

de l'exploration des fistules au stylet, mais il est bien rare qu'elle soit nécessaire. Quand il existe une fistule, presque toujours vous pouvez savoir sans stylet si elle est ou non ossifluente, si elle exige ou non votre intervention. Au moment d'opérer, le stylet deviendra un guide utile, mais alors l'exploration se confond avec le premier temps de l'opération, le sujet étant anesthésié. Pourquoi donc pratiquer à l'avance ce cathétérisme qui toujours effraye l'enfant? Pour savoir si l'os est carié ou s'il y a un séquestre? Votre détermination ne sera en rien influencée par cette manœuvre, inutile d'autre part au diagnostic de la nature du mal. Aussi je vous conseille, la plupart du temps, de vous abstenir, à moins que vous ne passiez une épreuve d'examen ou de concours, car il y a des juges capables de vous en vouloir.

Dans certaines circonstances exceptionnelles, tout cela ne vous aura pas conduit au but, et il sera nécessaire de chloroformiser l'enfant, pour recourir à des manœuvres spéciales, ou pour démontrer si, une contracture musculaire ayant cessé, l'articulation est absolument souple et libre, ou si vous y constatez des craquements. Quand je vous parlerai des fractures avec fièvre j'aurai, par exemple, à vous raconter l'histoire d'une fillette que j'ai dû endormir pour constater la crépitation révélatrice d'une fracture que tout concourait à faire méconnaître. Mais il s'agit ici d'exceptions, et dans la pratique usuelle vous devez en faire abstraction.

Si vous vous astreignez à un examen méthodique, bien réglé, pratiqué dans un ordre immuable, en vous reportant toujours au côté sain, vous poserez des diagnostics précoces et complets, vous saurez exactement où siègent les lésions, et où elles en sont. Il vous restera alors à scruter minutieusement les antécédents personnels ou héréditaires de votre malade; à chercher sur les autres parties du corps la trace d'autres lésions similaires, en activité ou cicatrisées; à examiner les viscères; à savoir si l'état général est bon, médiocre ou mauvais. Vous comprendrez l'intérêt considérable de ces questions surtout quand vous étudierez les ostéo-arthrites tuberculeuses; et vous verrez alors que leur solution est indispensable à l'établissement d'un pronostic sage, à l'institution d'une thérapeutique efficace.

## DEUXIÈME LEÇON

### HÉMARTHROSE DU GENOU<sup>1</sup>

- I. — Histoire clinique d'un enfant: chute sur le genou avec possibilité d'une piqûre d'aiguille. Signes habituels d'un épanchement liquide dans le genou; rapidité caractéristique de l'hémarthrose. Absence d'ecchymose. Crépitation sanguine. Absence de points osseux douloureux à la pression.
- II. — La fièvre a été dans ce cas un symptôme capable de faire croire à une arthrite aiguë. Autres observations analogues. Importance de connaître les caractères de cette fièvre aseptique pour éviter une arthrotomie inutile.
- III. — Indications de la ponction ou de l'incision en cas d'hémarthrose. Discussion sur la coagulation du sang dans la synoviale. Chez l'enfant, s'en tenir à une courte immobilisation suivie de massage.

Les épanchements sanguins traumatiques du genou se reconnaissent assez facilement, grâce à quelques symptômes qui leur sont propres et surtout à leur évolution spéciale; le mode de début seul suffirait à les différencier non seulement des autres lésions articulaires, mais encore des épanchements purement séreux et même de l'hydro-hémarthrose.

Il est cependant, chez l'enfant, un symptôme peu connu, que j'ai noté plusieurs fois dans les premiers jours de l'épanchement, et qui pourrait faire hésiter le chirurgien: je veux parler d'un mouvement fébrile, parfois très accusé, et dont un des malades de nos salles vient d'offrir un bel exemple. Je profiterai de ce cas pour vous indiquer les particularités de l'hémarthrose de l'enfant au point de vue de la marche, du diagnostic et du traitement.

