qui découle des faits de Petrone (1), Kammerer, Bousquet (2), Poncet, est donc au moins très séduisante, mais il faut malheureusement reconnaître que beaucoup d'excellents observateurs tels que Erlich, Vogt, Kraske, cherchant à vérifier les affirmations précédentes, sont arrivés à des résultats contraires.

Aubert (de Lyon) n'a pas trouvé le gonocoque dans le liquide articulaire d'un malade ponctionné trente-six heures après le début de l'arthrite blennorrhagique, et toujours, dit-il, cette recherche, faite dans des cas également favorables, lui a donné des résultats négatifs.

Dieulafoy et Vidal ont ensemencé de leur côté du liquide extrait par ponction d'une arthrite blennorrhagique. Ils n'obtinrent pas de culture du gonocoque spécifique.

Enfin, plus récemment, Guyon et son élève Janet (3) ont montré que, dans quatre faits bien certains d'arthrite blennorrhagique, le micro-organisme de Neisser n'existait pas. Ils en ont conclu que la cause de l'arthrite réside non dans la présence du gonocoque lui-même, mais dans l'action sur l'articulation malade des produits solubles sécrétés par ce microbe au niveau de la muqueuse uréthrale. Dans le cas d'arthrite aiguë phlegmoneuse, il existe, disent-ils, évidemment des microbes, mais il est probable que ces microbes sont représentés non par le gonocoque, mais par des micrococci pyogéniques partis de l'urèthre où ils cohabitent avec le microbe de Neisser. D'ailleurs Bockart (4) et Gerheim (5) ont trouvé dans d'autres complications suppuratives de la blennorrhagie non les gonocoques, mais les microbes ordinaires de la suppuration.

Les faits ne sont pas encore assez nombreux pour que la question puisse être tranchée; peut-être serait-il sage de scinder, avec Julien (*Union médicale*, 1892), la classe des arthrites blennorrhagiques suivant qu'elles sont à gonocoques ou para-blennorrhagiques, vulgaires, inflammatoires pyogéniques simples. L'analogie que présente parfois le rhumatisme blennorrhagique avec le rhumatisme scarlatineux plaiderait en faveur de l'existence de cette deuxième catégorie d'affections rhumatismales.

Les avis sont donc partagés; les uns admettent que le gonocoque est la cause, l'élément essentiel de l'arthrite; les autres font de l'arthrite un accident infectieux dépendant des autres organismes contenus dans l'urèthre, où ils forment les colonies microbiennes décrites par Legrain. Cette opinion a été défendue en 1889 par Patris de Broë.

L'irritation entraînée par le gonocoque est la cause occasionnelle qui rend ces microbes nocifs à la suite des altérations de la muqueuse; un traumatisme tel qu'un cathétérisme maladroit, produisant une éraillure de l'urèthre, donne lieu à des arthrites qui ont la même pathogénie que celle que nous étudions.

Ces deux théories différentes nous paraissent également capables d'expliquer les faits pathologiques: la dernière a pour elle les observations négatives de beaucoup d'auteurs; la première, l'affirmation précise d'observateurs sérieux. Attendons pour juger.

(1) PETRONE, *Sulla natura parasit. dell' artrita blennorrhagica*. *Rev. clin. di Boliva*, fév. 1885.

(2) BOUSQUET, *Société de chirurgie*, 28 oct. 1885.

(3) GUYON et JANET, *Arthrites blennorrhagiques sans gonocoques*. *Ann. des maladies génito-urinaires*, 1889.

(4) BOCKART, *Monatshefte f. prakt. Dermatologie*, n° 19, 1887.

(5) GERHEIM, *Verhandlung der phys. medic. Gesellschaft*, t. XVI. Wendsbourg.

D'ailleurs, quelle que soit la large part du gonocoque et des autres microbes dans la production du rhumatisme blennorrhagique, il n'en faut pas conclure que la présence de l'arthritisme soit indifférente. Un blennorrhagique entaché de diathèse rhumatismale offre aux agents pathogènes des articulations mieux préparées, et dans la prédisposition du sujet à ces manifestations articulaires, il faut rechercher la raison des variétés cliniques que présente l'arthrite blennorrhagique.

