

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. 400 et suiv.

Bourey⁽¹⁾, dans sa thèse, distingue deux types dans la détermination articulaire de la variole. Dans le premier type il s'agit d'arthropathies légères, s'accompagnant d'une tuméfaction modérée, d'une faible rougeur et disparaissant au bout d'une semaine sans rien laisser dans l'articulation. La deuxième forme, plus grave, se localise d'emblée dans une ou plusieurs jointures; elle suppure et se complique d'ostéite, voire même de nécrose dans les extrémités épiphysaires. Bidder cite des faits dans lesquels la guérison avait eu lieu après l'élimination des fragments osseux.

Braquehayé⁽²⁾ rapporte un cas d'arthrite suppurée survenant au déclin d'une varicelle en apparence normale. Il cite plusieurs cas de ce genre observés par Bokai, Perret, Charrin, Laudon et Chofragny.

Ces désordres articulaires peuvent évidemment résulter de la propagation à la synoviale des phlegmasies superficielles, fréquentes dans le décours de la variole; mais il est bien plus commun de les voir survenir à la suite de la résorption purulente, ou simplement sous l'influence de l'intoxication variolique. Le jour où les éléments infectieux de la variole seront classés, cultivés, reproduits expérimentalement, on les trouvera sans doute dans ces arthrites infectieuses, et d'avance il est permis, sans aller trop loin dans le domaine de l'hypothèse, de les considérer comme le résultat de l'infection de l'organisme par les agents pathogènes de la variole, quels qu'ils soient.

2° ARTHRITES SCARLATINEUSES. — Elles sont plus fréquentes que les arthrites varioliques et sont évidemment, comme elles, dues au poison spécial de l'affection.

C'est à tort que Blondeau a cherché à établir l'identité du rhumatisme et de la scarlatine; cette opinion, ingénieuse d'ailleurs, n'est plus aujourd'hui défendue par personne. Celle de Peter, qui admet dans le cas d'arthrite la coïncidence du rhumatisme ordinaire et de la scarlatine, n'est pas plus fondée ici que pour l'arthrite blennorrhagique.

Les synovites scarlatineuses entraînent un épanchement de liquide dans lequel on a trouvé des coques arrondis, adhérents soit à des débris épithéliaux, soit à des globules de pus. Schuller a trouvé des bâtonnets semblables à ceux de la diphtérie. Il a aussi mentionné le microbe de Friedlander dans deux cas de scarlatine compliquée de pneumonie, et Friedlander lui-même a trouvé des microcoques dans la synovite scarlatineuse.

Pour Chevalet⁽³⁾ les complications articulaires de la scarlatine ne sont pas d'origine rhumatismale. Elles ne sont pas dues à une localisation particulière du poison scarlatineux, mais dépendent d'une infection secondaire. L'agent de cette infection semble être le plus souvent le streptocoque. D'après ce dernier auteur la porte d'entrée de l'infection est le plus souvent au niveau des amygdales.

Ces recherches n'ont encore rien de précis, pour être poussées plus avant, elles ont d'ailleurs besoin que les éléments infectieux de la scarlatine soient eux-mêmes mieux connus.

Les arthrites scarlatineuses peuvent être divisées en trois variétés bien nettes : 1° l'arthrite séreuse aiguë non suppurée, à allures rhumatismales (rhumatisme scarlatin); 2° l'arthrite séreuse qui suppure consécutivement; 3° l'arthrite purulente d'emblée.

(1) BOURCY, *Déterminations articulaires des maladies infectieuses*. Thèse de Paris, 1885.

(2) BRAQUEHAYE, *Gaz. hebdom. de méd. et de chir.*, sept. 1894.

(3) CHEVALET, *Des complications articulaires de la scarlatine*. Thèse de Paris, 1892.

Le rhumatisme scarlatin se produit au début de la période de desquamation avec une fièvre modérée, de la douleur et de la rougeur au niveau des articulations, prises habituellement en petit nombre.

L'arthrite séreuse avec tendance à la suppuration, d'après Corrigan et Trouseau, serait assez fréquente. Elle débute à grand fracas, avec de la fièvre, des frissons, des phénomènes généraux très marqués, si bien qu'il n'est pas rare de voir le malade succomber à la gravité de ces accidents.