1. Conférence rédigée par M. Antonin Gosset, interne des hôpitaux.

## I

Notre petit malade, couché au n° 5 de la salle Denonvilliers, est aujourd'hui guéri; il a présenté les symptômes habituels de l'hémarthrose; l'évolution surtout a été intéressante.

C'est un enfant de cinq ans, amené à l'hôpital Trousseau le 8 octobre 1894. Sa mère racontait l'histoire suivante : deux jours auparavant, il avait fait une chute (sans qu'on puisse déterminer exactement si le genou a subi un choc direct ou une entorse), et en même temps il s'était enfoncé à la partie interne du genou gauche une aiguille que la mère a retirée tout de suite, sans bris de pointe. Vous n'ignorez pas combien sont fréquentes les piqûres d'aiguille chez les jeunes enfants, et tous les jours nous en observons des exemples; j'ai vu chez des enfants des arthrites suppurées consécutives à des piqûres insignifiantes, la plaie passant même inaperçue. C'est un point que nous aurons à discuter à propos du diagnostic.

Aussitôt après l'accident, le genou a présenté un gonflement très marqué : l'impotence du membre inférieur gauche fut absolue, et, deux jours après, le 8 octobre, la mère amena son enfant à l'hôpital. Avant de vous indiquer les résultats fournis par l'examen de l'articulation, laissez-moi revenir sur un des renseignements donnés par la mère : la rapidité du gonflement. Ce gonflement est survenu en peu de temps, immédiatement après l'accident : en deux ou trois heures, c'est la mère elle-même qui nous le dit, il avait atteint son maximum. Segond<sup>1</sup>, dans l'une de ses observations, a vu l'épanchement acquérir son maximum de développement en vingt ou vingt-cinq minutes. Rapidité de production de l'épanchement, tel est en effet le signe capital de l'hémarthrose.

A l'examen local, on constatait sans peine que le genou gauche était distendu par un épanchement abondant, si abondant même

1. SEGOND. — « Recherches cliniques et expérimentales sur les épanchements sanguins du genou par entorse ». *Progrès médical*, Paris, 1879, p. 379.

que la recherche du choc rotulien a été infructueuse. Du reste, l'existence de l'épanchement se révélait à la simple inspection, par l'attitude du membre et la déformation de la jointure.

La jambe était en demi-flexion sur la cuisse, position qui répond, ainsi que l'ont montré les expériences de Bonnet<sup>1</sup>, au maximum de relâchement de tous les ligaments, avec le maximum de capacité de la cavité synoviale. « Lorsqu'on fait, dit Bonnet, une injection forcée dans le genou, les os qui forment cette articulation se placent en position demi-fléchie. Quels que soient les rapports dans lesquels ils se trouvaient avant l'injection, ils sont ramenés par un mouvement extrêmement distinct à la position où ils font entre eux un angle un peu plus ouvert que l'angle droit. Cette position ne peut être changée tant qu'une partie du liquide ne s'échappe point de l'articulation... La demi-flexion du genou produite par l'injection forcée est la position où la cavité articulaire a le plus de capacité. »

La déformation de l'article était très nette : le genou était globuleux, arrondi; une voussure demi-elliptique très accusée, à convexité supérieure, dessinait la forme du cul-de-sac sous-tricipital, et de chaque côté du tendon rotulien, au-dessous de l'interligne, on voyait se soulever une petite bosselure. Ficatier<sup>2</sup> rapporte deux observations où l'épanchement était limité à la bourse séreuse sous-tricipitale. Chez l'enfant, où l'indépendance de ce cul-de-sac est, ainsi que l'ont montré les recherches de Schwartz<sup>3</sup>, plus fréquente que chez l'adulte (19 fois pour 100 chez l'adulte et 30 fois pour 100 chez les enfants), les faits de ce genre devraient se rencontrer plus souvent; cependant je n'ai pas encore eu l'occasion d'en observer. C'est peut-être parce que la mince cloison qui sépare le cul-de-sac de la cavité articulaire se trouve le plus souvent rompue par le fait de l'abondance de l'épanchement.

