

et que la rotule ne ballote pas. De plus une arthrite suppurée à symptômes si aigus ne pourrait être que consécutive à une plaie pénétrante. Le processus est dû ou bien à un phlegmon profond du tissu cellulaire du creux poplité, ou bien à la suppuration des ganglions lymphatiques, qui se trouvent à ce niveau.

#### § 10. — Plaies du genou.

**Plaies par instruments tranchants.** — Les plaies du genou sont d'une grande importance. La forme la plus fréquente des plaies simples de la capsule est ce genre de blessures que se font les domestiques fendant le bois, lorsque leur hachette glissant sur la bûche vient couper la paroi antérieure de l'articulation sur le condyle interne; quelquefois la hachette pénètre profondément dans le cartilage et même dans la partie osseuse du condyle interne. Souvent ces malades ne se méfient de rien, vont et viennent, et finalement n'arrivent à l'hôpital que lorsque le premier frisson les a pris et que leur teinte ictérique annonce la pyohémie dont ils sont victimes. L'articulation est chaude, gonflée, contient quelquefois des gaz, ce qui lui donne à la percussion une sonorité particulière et fait que le liquide sanieux et purulent contient des bulles d'air. Dans quelques cas particulièrement heureux, la plaie ne suppure pas le premier jour malgré ces soins defectueux; si alors le malade se couche et qu'il immobilise sa jambe, on ne voit s'écouler que de la synovie, et la plaie se ferme sans accident.

Le traitement d'une plaie fraîche est bien nettement indiqué: lavage de la plaie à l'acide phénique, suture au catgut, drainage, bonne position du membre. Si la plaie suppure, large incision de l'articulation; immobilisation de la jambe et pansement antiseptique. Il en est de même des autres blessures de la capsule, résultant par exemple d'une chute sur un morceau de verre ou sur des débris de vaisselle; dans ces blessures, il faut avoir soin de vérifier si aucun morceau de verre n'est resté dans la plaie. L'antisepsie permet de fendre à la rigueur toute l'articulation pour bien l'explorer.

**Plaies d'armes à feu.** — Les blessures par armes à feu sont des plus variées dans leur anatomie pathologique. Simon a montré par d'intéressantes expériences sur le cadavre combien la capsule pouvait être traversée facilement sans que les extrémités articulaires ne fussent atteintes. Quand le genou est fléchi, on parvient à introduire d'avant en arrière une barre de fer qui entre près de la rotule, passe dans la trochlée fémorale et ressort dans le creux poplité. Quand on

retire la barre, et que l'on étend la jambe, on voit que la plaie cutanée ne répond pas à la plaie capsulaire, en sorte que la jointure ne communique pas avec l'extérieur. De même on peut traverser l'articulation transversalement en passant une baguette en fer derrière la rotule, et quand après avoir retiré cette baguette, on redresse la jambe, on s'aperçoit comme dans l'expérience précédente que le parallélisme de la plaie cutanée, avec la plaie capsulaire a disparu. Ce même chemin peut être suivi par un projectile, de sorte que la plaie articulaire demeure en quelque sorte sous-cutanée et peut guérir sans trouble de la fonction. Cependant la plupart des coups de feu du genou atteignent des parties osseuses; ou bien la rotule est perforée, ou bien la balle creuse une gouttière dans le condyle. Enfin dans bon nombre de cas, la balle pénètre en dehors de l'articulation, à l'extrémité supérieure du tibia par exemple, et pénètre dans l'articulation après avoir creusé un tunnel plus ou moins long.

Les blessures de ce genre affectent quelquefois une marche particulière. Dans la première semaine, l'article n'est que légèrement gonflé mais sans être très douloureux; puis au bout de quelque temps, il gonfle subitement, la température s'élève, et très souvent s'installe la pyohémie annoncée par un frisson.

**TRAITEMENT.** — Il s'ensuit que les coups de feu du genou étaient un genre de plaie que les chirurgiens militaires considéraient comme une indication d'amputation immédiate de la cuisse. Ce principe fut suivi par Larrey<sup>1</sup> et Guthrie. Stromeyer le recommande chaudement. Pirogoff seul dit qu'à Sébastopol tous les malades atteints de balles dans le genou moururent, qu'ils fussent amputés ou non; il se demande dès lors sans grand espoir si une résection ne serait pas préférable.

Mais les résections ne donnèrent pas de résultats plus satisfaisants; d'après la statistique de Gurlt, sur 144 réséqués, 110 moururent, 78%. Ce ne fut que dans la guerre de Bohême que Langenbeck fut plus heureux; lorsque les plaies osseuses n'étaient pas très étendues, le traitement conservateur amena des guérisons. D'après les renseignements pris par Heinzel à des sources authentiques, les résultats furent plus heureux encore dans la guerre de 1870. Sur 96 blessures simples de la capsule, ou tout au plus compliquées d'éraflures des condyles, 14.5% seulement moururent; sur 30 cas de coups de feu pénétrants de la rotule, 10% seulement succombèrent. Enfin sur 65 lésions graves des os, la mortalité s'éleva à 47%.