Étiologie. — Quelles que soient les opinions émises sur le rôle des microbes de la suppuration et du gonocoque, il est incontestable que l'arthrite est surtout fréquente pendant la période d'activité des blennorrhagies uréthrales. Il est donc bien certain que la cause première, essentielle, de l'apparition des arthrites blennorrhagiques est la blennorrhagie, mais il existe à côté de cette cause fondamentale des causes secondaires adjuvantes qui peuvent rendre compte « de la disproportion évidente qui existe entre le nombre si grand des blennorrhagies et le chiffre relativement peu considérable des accidents rhumatismaux » (Brun).

Est-ce la diathèse arthritique qui force la blennorrhagie à devenir articulaire (Peter), ou bien, conformément à l'opinion de Fournier, Quinquaud et de beaucoup d'autres, cette diathèse est-elle absolument sans influence?

Le froid et le traumatisme tiennent la première place parmi les causes adjuvantes; on trouve chez beaucoup de malades cette notion étiologique, particulièrement dans la forme aiguë de la maladie (Duplay et Brun).

Duplay a fait judicieusement remarquer que beaucoup de ces arthrites sont méconnues dans leurs causes véritables; le malade traumatisé se fait admettre dans un service de chirurgie où la blennorrhagie passe inaperçue.

C'est pour une raison analogue que plusieurs auteurs, Foucart, Brandes (1), Rollet, Diday, n'ont pas rencontré chez la femme un seul exemple d'arthropathie blennorrhagique. Quelques-uns ont même considéré cette complication comme absolument propre au sexe masculin. Ricord, Cullerier, Fournier, en citent à grand-peine quelques exemples, et le premier auteur a cru devoir expliquer la rareté des affections articulaires chez la femme par la rareté de l'uréthrite. Rien n'est plus inexact que cette immunité du sexe féminin. Brun, sur 20 observations, cite 15 cas observés chez la femme. On rencontrera toujours une proportion à peu près semblable si l'on examine avec soin les organes génitaux de tous les rhumatisants.

Peut-être d'ailleurs suffit-il, pour produire l'affection qui nous occupe, d'une simple inflammation vaginale ou utérine, d'une uréthrite quelconque sans gonocoque? Mais, dans tous les cas, l'arthrite qui mérite cliniquement le nom de blennorrhagique, l'arthrite génitale, est relativement commune chez la femme (Brun).

L'abondance de l'écoulement serait, d'après Rollet, d'une grande importance. Pour lui, avant l'écllosion de l'arthrite, le canal est douloureux et la blennorrhagie est à la période aiguë, celle de l'écoulement abondant. Fournier s'est élevé contre cette opinion; il estime que dans la moyenne des cas l'écoulement qui prélude au rhumatisme n'est que moyen, et même, dans 8 cas sur 59, le suintement était « très faible, minime, insignifiant, ignoré du malade ». Duplay et Brun acceptent et confirment cette opinion.

(1) BRANDES, *Arch. gén. de méd.*, 1854.

Quelques auteurs (Fourestié) ont cherché à établir qu'à un écoulement aigu correspondait une arthrite aiguë; à une gonorrhée chronique, une forme lente, peu inflammatoire, de la lésion articulaire. Il n'en est encore rien; sur 20 cas d'arthrites aiguës (Brun), dans plus de la moitié l'urétrite était à peu près insignifiante et souvent même, chez les femmes, avait dû être attentivement recherchée.

Toutes les articulations peuvent être frappées par la blennorrhagie, le genou et la tibio-tarsienne y sont particulièrement exposés, mais aucune n'en est exempte, les articulations du pied, des phalanges, la sterno-claviculaire, sont aussi quelquefois le siège du mal.

L'arthrite sterno-claviculaire est assez rare, mais quand elle existe elle est en quelque sorte caractéristique, et, à ce sujet, il est intéressant de noter que la même articulation est le siège de prédilection de l'arthrite puerpérale.