La peau ne présentait rien de spécial, elle avait conservé sa

1. BONNET. — « Traité des maladies des articulations ». Paris, 1845, t. II, p. 152.

2. FICATIER. — « Contribution à l'étude des traumatismes du genou ». *Thèse de doctorat*, Paris, 1878, N° 268.

3. SCHWARTZ. — « Contribution à l'étude de la synoviale du genou et de son cul-de-sac sous-tricipital ». *Arch. gén. de méd.*, Paris, 1880, t. II, p. 27.

coloration normale; en appliquant la main comparativement sur les deux jointures, on ne constatait aucune différence de température. Il semble qu'il n'en soit pas toujours ainsi; d'après Terrillon, on pourrait, dans certains cas, percevoir une élévation de la température locale variant de quelques dixièmes de degré à 3 et 4 degrés. Cette constatation eût été difficile chez notre malade, puisqu'il y avait un mouvement fébrile très marqué.

On n'observait pas non plus d'ecchymose, il n'y en avait pas trace appréciable à la vue. Quoi qu'on en ait dit, c'est la règle dans les lésions de ce genre : il est exceptionnel que l'hémarthrose du genou s'accompagne d'ecchymose superficielle, et surtout cela est tout à fait rare lorsque l'épanchement sanguin est provoqué par une entorse. Il y a là une opposition intéressante à établir avec ce qui se passe au coude, au cou-de-pied, où l'entorse s'accompagne de gonflement péri-articulaire avec œdème et infiltration, d'ecchymose : l'épanchement intra-articulaire est alors relégué au second plan, tandis qu'au genou il constitue pour ainsi dire toute la maladie, et donne à la lésion articulaire une physionomie tout à fait à part. Dans les cas rares où existe une ecchymose, c'est qu'il y a eu choc produisant à la fois un épanchement intra-articulaire et un épanchement sous-cutané. Cette ecchymose apparaît alors au bout de quelques jours, mais cela ne prouve pas qu'elle soit due à la transsudation du sang à travers la séreuse. Amodru<sup>1</sup>, pourtant, nie le passage du sang à travers les séreuses articulaires en général, mais l'admet pour la bourse séreuse sous-tricipitale, revêtue non plus d'un épithélium stratifié mais d'un endothélium simple. Le fait avait déjà été discuté à la Société de chirurgie le 15 mai 1878, à propos du rapport de M. Lannelongue sur un travail de M. Paul Berger, intitulé : « De l'épanchement articulaire du genou consécutif aux fractures du fémur. » On tend à admettre aujourd'hui que les séreuses intactes ne laissent point transsuder les épanchements sanguins.

La palpation a montré que cette tuméfaction était rénitente, et, en l'exerçant avec soin aux limites du cul-de-sac sous-trici-

1. AMODRU. — « De la transsudation des liquides à travers les membranes séreuses ». *Thèse de doctorat*, Paris, 1879, n° 34.

pital, en passant l'index, avec une pression légère, sur la région interne, là où le liquide était accumulé en couche plus mince, j'ai pu, en plusieurs points, percevoir la crépitation caractéristique de l'écrasement d'un caillot sanguin. Cette crépitation, signalée par J. Cloquet, n'a jamais été retrouvée par Segond ni par Terrillon. Delbet<sup>1</sup> non plus ne l'a jamais constatée. « Il est probable, dit-il, que, dans la plupart des cas où on a senti une crépitation sanguine en explorant un genou atteint d'hémarthrose, on a eu affaire à une crépitation toute superficielle, produite par le sang coagulé dans le tissu cellulaire sous-cutané — qu'il y ait eu simple contusion avec épanchement sanguin superficiel, ou qu'il y ait eu secondairement pénétration de sang dans le tissu cellulaire après rupture de la synoviale articulaire. » Mais l'ecchymose est très rare dans l'hémarthrose du genou; il n'y a donc pas d'épanchement sanguin dans le tissu cellulaire sous-cutané; en outre, ce n'est pas seulement une fois que j'ai pu constater la crépitation neigeuse dans l'hémarthrose du genou sans ecchymose. Quelques jours plus tard, je l'ai constatée à nouveau chez le malade qui fait le sujet de cette observation. Dans deux autres de mes observations d'hémarthrose chez l'enfant, je la trouve encore notée.