L'arthrite suppurée est encore plus grave, parce qu'elle est le résultat d'une pyohémie consécutive à l'infection scarlatineuse.

Elle se produit d'habitude en même temps que des abcès spontanés dans le tissu cellulaire; Hebra, Kaposi, Hensch⁽¹⁾ ont même décrit des cas d'arthrite purulente produite par l'irruption d'abcès péri-articulaires dans les cavités synoviales.

Aussi rapide que soit l'intervention chirurgicale dans ces cas d'arthrite suppurée, la mort survient presque toujours consécutivement à la septicémie, cause première de la collection purulente.

5° ARTHRITES CONSÉCUTIVES A LA ROUGEOLE. — Bonnet a insisté assez longuement sur les lésions articulaires de la rougeole. Rillet et Barthez, Marjolin (Soc. de chirurgie, 1865) en ont cité d'intéressants exemples. Valette, dans son article COXALGIE du *Diction. de Jaccoud*, rapporte un fait de tumeur blanche coxo-fémorale succédant à la rougeole.

Depuis, un assez grand nombre d'observations de ce genre, inutiles à rappeler ici, ont été signalées et les auteurs ont dû se préoccuper de la pathogénie des complications articulaires.

Verneuil pense que la variole agit en déprimant l'état des forces « en faisant descendre rapidement la santé générale au niveau de la scrofule confirmée » (Soc. de chirurgie, 1864). D'après Ollier, les arthrites de la rougeole et celles des pyrexies en général sont le résultat de la sensibilité au froid que présentent les convalescents anémiés par une maladie antérieure.

Mathieu et Strauss, dans leur article COXALGIE (*Dictionn. encyclopédique*), expliquent les arthrites des fièvres éruptives par la tendance qu'ont les pyrexies à engendrer l'hyperhémie.

Les travaux modernes, sans avoir encore tout dit sur la pathogénie de ces arthrites, conduisent à admettre que dans la rougeole, comme dans les autres fièvres éruptives, les arthropathies sont consécutives à l'infection de l'économie par le poison spécifique, quel qu'il soit, qui produit l'affection.

Les arthrites consécutives à la rougeole sont d'ailleurs en général moins graves que celles de la variole et de la scarlatine. Il en est deux variétés : la première comprend les arthrites légères, marchant naturellement à la guérison sans laisser de traces de leur passage; la seconde les arthrites aiguës, capables de suppurier et de se transformer en véritables tumeurs blanches.

La pyohémie, l'érysipèle, la dysenterie, la fièvre typhoïde, l'infection puerpérale, la morve, les angines septiques, les oreillons, peuvent s'accompagner d'accidents articulaires analogues à ceux que nous venons de signaler relativement aux fièvres éruptives.

4° ARTHRITES CONSÉCUTIVES A LA PYOHÉMIE. — A l'autopsie des blessés morts d'infection purulente, on trouve souvent les articulations pleines de pus sans que

(1) HENOCH UND FRIEDLANDER, *Ueber synovitis scarlatinosa*. *Berl. klin. Woch.*, 11 sept. 1885.

les parties constituantes de la jointure présentent d'altérations bien marquées.

La formation du pus est si rapide que les surfaces articulaires, les cartilages et les ligaments n'ont pas le temps d'être intéressés profondément.

Ces abcès articulaires contiennent les microbes spécifiques de l'affection, le *staphylococcus albus et aureus*, le *micrococcus tenuis* (Rosenbach) et surtout le *streptococcus pyogenus*, caractérisé par sa forme en chapelet.

Ces cas de pyohémie chirurgicale deviennent tous les jours plus rares, grâce à l'application de la méthode antiseptique, et l'on peut dire que la grande majorité des arthrites infectieuses suppurées viennent des affections médicales microbiennes, des fièvres éruptives, par exemple, ou des autres grandes infections organiques qui nous restent encore à passer en revue.

L'érysipèle, dont le microbe a été découvert par Fehleisen (1), peut se compliquer d'affections articulaires soit dans la période d'état, soit au déclin de l'affection. Ce sont quelquefois des poussées rhumatismales franches, mobiles, fugaces, modifiables par le salicylate de soude, ainsi qu'en témoigne une observation de Dérignac; on a alors l'érysipèle rhumatismal. D'autres fois on constate des arthrites mono-articulaires fixes, d'une cure plus lente, entraînant vite l'ulcération des cartilages, si bien que, lorsque la mort n'est pas la conséquence de l'état infectieux, l'articulation s'ankylose.