Les statistiques combinées de Foucart, Brandes, Rollet, Fournier, donnent les chiffres suivants :

Genou	85
Tibio-tarsienne	52
Doigts et orteils	25
Coxo-fémorale	16
Poignet	14
Épaule	12
Coude	11
Temporo-maxillaire	6
Articulations du pied	5
Sacro-iliaque	4
Sterno-claviculaire	2
Péronéo-tibiale	1

Symptomatologie. — Pour la clarté de la description, il faut établir quatre variétés d'arthrite blennorrhagique : 1° l'arthralgie; 2° l'hydarthrose; 3° l'arthrite aiguë; 4° l'arthrite suppurée.

Nous passerons immédiatement en revue les symptômes propres à ces diverses formes sans nous arrêter spécialement sur l'anatomie pathologique qui, en dehors de ce que nous avons dit plus haut des gonocoques, est tout entière à faire. Il se produit très vraisemblablement, dans le cartilage d'encroûtement et la synoviale, les modifications qui caractérisent les affections inflammatoires aiguës des jointures. Les exsudats peuvent se résorber ou s'organiser. Dans le second cas, on se trouve en présence de l'arthrite plastique ankylosante (Gosselin).

1° ARTHRALGIE. — L'arthralgie consiste dans l'apparition de simples douleurs articulaires. L'examen le plus minutieux ne révèle rien d'anormal dans la jointure, qui garde la plénitude de ses mouvements. La douleur est plus vive le matin, où elle gêne les fonctions du membre, mais sous l'influence de la marche elle peut diminuer ou disparaître pendant toute la journée. L'arthralgie peut intéresser plusieurs articulations, les phénomènes douloureux sont quelquefois vagues et ambulants et présentent ceci de remarquable qu'ils sont souvent très persistants et rebelles aux médications les plus variées.

Cette forme peut se rencontrer à toutes les périodes de la gonorrhée. Elle s'exaspère de temps à autre avec les recrudescences de l'affection.

2° ARTHRITE PSEUDO-NOUEUSE. — Cette forme de polyarthrite déformante progressive pseudo-noueuse, simulant le rhumatisme noueux, a une marche essen-

tiellement successive; la récédive semble fatale à chaque blennorrhagie, ce qui n'est que partiellement vrai pour les autres formes. Il semble même évident, à Amaral (1) d'après les faits qu'il a publiés, que la précocité des arthropathies par rapport au début de la blennorrhagie s'accroît avec le nombre des attaques.

3° HYDARTHROSE. — L'hydarthrose présente une prédilection toute particulière pour l'articulation fémoro-tibiale, et c'est dans le genou que Swediaur fit la découverte du rhumatisme blennorrhagique. L'hydarthrose apparaît d'habitude brusquement sur l'un des genoux et quelquefois sur les deux à la fois; ses symptômes sont ceux de l'épanchement intra-articulaire vulgaire tels que depuis longtemps les a fait connaître Velpeau : distension de la synoviale, de son cul-de-sac sous-tricipital surtout, fluctuation, choc rotulien, déformation. L'indolence est quelquefois complète, d'autres fois mitigée par des douleurs légères. Il n'y a ni réaction locale, ni troubles généraux d'aucune sorte.

Laboulbène (2) a constaté que le liquide de l'arthrite blennorrhagique est d'un jaune foncé, constitué par de la sérosité visqueuse, alcaline, louche et purulente, sans mucine, tandis que le liquide de l'hydarthrose ordinaire est un simple mélange de synovie avec un liquide séro-fibrineux citrin, analogue à celui de la pleurésie aiguë.

La véritable caractéristique de cette affection est dans sa marche extrêmement lente, dans sa désespérante chronicité. Elle peut résister pendant plusieurs mois aux médications les plus énergiques.