Cette constatation de la crépitation neigeuse démontre que l'épanchement intra-articulaire est constitué par du sang. Elle est intéressante, — et vous verrez dans un instant pourquoi, — mais elle ne sert pas à grand'chose pour établir le diagnostic, fort heureusement d'ailleurs, car il faut bien avouer que les cas où vous pourrez la produire sont relativement rares.

Les renseignements fournis nous ont éclairés sur la rapidité de formation de l'épanchement, l'examen nous a révélé l'abondance du liquide; rapidité de formation et abondance du liquide, ce sont là les deux symptômes caractéristiques de l'épanchement sanguin intra-articulaire.

Le diagnostic étant ainsi posé, nous avons pour le compléter cherché l'existence de points douloureux au niveau des insertions

1. PIERRE DELBET. — « De l'hémarthrose et de son traitement par la ponction ». *Bull. méd.*, 1894, 28 février, p. 193.

ligamenteuses et des extrémités osseuses. Thévenot<sup>1</sup> a décrit dans l'entorse du genou des points douloureux au niveau des attaches ligamenteuses. Il a insisté sur l'existence de deux points douloureux situés de chaque côté de la jointure, au niveau même de l'interligne articulaire, et sur la fréquence extrême d'un point douloureux maximum au niveau de l'insertion inférieure du ligament latéral interne. Segond a fait, avec plus de précision, des constatations analogues. Pour rechercher ces points douloureux, vous m'avez vu exercer sur les insertions ligamenteuses, sur les contours osseux, des pressions localisées et méthodiques, en surveillant bien le facies de l'enfant, pour surprendre la moindre manifestation de douleur. Je n'ai absolument rien trouvé, mais retenez qu'il s'agissait d'une piqûre d'aiguille et non d'une entorse.

## II

Ce cas semblait par conséquent se présenter avec tous les signes classiques, et sa détermination eût été facile sans un symptôme anormal que je vous ai annoncé dès le début : la fièvre. Si vous

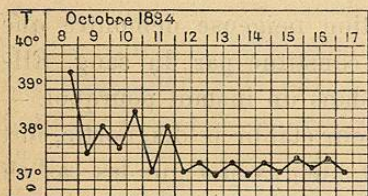


FIG. 1. — Garçon de 5 ans, au 2<sup>e</sup> jour d'une hémarthrose par piqûre d'aiguille.

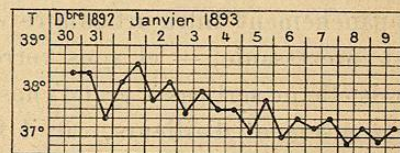


FIG. 2. — Garçon de 14 ans, au lendemain d'une hémarthrose par chute sur le genou.

examinez la courbe thermique, vous voyez que, dans les quatre premiers jours, la température s'est toujours maintenue au-dessus de la normale. A son entrée à l'hôpital, le malade avait 39°4; le lendemain matin, la température tombe à 37°4, mais pour remonter

<sup>1</sup> THÉVENOT. — « De la ponction dans les épanchements traumatiques articulaires ». *Thèse de doctorat*, Paris, 1866, n° 194.

le soir à 38°2; le jour suivant, 10 octobre, elle est à 38°5, le 11 à 38°2. Le 12 dans la matinée, le thermomètre descend à 37°2, et la température oscille les jours suivants entre 37°2 et 37°4. L'hyperthermie a par conséquent duré quatre jours, et le premier jour surtout elle a été très marquée, puisqu'elle atteignait 39°4 (tracé 1). Au point de vue de la conduite à tenir, ce cas aurait pu me faire hésiter, si je ne m'étais déjà trouvé en présence de plusieurs cas semblables.