Entre ces deux formes opposées il en existe une autre intermédiaire caractérisée par la formation d'une arthrite subaiguë avec hydarthrose. Dans deux cas de ce genre, Schuller trouva dans le liquide articulaire le streptococcus érysipélateux.

5° ARTHRITES CONSÉCUTIVES A LA DYSENTERIE. — La dysenterie se complique assez souvent d'une arthrite à début insidieux, mono-articulaire, apparaissant au déclin de l'affection, très rarement pendant la période d'état (Quinquaud (2), Fradet).

Les genoux sont beaucoup plus souvent atteints que les autres articulations (Trousseau), et à leur niveau l'arthrite prend très volontiers la forme de l'hydarthrose avec un gonflement très accusé, sans rougeur et sans douleurs vives. Dans un cas de Trousseau, le liquide était si abondant que la synoviale se rompit sous sa pression.

La résorption de cette hydarthrose se fait lentement; exceptionnellement le malade est guéri en quinze jours, souvent l'affection dure deux ou trois mois, mais, d'après Quinquaud, Hueter et Fradet, tous les malades guérissent. Ces auteurs n'ont pas rencontré d'arthrite suppurée, et c'est ce qui explique la bénignité de leur pronostic.

La suppuration articulaire dans la dysenterie n'est pas prouvée; les cas de Zimmermann, de Lepic de la Cloture, ne sont pas démonstratifs, et celui de Thomas (de Tours) est tout simplement un exemple d'arthrite suppurée survenue dans la variole; c'est à tort, selon nous, que De Lapersonne rattache cette complication à la dysenterie.

D'ailleurs les arthrites, même bénignes, sont rares dans la dysenterie. Après un séjour de plus d'une année au Tonkin, où nous avons traité des centaines de soldats atteints de cette affection, nous n'avons pas constaté un seul accident articulaire.

6° ARTHRITES CONSÉCUTIVES A LA FIÈVRE TYPHOÏDE. — Bouillaud a rapporté la

(1) FEHLEISEN, *Deutsche Zeitschrift für Chir.*, XVI, 1882.

(2) QUINQUAUD, *Gaz. des hôp.*, p. 420, 1874.

première observation d'arthrite typhoïdique. Plus tard, Roser émit l'idée qu'un certain nombre de luxations spontanées, attribuées au rhumatisme articulaire aigu, devaient être rapportées à la fièvre typhoïde. Guterbock (1), en 1874, fit de la question une étude complète dans laquelle il cite Stromeyer, Volkman, Bardeleben, Retz, Meyerhoff, et tous les auteurs qui s'en sont occupés.

Keen (2), en 1877, rapporte 43 observations d'arthrites typhoïdiques en les faisant suivre d'une étude clinique détaillée.

En 1878, A. Robin fit connaître un cas de fièvre typhoïde adynamique compliquée au huitième jour de synovites purulentes des gaines tendineuses, de périostie et de nombreuses arthrites suppurées. Le malade succomba le vingt-troisième jour, et l'autopsie fit constater du pus dans un grand nombre de séreuses articulaires.

Enfin, dans un intéressant mémoire, Wagner décrit les combinaisons de la fièvre typhoïde et du rhumatisme articulaire aigu, et relate quelques faits très évidents d'arthrites infectieuses.

En présence des arthrites suppurées de la fièvre typhoïde, on peut se demander si elles sont la conséquence d'une pyohémie interne ou de l'empoisonnement typhique spécial. Il est probable qu'il en est des deux espèces; les unes sont consécutives à l'infection purulente, les autres résultent du bacille typhique.

Tous les auteurs récents admettent cette première forme et, au premier rang, il faut citer Lannelongue, qui dit: « Les complications qui constituent le dernier terme de l'infection typhique donnent à la symptomatologie une analogie frappante avec certaines affections virulentes comme la morve. »

Malheureusement, l'examen de la sérosité articulaire n'a pas permis de constater l'existence du microbe d'Eberth; on n'a trouvé que des streptocoques et des bacilles divers, communs dans l'intestin, mais sans relation évidente avec la fièvre typhoïde.