Quelquefois son évolution est traversée par des poussées aiguës qui lui donnent les allures du rhumatisme vulgaire aigu ou subaigu, avec son cortège inflammatoire, les douleurs vives qu'il occasionne, ses phénomènes généraux. Dans ce cas, le malade paraît aux prises avec une attaque de rhumatisme ordinaire, mais en dehors de la notion causale d'autres indications conduisent au diagnostic. Fournier et beaucoup d'autres ont bien montré que le rhumatisme blennorrhagique ne se généralise pas au même degré que le rhumatisme ordinaire; sans doute les arthrites gonorrhéiques peuvent être multiples, mais bien rarement plus de deux ou trois articulations sont prises à la fois, tandis qu'il n'est pas rare de voir le rhumatisme ordinaire intéresser un grand nombre de jointures.

De plus, le propre de la diathèse rhumatismale est la mobilité, tandis que l'arthrite blennorrhagique est fixe; elle s'attache étroitement à l'articulation frappée et n'offre pas ces douleurs rapides, ce transport intégral (Fournier), si fréquent dans le rhumatisme simple. Enfin, et cette autre différence est l'élément principal du diagnostic, les articulations frappées par la blennorrhagie guérissent bien plus difficilement que lorsqu'elles sont atteintes par le rhumatisme.

4° ARTHRITE AIGUË. — Cette forme, beaucoup plus commune qu'on l'a cru jusque dans ces dernières années, a été soigneusement mise en lumière par Duplay et Brun. La description qu'ils en ont donnée doit être acceptée intégralement, et nous nous ferons un devoir de la résumer.

Souvent l'arthrite est précédée par des accidents douloureux, arthralgiques, qui constituent une vraie période d'invasion, puis brusquement se traduisent les phénomènes aiguës à la période d'état. Les malades endormis bien portants sont réveillés par une douleur soudaine qui s'accompagne d'un gonflement

(1) AMARAL, Contribution à l'étude du rhumatisme blennorrhagique. Thèse de Paris, 1891.

(2) LABOULBÈNE, Du liquide renfermé dans l'articulation du genou pendant le cours du rhumatisme blennorrhagique. Bull. de l'Acad. de méd., 16 juillet, 1872.

rapide entraînant la déformation et l'impuissance du membre. Cette douleur, très vive dès le début, garde longtemps son intensité et se calme peu par le repos. Elle est la nuit plus aiguë, plus insupportable que le jour, et devient atroce sous l'influence des mouvements provoqués.

La pression sur les parties accessibles de l'articulation l'exagère encore et l'exploration, difficile pour cette raison, doit être faite avec douceur.

La tuméfaction suit la douleur de très près, elle est sensible surtout dans les culs-de-sac synoviaux qu'elle dépasse facilement, au point de se propager par exemple jusqu'au tiers supérieur du bras et inférieur de l'avant-bras quand l'articulation du coude est intéressée.

La cause de ce gonflement doit être cherchée dans l'état des tissus péri-articulaires. C'est l'infiltration du tissu cellulaire qui produit la plus grande partie de la tuméfaction. Il faut y ajouter le gonflement des extrémités osseuses signalé par Lasègue et son élève Diday (1), par Vœlker (2), par Bouilly et Mathieu, qui sur ce point ont communiqué à Brun des observations démonstratives.

La peau fluxionnée ne tarde pas à rougir. La température locale s'élève comme s'il se formait sous la peau une collection liquide, suppurée, pouvant d'ailleurs donner lieu à une sensation de fausse fluctuation.

Ces désordres locaux suppriment évidemment les fonctions du membre, qui se place dans la position de repos, demi-flexion, position intermédiaire entre la pronation et la supination, etc., etc.

C'est ici le moment de parler des accidents généraux de l'arthrite blennorrhagique. Fournier s'est appliqué à montrer qu'ils présentaient des particularités notables; d'après lui, les sueurs si abondantes dans le rhumatisme aigu manquent dans l'arthrite blennorrhagique; les urines restent normales, le sang ne devient pas couenneux, mais Fournier, en écrivant ceci, n'avait en vue que l'hydarthrose et le rhumatisme gonorrhéique subaigu, non l'arthrite aiguë. Dans ce dernier cas, les accidents généraux sont, à très peu de choses près, les mêmes que dans les inflammations articulaires purement rhumatismales.