La première fois, c'était chez un garçon de quatorze ans qui fut admis d'urgence à la salle Deponvilliers, le 30 décembre 1892, après une chute dans laquelle il affirmait que le genou avait porté directement sur le sol, sans aucune distorsion articulaire. Le lendemain matin, j'e trouvai le genou distendu par un épanchement abondant; il n'y avait pas de choc rotulien, mais le cul-de-sac sous-tricipital fluctuait. La veille au soir, la température avait été de 38°4, et lors de mon examen elle était restée à ce chiffre; je me demandai donc s'il y avait bien une entorse du genou avec hémarthrose, ou si je ne me trouvais pas en présence d'une arthrite aiguë, suppurée peut-être, et symptomatique d'une ostéomyélite relativement bénigne. En me fondant sur les caractères de la douleur et du gonflement, sur l'état général, je conclus, malgré la fièvre, à l'existence d'une simple hémarthrose, et je soumis la jointure à la compression ouatée, tout en me tenant prêt à pratiquer l'arthrotomie si j'en voyais poindre l'indication. Le soir, la température tombait à 37°4, mais pour remonter le lendemain à 38°2 et 38°6; pendant les deux jours suivants elle oscilla de 37°6 à 38°2, puis elle baissa peu à peu, et enfin, à partir du 8 janvier, ne dépassa plus 37°2 (tracé 2).

Je possède un certain nombre d'observations où l'évolution a été à peu près semblable. A l'examen, on constate tous les signes d'une hémarthrose, mais la température, souvent élevée, fait hésiter le diagnostic. Tantôt le mouvement fébrile est très léger, les premiers jours on note un peu de fièvre, 37°6, 37°8, et bientôt la température revient à la normale. Dans des cas plus accusés, la température dépasse 38°; le soir de l'entrée, le malade a 38°2, 38°4; le lendemain, la température se maintient à peu près

au même niveau, puis descend à 37° le troisième ou quatrième jour. Enfin, dans un troisième degré, l'hyperthermie est beaucoup plus marquée, la fièvre dépasse 39°; c'est le cas de notre petit

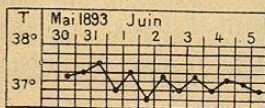


FIG. 3. — Garçon de 10 ans, au 1<sup>er</sup> jour d'une hémarthrose du genou à peu près apyrétique.

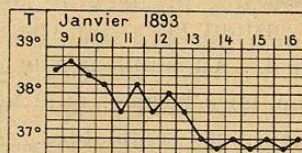


FIG. 4. — Garçon de 5 ans, au 9<sup>e</sup> jour d'une hémarthrose par chute sur le genou.

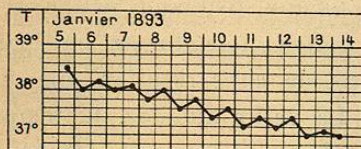


FIG. 5. — Garçon de 13 ans, au 1<sup>er</sup> jour d'une contusion du cou-de-pied.

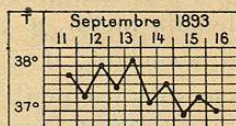


FIG. 6. — Garçon de 3 ans, au 1<sup>er</sup> jour d'une contusion de l'épaule.

malade. Cette hyperthermie, inconstante d'ailleurs, n'est point spéciale à la contusion du genou; je l'ai notée dans la contusion du cou-de-pied, de l'épaule (tracés 3 à 6).