L'arthrite typhoïdique intéresse plus souvent la hanche que les autres grandes articulations. Les symptômes sont ceux de l'arthrite aiguë, plus ceux de l'affection générale. Quelquefois, la suppuration ne se produisant pas, la guérison complète a lieu, mais plus souvent les lésions sont assez complexes pour arriver soit à l'ankylose, soit à la luxation spontanée. Sur les 43 faits qu'il a réunis, Keen a trouvé 31 luxations spontanées dont 27 de la hanche, 5 de l'épaule, 1 du genou. Lannelongue en a rapporté trois nouveaux exemples.

Cette histoire des luxations spontanées dans la fièvre typhoïde est d'ailleurs particulièrement intéressante pour le chirurgien et mérite de nous arrêter un instant.

Un très grand nombre de causes réunies peuvent produire l'écartement des extrémités articulaires; c'est d'abord la faiblesse et l'épuisement du sujet, le relâchement des tissus articulaires. Il suffit dans ces conditions de transporter un typhique d'un lit dans un autre, en fléchissant par la main placée sous le jarret la cuisse sur le bassin, pour produire la luxation préparée par l'arthrite de la hanche. Les altérations que la fièvre typhoïde détermine dans les muscles, ligaments actifs, sont aussi une puissante cause prédisposante (Trélat). Ce sont les luxations myopathiques de Streubel. Toutefois, en admettant la réalité de ces causes, il est plus rationnel d'expliquer les luxations spontanées par la pré-

(1) GUTERBOCK, *Arch. für klin. Chir.*, XV, 1874.

(2) KEEN, *Lectures Smith institution*. Washington, avril 1877.

sence de l'épanchement qui distend la capsule et écarte les surfaces articulaires.

Quelques observations réunies par Forgue et Maubrac dans leur excellent travail méritent d'être citées.

Entre autres faits nous signalerons le cas de Dittel. Cet auteur rapporte qu'un garçon de seize ans avait eu huit mois auparavant une fièvre typhoïde, à la suite de laquelle il avait gardé une position particulière du membre droit; ce dernier était raccourci, la cuisse et la jambe en flexion, en adduction et rotation en dedans. Le cotyle était vide, on sentait la tête fémorale au voisinage de la grande échancrure sciatique. La plus grande partie des muscles articulaires étaient contracturés.

Dans le même ouvrage, Forgue et Maubrac (1) nous font connaître une observation de Verneuil qui a trait à une fillette de dix ans, atteinte en 1875 de fièvre typhoïde; dans sa convalescence elle eut du rhumatisme au pied et à la hanche gauche. Du onzième au douzième jour après le début de cette complication, les douleurs, jusque-là très vives, se calmèrent instantanément; on reconnut que la tête du fémur gauche avait abandonné le cotyle et s'était luxée dans la fosse iliaque externe.

La gravité de ces lésions se passe de commentaires; on se trouve en face d'altérations définitives de l'appareil ligamenteux et des surfaces articulaires, os et cartilages. L'extrémité fémorale à la hanche est souvent le siège des lésions originelles (Lannelongue), c'est quelquefois une ostéite qui chasse peu à peu la tête fémorale dans la fosse iliaque.

La réduction est bien difficile, sinon impossible; il n'y a guère qu'un fait de Capelle dans lequel elle ait été maintenue. Lannelongue a aussi rapporté un exemple de réduction, mais la moindre pression sur le grand trochanter reproduisait la luxation.

Il n'y a guère qu'une intervention chirurgicale, l'arthrodèse, qui puisse remédier à ces désordres, mais jusqu'ici on compte peu de tentatives faites dans ce sens.

7° ARTHRITES CONSÉCUTIVES A LA DIPHTÉRIE. — Les complications articulaires de la diphtérie sont rares. Signalées pour la première fois par Follin en 1874, elles furent étudiées depuis par Bœcke en 1877 et Müller en 1878.

En 1884, Max Schuller, au Congrès de l'Association allemande de Berlin, range la diphtérie au nombre des affections pouvant occasionner des lésions articulaires. En 1885, il fait une nouvelle communication sur 5 cas d'épanchement séreux articulaire qu'il considère comme consécutifs à la diphtérie.