Quelquefois, arrivée à ce degré, l'arthrite rétrocede spontanément et marche vers la guérison; mais souvent les lésions s'accroissent et entraînent dans l'appareil ligamenteux articulaire des désordres qui se traduisent par des frottements, des mouvements de latéralité ou de rotation anormaux. Gosselin attribuait, dans un cas d'arthrite du genou, les mouvements de latéralité à la destruction des ménisques semi-lunaires. Le fait est à la rigueur possible, mais il est plus simple d'admettre un relâchement dans le tissu fibreux péri-articulaire, capsules et ligaments. En même temps que les parties molles, le squelette est aussi le siège d'altérations inflammatoires. L'os est gonflé, infiltré, le cartilage détruit, usé ou érodé par places, en contact avec les exsudats fibrineux épanchés dans l'articulation.

De l'évolution ultérieure de ces lésions inflammatoires dépend la terminaison de l'arthrite, qui est ou *résolutive*, ou *plastique ankylosante* ou *destructive*.

La première variété est exceptionnelle, la forme ankylosante est de beaucoup la plus commune. Gosselin a eu le mérite de la bien mettre en relief; il a montré qu'après la disparition des phénomènes inflammatoires, l'article présente à la mobilisation une résistance toujours croissante qui tient à la production et à l'organisation de tractus fibreux intra-articulaires.

(1) DIDAY, Thèse de Paris, 1875.

(2) WÖELKER, Thèse de Paris, 1868.

Cette forme plastique ankylosante est surtout la conséquence des arthrites aiguës avec gonflement osseux et périostique, si bien que souvent avec l'ankylose on trouve une hyperostose épiphysaire déformant le membre. Fournier (1) a signalé dans la blennorrhagie une arthrite de forme noueuse ou goutteuse.

Besnier pense que ces saillies sont dues à une périostite externe des extrémités articulaires. Ces cas n'ont d'ailleurs été signalés qu'aux petites articulations de la main et du pied.

La forme destructive est aussi rare que la forme plastique est fréquente. Quand cette terminaison a lieu, on se trouve en présence de l'arthrite suppurée, niée à tort par Rollet et Vœlker.

5° ARTHRITE SUPPURÉE. — Les cas d'arthrite suppurée ne sont pas nombreux; mais il en est d'absolument authentiques, et il n'est plus permis de douter de cette variété après les faits de Velpeau, Fournier, Bauchet, Richard, analysés dans le mémoire de Talamon. Dans sa thèse sur les arthrites infectieuses, De Lapersonne en a rapporté de nouveaux exemples, notamment le cas d'Eisenmann, qui perdit son malade.

Haslund (*Archives de Virchow*, 1886, p. 547) fait connaître quatre observations de pyarthrose blennorrhagique, et Landouzy en a recueilli un fait très intéressant concernant l'articulation sterno-claviculaire. Il s'agissait d'une jeune fille de dix-neuf ans atteinte d'une vaginite très intense et présentant successivement une arthralgie scapulo-humérale, une synovite de la gaine des fléchisseurs, et une tuméfaction de l'articulation sterno-claviculaire. Redoutant à ce niveau l'ulcération de la peau tendue et luisante, Landouzy fit une ponction aspiratrice et retira une cuillerée d'un liquide séro-purulent. La guérison de tous ces accidents se fit attendre quatre mois.

Cette variété d'arthrite présente une gravité toute spéciale, car quelquefois la terminaison a été fatale, et souvent elle a nécessité l'amputation du membre. Le malade d'Eisenmann mourut d'infection purulente; celui de Fournier, atteint d'une arthrite blennorrhagique très aiguë, mourut d'une fièvre typhoïde intercurrente. A l'autopsie on trouva l'articulation pleine de pus, les cartilages altérés et détruits en plusieurs endroits. Le malade de Richard (2) avait le genou droit rempli; la synoviale trop distendue se rompit au niveau du cul-de-sac sous-tricipital, et toute la partie inférieure de la cuisse fut infiltrée par le pus articulaire. On fit l'amputation, et on constata de profondes altérations dans l'articulation.