Lorsqu'elle existe, on peut au premier abord être hésitant dans un sens ou dans l'autre, entre une ostéomyélite aiguë et une lésion traumatique, contusion ostéo-articulaire, entorse ou fracture. C'est en pratiquant un examen méthodique, en analysant avec soin les signes fournis par la lésion locale, et surtout en tenant compte de l'état général, que l'on arrive à éviter l'erreur.

Dans l'hémarthrose, la région tout entière est douloureuse à la pression, avec quelques points spécialement sensibles, où l'os est arraché; dans l'ostéomyélite, la douleur siège surtout au niveau de la ligne diaphyso-épiphysaire. Dans l'hémarthrose, l'épanchement est tellement abondant que le choc rotulien existe rarement; il n'y a pas cet empâtement spécial avec allure phlegmoneuse, et cet œdème des plans superficiels si important pour le diagnostic des suppurations. L'état général est bon, le facies ne rappelle en

rien celui des états infectieux. Enfin, il y aurait encore les commémoratifs pour mettre sur la voie du diagnostic, l'hémarthrose survenant rapidement et à la suite d'un choc. Dans certains cas, cependant, l'ostéomyélite elle aussi se déclare à la suite d'une chute. Je sais bien que les malades ont l'habitude de toujours faire remonter à un coup l'origine de leur affection, et qu'il ne faut pas trop tenir compte de leur renseignement. Mais je possède plusieurs observations d'ostéomyélite dans lesquelles l'affection a nettement débuté à la suite d'une violence, le traumatisme servant alors à la fois à faire éclater la lésion et à la localiser.

Dans le cas spécial de notre petit malade, il est un commémoratif qui aurait plutôt servi à égarer le diagnostic: je veux parler de la piqûre d'aiguille, qui aurait pu faire songer à une arthrite purulente. L'absence d'œdème et de modification de la peau, la conservation d'un assez bon état général, m'ont fait repousser cette idée.

Le diagnostic d'épanchement intra-articulaire établi, il faut aller plus loin, et déterminer si l'on se trouve en présence d'une hémarthrose pure, ou bien d'un épanchement sanguin, ou encore d'un épanchement hydro-hématique. C'est alors à l'abondance de l'épanchement et surtout à la rapidité plus ou moins grande de sa production qu'il faut demander les éléments du diagnostic.

L'épanchement est-il survenu brusquement, dans les premières heures qui ont suivi l'accident? on se trouve en présence d'une hémarthrose. S'il a mis plusieurs jours à se développer, on peut le considérer comme hydro-hématique. Enfin, s'il ne se montre que tardivement, alors qu'il s'est développé déjà un certain degré d'arthrite traumatique, le plus probable est qu'on se trouve en présence d'un liquide purement séreux.

Pour que le diagnostic d'hémarthrose soit complet, il faut encore préciser les lésions qui ont produit l'épanchement, et surtout déterminer l'état des ligaments en recherchant l'existence des mouvements anormaux, l'état des os par les points douloureux à la pression localisée. Ces recherches sont le plus souvent moins nettes chez l'enfant que chez l'adulte.

J'ai insisté un peu sur les phénomènes fébriles de l'hémarthrose

— comparables à ceux que l'on observe quelquefois au début des fractures et pendant la résorption de certains épanchements sanguins aseptiques — parce qu'à ma connaissance on ne les a pas jusqu'à présent assez mis en relief dans la description clinique des contusions articulaires. Car, si je vous parle aujourd'hui du genou, je vous répète que j'ai observé des hyperthermies semblables par des contusions du cou-de-pied, de l'épaule, du coude. Vous concevez sans peine que leur connaissance ne soit pas indifférente puisque, en présence d'une contusion articulaire avec fièvre, vous pourriez être tentés de diagnostiquer une arthrite nécessitant une arthrotomie.