De Lapersonne, dans sa thèse d'agrégation de 1886, classe la diphtérie au même titre que la blennorrhagie, la scarlatine, l'érysipèle, le choléra comme pouvant donner lieu à des complications articulaires.

Bernardbeig (2), dans sa thèse, cite 10 observations de complications articulaires secondaires à la diphtérie.

C'est ordinairement entre le septième et le quinzième jour après le début de l'angine qu'apparaît l'affection articulaire. Les articulations frappées sont toujours les grandes jointures, le plus souvent celles du genou. En général, la gravité de l'affection articulaire est liée à la gravité de la maladie générale.

Les arthropathies de la diphtérie sont toujours douloureuses à des degrés plus ou moins prononcés. Elles sont toujours accompagnées d'impotence fonctionnelle du membre correspondant aux jointures atteintes.

(1) FORGUE ET MAUBRAC, *Pathogénie des luxations pathologiques*, p. 88, 1886.

(2) BERNARDBEIG, *Complications articulaires de la diphtérie*. Thèse de Paris, 1894.

Comme les autres arthropathies des maladies infectieuses, on peut les diviser en arthrites purulentes et en arthropathies non suppurées.

L'arthrite purulente s'accompagne d'une douleur très vive surtout au niveau du cul-de-sac synovial sous-tricipital. Cette douleur est spontanée et réveillée par les mouvements. D'abord, il se produit un léger gonflement sans élévation de température locale ni rougeur de la peau. La fluctuation apparaît au bout de un ou deux jours. L'épanchement est peu considérable. L'arthrite suppurée post-diphthérique s'accompagne de phénomènes typhiques : élévation de température, agitation ou prostration, albuminurie, diarrhée et vomissements.

Les arthrites non suppurées sont en général légères; nous en distinguerons trois formes : arthralgique, séreuse et périarticulaire.

Dans la forme arthralgique nous trouvons deux types différents : la forme arthralgique pure caractérisée seulement par une douleur violente, articulaire, spontanée, réveillée surtout par le mouvement et sans modifications de l'état général; la forme arthralgique avec empâtement. Ici il y a une tuméfaction inflammatoire ou œdémateuse des tissus périarticulaires, quelquefois de la rougeur de la peau et élévation de la température locale.

La forme séreuse, décrite par Bokai, est caractérisée par l'épanchement séreux qui se fait dans l'articulation.

La forme périarticulaire signalée par Lionnet se distingue des autres formes par une douleur vive non spontanée mais légèrement réveillée par les mouvements. Tout se borne ici à un épaississement semi-fongueux périarticulaire.

Ce qui caractérise surtout l'arthrite diphthérique du rhumatisme articulaire aigu, c'est que la douleur reste le plus souvent localisée à la synoviale et surtout que l'arthropathie diphthérique n'atteint que dans quelques cas un grand nombre d'articulations.

Jamais ces arthropathies ne présentent à aucun moment le complexe symptomatique qui caractérise le rhumatisme articulaire.

Les arthrites purulentes de la diphtérie sont bien connues au point de vue pathogénique : elles tiennent à l'infection secondaire et sont produites par le streptocoque.

Les arthrites non suppurées relèvent probablement de la diphtérie elle-même, c'est-à-dire des toxines du microbe de Loeffler.

Traitement des arthrites infectieuses. — Nous avons, à propos de l'arthrite blennorrhagique parlé du traitement de l'arthralgie; la forme hydrarthrosique légère guérira avec l'immobilisation en bonne position, des topiques révulsifs, vésicatoire ou teinture d'iode et la compression. Si la réaction locale devient intense et s'accroît, il faut la juguler par la ponction ou l'arthrotomie. Hager a pratiqué souvent avec succès le lavage articulaire après ponction pour les épanchements infectieux.

D'après Lasalle (Th. de Montpellier, 1894), l'arthrite aiguë comme l'arthrite purulente blennorrhagique est justiciable de l'arthrotomie précoce.

L'hémarthrose infectieuse, qu'on peut observer au cours du scorbut, du purpura et de certaines infections hémorragiques, pourra, dans quelques cas exceptionnels, être justiciable du même traitement.

Les pyarthroses infectieuses ne comportent que deux traitements : la ponction et l'arthrotomie.

Cette deuxième opération peut n'être pas suffisante et il faut quelquefois avoir