Il convient donc de considérer la suppuration comme un grave accident dans l'évolution du rhumatisme blennorrhagique. En cela il n'y a rien qui doive nous étonner après les données pathogéniques que nous avons exposées; il est même probable que si la cause avait toujours été soigneusement recherchée, on aurait trouvé plus souvent la blennorrhagie à la base des arthrites suppurées, dites spontanées.

Diagnostic. — La notion de la cause est évidemment le meilleur signe pour le diagnostic; mais cette notion ne suffit pas, il est évident qu'une affection articulaire intercurrente peut survenir chez un blennorrhagique.

Il faut donc, pour aboutir à un diagnostic incontestable, s'attacher à rechercher dans les diverses variétés d'arthrites blennorrhagiques les signes suivants :

(1) FOURNIER, *Contribution à l'étude du rhumatisme blennorrhagique*. *Ann. de dermat.*, 1869.

(2) TALAMON, *Revue mens. de méd. et de chir.*, 1878.

la limitation des accidents à un petit nombre de jointures, l'absence de déli-tescence, de migrations d'une jointure à une autre; l'apparition d'une hydarthrose soudaine à poussées rapides, avec des périodes de décroissance brusque et d'augmentation rapide, l'apparition d'accidents très aigus sous l'influence du traumatisme et du froid, la production de l'ankylose consécutive à un gonflement osseux et à des exsudats plastiques intra et péri-articulaires.

Toutes les fois qu'on rencontrera un ou plusieurs de ces symptômes principaux, on examinera soigneusement les organes génitaux, à plusieurs reprises, afin d'en retrouver la cause.

L'arthrite aiguë blennorrhagique est surtout facile à confondre avec l'arthrite traumatique ou rhumatismale *a frigore*. Quelquefois même la tuméfaction péri-articulaire et les signes généraux sont tels qu'on la confond avec un phlegmon diffus ou une grave lymphangite.

Les inflammations des gaines synoviales peuvent aussi en imposer pour une arthrite; il faudra, pour ne pas s'y tromper, chercher par la pression à réveiller la douleur exactement au niveau de l'interligne articulaire et en propulsant les extrémités l'une contre l'autre sans faire jouer les muscles.

L'arthrite traumatique se développe moins vite que l'arthrite aiguë, à moins qu'elle ne succède à une plaie pénétrante septique de la jointure qui ne pourra passer inaperçue. La contusion d'une articulation produit rapidement un épanchement sanguin intra-articulaire, mais il faut plusieurs jours pour que les phénomènes inflammatoires deviennent très marqués, tandis qu'ils se développent immédiatement et avec grand fracas dans l'arthrite aiguë blennorrhagique.

L'arthrite *a frigore* est aussi plus lente dans son développement, et rarement elle se localise sur une seule jointure comme la blennorrhagique qui est tenace, fixe autant que grave dans ses manifestations.

L'arthrite suppurée se reconnaît à la gravité des accidents généraux et locaux; lorsque le pus se forme, le diagnostic doit être fait, car la période de suppuration est d'habitude précédée par l'inflammation aiguë, exsudative dont nous venons de parler.

Les détails que nous venons de donner nous dispensent d'insister sur le pronostic, toujours assez grave à cause de la ténacité, de la longue durée des formes légères (arthralgie, hydarthrose), et des lésions destructives qui sont la conséquence des formes graves.

Traitement. — L'arthralgie sera traitée par le repos, les révulsifs, les pointes de feu et les embrocations calmantes.

L'hydarthrose sera justiciable des méthodes de traitement ordinaire parmi lesquelles il faut citer au premier rang la compression et les vésicatoires, mais sa longue durée pourra obliger le chirurgien à recourir aux moyens plus actifs, plus chirurgicaux qui ont été étudiés précédemment (voy. page 508, t. III).