### III

Le malheur ne serait pas bien grand, me direz-vous, si l'intervention était aseptique, car après évacuation du sang on obtiendrait facilement la réunion immédiate, et la guérison n'en serait nullement compromise<sup>1</sup> : peut-être même en serait-elle hâtée.

L'incision franche, suivie de suture totale, a en effet été conseillée comme traitement de choix de l'hémarthrose chez l'adulte ; pour ma part, je ne l'ai jamais pratiquée chez l'adulte, et chez l'enfant je ne crois pas, en principe, qu'il faille y songer. Chez lui, d'après les faits assez nombreux que j'ai observés, je m'en tiens à la simple compression ouatée, et n'ai pas à m'en plaindre. La guérison a toujours été rapide et complète chez tous les enfants que j'ai eus à soigner ; elle a été obtenue en trois semaines à un mois et sans raideur articulaire consécutive. L'atrophie musculaire m'a paru dans tous ces cas disparaître beaucoup plus rapidement et surtout beaucoup plus complètement que chez l'adulte après quelques jours de massage : résorption rapide et guérison complète, voilà ce qu'on observe chez l'enfant.

Aussi, j'insiste sur ce point : chez l'enfant je vous conseille de traiter les hémarthroses tout simplement par la compression et

1. Voyez, dans la leçon suivante, les cas où, le diagnostic entre l'hémarthrose et l'arthrite étant douteux, l'arthrotomie peut se trouver indiquée et donne de bons résultats.

l'immobilisation, et non point de recourir à la ponction évacuatrice.

Que la ponction du genou, lorsqu'elle est aseptique, soit d'une innocuité parfaite, il n'est plus permis aujourd'hui d'en douter, et Delbet a mille fois raison lorsqu'il demande qu'on renonce enfin à objecter les désastres qu'elle a pu causer autrefois : le cas de Dubrueil méritait en 1872 d'être pris en considération ; aujourd'hui on ne doit plus en tenir compte.

Que, par surcroît, la ponction du genou puisse être fort avantageuse pour un malade atteint d'hémarthrose, la chose est, elle aussi, certaine. Lorsque, par exemple, les souffrances dues à la distension articulaire sont vives, elles cessent comme par enchantement après l'évacuation de la jointure.

Mais ce qui serait surtout intéressant, ce serait d'étudier ce que devient, après ce traitement, le muscle triceps fémoral. Après les entorses du genou avec hémarthrose, il est de notion courante que le muscle triceps fémoral est presque toujours frappé d'une atrophie remarquablement intense et rapide. C'est là un des cas les plus nets de ces amyotrophies d'origine articulaire que l'on tend de plus en plus à attribuer à un réflexe médullaire ayant son point de départ dans la jointure malade, et il faut être bien averti que cette complication peut être, pour l'avenir, l'origine d'une infirmité réelle. Ainsi, j'ai été consulté en mars 1893 par un homme d'une quarantaine d'années qui s'était fait, en septembre 1892, c'est-à-dire six mois auparavant, en tombant de cheval, une contusion intense du membre inférieur droit avec hémarthrose du genou, et qui était encore rendu impotent par une raideur articulaire du genou avec craquements dans la jointure, et par une atrophie considérable du triceps.

Ce malade aurait-il obtenu un meilleur résultat fonctionnel si on avait primitivement ponctionné la jointure ? La chose est possible, mais je dois ajouter que, parmi les arguments développés par les partisans de la ponction immédiate, on insiste surtout sur la non-coagulation du sang épanché dans la jointure : or, le fait, malgré qu'on en ait dit, me paraît douteux.

Pour prouver la non-coagulation du sang, on s'est appuyé sur des

faits de deux ordres, les uns cliniques, les autres expérimentaux.