(1) Bien connue est l'amputation que Larrey fit le jour du passage de la Bérézina sous le feu des batteries russes, au général polonais, Tajonksec, âgé de 80 ans; le malade guérit et ne mourut qu'en 1818.

Pour terminer ce chapitre, je citerai ces excellentes paroles de Gurlt : « Si nous nous demandons aujourd'hui quelle attitude nous aurons à prendre dans une nouvelle guerre, nous verrons que nous ne réserverons les amputations et les résections qu'à certaines blessures, mais que dans toutes les autres nous aurons recours à un traitement conservateur essentiellement actif ; nous ouvrirons, avec toutes les précautions antiseptiques, la cavité articulaire assez largement pour que nous puissions surveiller convenablement la plaie et agir à propos. En général on devra peu s'occuper de l'orifice même de la plaie, mais inciser à la face interne ou externe, selon le cas, le long de la rotule, la jambe étant étendue. L'incision, qui devra porter sur une longueur de 10 à 12 centimètres, permettra, le genou étant plié, de bien voir, palper, et laver antiseptiquement la cavité articulaire ; s'il existe des corps étrangers, des projectiles, ou des esquilles osseuses, on pourra agir en conséquence ; puis la cavité sera lavée antiseptiquement, la plaie entourée d'un pansement antiseptique et le membre immobilisé dans une gouttière en fil de fer..... S'il existe des plaies osseuses étendues, la même incision permettra de réséquer les os malades ; mais dans cette résection on se proposera moins d'employer les procédés classiques que de réséquer simplement les os malades, broyés, sans pour cela réséquer toute une extrémité osseuse. Si l'incision permet de voir que la plaie osseuse remonte très haut sur un des os, sur le fémur par exemple, de sorte qu'une résection sous-périostée ne rendrait même par le membre utilisable, on se décidera alors à amputer la cuisse ».

#### § 11. — Tumeurs.

En ce qui concerne les tumeurs de l'articulation, on en observe de colossales qui partent du fémur ; nous en avons déjà parlé.

On doit regarder comme une grande rareté les lipomes pédiculisés partant de la synoviale. Kœnig en extirpa dans deux cas, Volkmann chez un troisième malade. Kœnig vit aussi des agglomérations de tubercules partir de la capsule, et croître dans l'articulation comme des tumeurs.

#### § 12. — Corps étrangers articulaires.

Beaucoup plus fréquentes et intéressantes sont ces tumeurs appelées *souris articulaires* (arthrophytes). On entend par là de petites

tumeurs absolument mobiles, par conséquent libres ou munies d'un long pédicule, qui se promènent dans l'articulation et échappent tout d'un coup, d'où leur nom ; quand ces corps s'enclavent entre deux surfaces articulaires, ils produisent de brusques accidents. Le malade ressent subitement une douleur intolérable, et entend souvent un craquement ; il n'est pas rare qu'il tombe immédiatement à terre ; le membre reste fixé dans la position dans laquelle il était quand le corps étranger a été pincé, et l'accident ne cesse que quand par de légers mouvements on a pu libérer le corps étranger ; souvent il survient après cet épisode un petit épanchement dans le genou. Le plus souvent on sent parfaitement le corps étranger, mais il s'échappe facilement ; les malades savent généralement indiquer sa cachette. Ces corps proviennent d'un processus proliférant de la synoviale ; rarement ce sont des fragments du cartilage diarthrodial.

Un examen plus attentif montre qu'ils sont formés de cartilage, parfois calcifié ou même ossifié par places. Leur grosseur peut être considérable ; Kœnig en a extirpé un de la grosseur d'un œuf de poule. Souvent ils sont multiples, leur surface est alors mamelonnée. Ils ne donnent lieu aux accidents que nous venons de voir que dans des genoux sains par ailleurs ; mais lorsqu'ils existent en grand nombre dans des arthrites déformantes, dans l'hydarthrose, ils ne gênent les malades que pendant la marche par leurs frottements et quelques légères douleurs.

Quelquefois les arthrophytes ont une origine tout à fait exceptionnelle. En dehors des corps étrangers survenant à la suite d'éclatement des os ou des cartilages articulaires, quelques-uns se forment autour d'un corps étranger, d'un grain de plomb ou d'une aiguille. Dans des articulations enflammées, des corps étrangers articulaires se forment aux dépens de dépôts fibrineux (H. Fischer). Ceux-là devraient être relativement fréquents<sup>1</sup>.

#### § 13. — Déviations du genou.

Nous allons maintenant parler d'états pathologiques de natures fort différentes, mais qui ont tous pour caractère commun que la jambe forme avec la cuisse un angle anormal. En nous plaçant à ce point de vue purement clinique, voici quels sont les cas qui rentrent dans ce chapitre.

1. Les cas dans lesquels la jambe ne forme avec la cuisse qu'un an-

(1) Il faut savoir que dans les synovites syphilitiques il peut se former des épaissements qui ressemblent tout à fait aux corps étrangers proprement dits et guérissent par le traitement spécifique. (A. B.)