Dans la thérapeutique de l'arthrite aiguë, ce sont les principes généraux du traitement des arthrites qui doivent guider le praticien, savoir: l'immobilisation du membre dans sa position de repos à l'aide d'un solide appareil, et l'application des antiphlogistiques, révulsifs locaux, vésicatoires, cautérisations ponctuelles.

L'immobilisation est le meilleur des antiphlogistiques; en peu de jours elle fait disparaître le gonflement et l'œdème des parties molles. Il faut la continuer aussi longtemps que la pression est douloureuse au niveau de l'interligne.

Lorsque les accidents inflammatoires et douloureux ont disparu, il faut donc se hâter d'enlever l'appareil pour ne pas faciliter la production de l'ankylose, mais à ce sujet il est difficile de donner des règles précises. Il faut savoir choisir son moment, tâtonner, remettre l'appareil si les phénomènes d'arthrite menacent de reparaitre. La crainte exagérée de l'ankylose a induit quelques chirurgiens à imprimer des mouvements au genou avant que l'inflammation fût éteinte. Il en est résulté le plus souvent une recrudescence de la maladie, parfois assez grave pour compromettre le membre du malade.

Verneuil (1) s'est souvent élevé contre cette pratique mauvaise; il a montré que l'immobilisation rigoureuse est le meilleur résolutif; tandis que les mouvements intempestifs produisent les exsudats plastiques qui conduisent à l'ankylose.

Il ne faut pourtant pas oublier que l'arthrite blennorrhagique aiguë ou sub-aiguë revêt volontiers la forme plastique ankylosante, et que c'est surtout à son égard qu'il est permis d'être ankylophobe; l'immobilisation trop prolongée aurait certainement pour elle des inconvénients, et il serait imprudent de trop compter sur la mobilisation naturelle, le libre jeu des muscles, après l'enlèvement tardif de l'appareil. On imprimera au genou des mouvements gradués et ménagés aussitôt que possible; c'est-à-dire selon le conseil de Le Fort (2), lorsque « la mobilisation pourra s'effectuer sans autre douleur que celle qui est due à l'extension des parties rétractées ».

L'arthrite blennorrhagique suppurée est justiciable du traitement ordinaire des pyarthroses; nous ne croyons pas devoir nous y arrêter; le mieux sera d'en arriver d'emblée à l'arthrotomie et au lavage antiseptique de la synoviale qu'on débarrassera de tous les débris purulents qui l'encombrent. Un drainage efficace et les soins ordinaires de l'antisepsie feront le reste.

IV

ARTHRITES CONSÉCUTIVES AUX FIÈVRES ÉRUPTIVES, A LA PYOHÉMIE, A L'ÉRYSIPELE A LA DYSENTERIE, A LA FIÈVRE TYPHOÏDE, A LA DIPHTHÉRIE, ETC.

La variole, la scarlatine et la rougeole se compliquent souvent de lésions articulaires qui sont manifestement dues à l'infection de l'organisme; nous allons les passer rapidement en revue en mettant en relief leur importance chirurgicale.

1° ARTHRITES CONSÉCUTIVES A LA VARIOLE. — On rencontre dans la variole deux variétés d'arthrites, les arthrites suppurées et les arthropathies simples. Les premières viennent à la période de suppuration de l'éruption exanthématique, elles sont dues à l'état pyohémique secondaire à l'affection; les secondes, plus intéressantes en clinique, revêtent la forme rhumatismale. D'après Rillet et Barthez, ces lésions ressemblent beaucoup au rhumatisme articulaire classique; elles passent rapidement d'une jointure à une autre et peuvent disparaître sans laisser de trace de leur passage, au point que beaucoup d'auteurs se sont demandé s'il ne s'agissait pas là d'un rhumatisme intercurrent.

(1) VERNEUIL, *Bull. de la Soc. de chir.*, 1879.

(2) LE FORT, *Bull. de la Soc. de chir.*, 1880, p. 100 et suiv.