Depuis les expériences de Trousseau et Leblanc jusqu'à nos jours, en passant par Penzold, Riedel, etc., on trouve pas mal de contradictions. Les uns ont conclu à la non-coagulation du sang; d'autres, comme A. Poncet (de Lyon), sont arrivés à un résultat absolument opposé. Les expériences de Poncet sont intéressantes. Il a fait chez des lapins des injections de sang dans l'articulation du genou. En faisant varier la quantité de sang injecté, en sacrifiant les animaux tantôt quelques heures, tantôt plusieurs jours après l'expérience, il est arrivé à des résultats identiques. Le sang se coagule, et les caillots, toujours très petits, ont des lieux d'élection en rapport avec la disposition même de la séreuse articulaire. Celle-ci forme, en certains points, de véritables poches où le sang va naturellement se collecter, et les caillots se rencontrent toujours dans le fond du cul-de-sac sus-rotulien ou plus souvent encore dans les culs-de-sac rétro-condyliens.

Comme preuves cliniques de la coagulation, je vous rappellerai la constatation possible de la crépitation sanguine que j'ai, pour ma part, observée plusieurs fois chez l'enfant, et aussi ce fait que, dans les fractures de la rotule, on peut trouver des caillots non seulement au voisinage des fragments, mais aussi, quoi qu'on en ait dit, dans l'intérieur de l'articulation. Dans trois cas de suture de la rotule, où j'ai des notes complètes, rédigées sans idée préconçue, immédiatement après l'opération, je trouve chaque fois indiquée la présence de caillots remplissant la cavité, et qu'on a été obligé d'évacuer.

Pour faire admettre, dans l'hémarthrose de l'adulte, la ponction comme traitement de choix, il faudrait pouvoir prouver, et cela d'une façon irréfutable, que le sang reste liquide dans l'intérieur de la cavité synoviale, et que la guérison obtenue est complète, avec peu ou pas de persistance d'atrophie du triceps fémoral. Mais si nous envisageons seulement la pathologie infantile, la question devient beaucoup plus simple, puisque les avantages mis en avant par les partisans de la ponction, c'est-à-dire la rapidité de la résorption et l'intégrité des mouvements, s'obtiennent chez l'enfant par la simple immobilisation avec compression ouatée.

### TROISIÈME LEÇON

#### ARTHRITES AIGUES TRAUMATIQUES DU GENOU

- I. — Arthrite bénigne à staphylocoques consécutive à une piqûre d'aiguille dans le genou. Hésitation du diagnostic avec l'hémarthrose, puis avec la tumeur blanche à début fébrile. Résolution lente.
- II. — Une hémohyarthrose stérile, mais fébrile, peut être la conséquence d'une piqûre du genou par aiguille; ou bien, inversement, le trauma peut n'être pas relaté dans les commémoratifs. Difficultés de diagnostic dans ces cas, et lorsqu'une arthrite à staphylocoques est consécutive à une contusion sans plaie, ou inversement lorsqu'une arthrite aseptique est due à une contusion avec plaie non pénétrante. Indication de l'arthrotomie dans les cas douteux.
- III. — La résection et même la synovectomie immédiates ne paraissent pas le traitement de choix pour les arthrites suppurées du genou chez l'adulte, qu'elles soient ou non traumatiques. Chez l'enfant, moins encore. Il faut recourir à l'arthrotomie par deux incisions latérales, longues et très postérieures.

#### I

— Vous avez pu voir pendant plusieurs mois, dans notre salle Valleix, où elle est restée du 14 février au 19 juin de cette année, une fillette dont j'ai fait prendre des nouvelles il y a quelques jours, avant de vous dire exactement de quoi a souffert son genou.

Au premier abord, le jour de l'entrée, le diagnostic paraissait sans doute fort simple. L'enfant était tout à fait bien portante, lorsqu'elle aurait été, vers midi, piquée au genou droit par une aiguille. Le soir même le genou était enflé, et depuis, la douleur et la fièvre s'étaient installées. Si bien qu'au bout de deux ou trois jours on se décida à amener l'enfant à l'hôpital.