

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.

Lorsque je la vis à la consultation, le genou était globuleux, distendu, demi-fléchi. A l'inspection, aucun changement de coloration de la peau; à la palpation, fluctuation évidente du cul-de-sac tricépal. Le moindre mouvement, la pression arrachaient des cris à l'enfant. Il y avait manifestement une arthrite aiguë du genou, et on devait attribuer la lésion à une infection de la synoviale par la piqûre d'aiguille, d'autant plus que la pression localisée était surtout douloureuse en un point sur la partie antérieure de la tubérosité tibiale externe, et que là on voyait à la peau un point brunâtre, marquant, disait l'enfant, la trace de la piqûre.

L'état général était bon, la langue humide et rose. D'autre part, il y avait intérêt à examiner aux rayons X, pour savoir si la pointe de l'aiguille brisée ne devait pas être extraite. Je remis donc l'intervention au lendemain.

Or, le lendemain, sous l'influence de la compression, le genou étant immobilisé dans la rectitude, les souffrances spontanées s'étaient nettement amendées. En outre, l'exploration aux rayons X avait été négative. Certes, l'épanchement persistait, les mouvements et la pression restaient douloureux, la température était montée la veille à 39°. Mais comme il n'y avait aucun signe inquiétant, local ou général, je me demandai s'il ne s'agissait

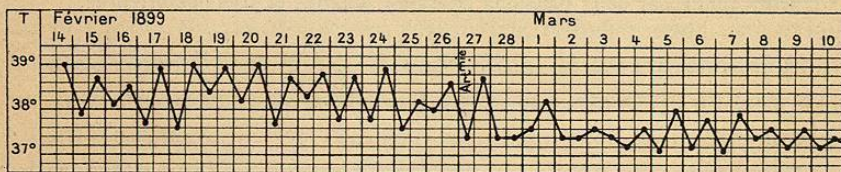


FIG. 7. — Fille de 6 ans. Arthrite suppurée bénigne du genou, à staphylocoques par piqûre d'aiguille. Arthrotomie. Résolution trainante.

point d'une contusion avec hémarthrose fébrile, comme cela est fréquent chez l'enfant, et je mis la malade en observation.

Pendant les jours suivants, le liquide augmenta un peu, les mouvements étant toujours très douloureux. La température vespérale oscilla entre 38°5 et 39°, celle du matin étant entre 37°5 et 38°5. Puis la langue commença à devenir blanche; l'état général

me parut fléchir. Et le 27 février je pratiquai l'arthrotomie, par deux incisions latérales entre lesquelles je mis dans le cul-de-sac tricépal un drain transversal. Je donnai ainsi issue à un liquide séro-purulent, dans lequel M. Tollemer, chef de laboratoire à l'hôpital Trousseau, trouva le staphylocoque. Il était donc évident que, par une piqûre insignifiante, dont on voyait à peine la trace cicatrisée, il y avait eu infection peu grave de la synoviale.

Pendant quatre jours, la température dépassa encore 38° le soir; pendant sept jours, elle oscilla entre 37° et 37°5, puis elle tomba définitivement. D'autre part, très vite la suppuration était devenue à peu près nulle; bientôt le drain avait été coupé en son milieu, puis raccourci, puis retiré, et dans les premiers jours d'avril la cicatrisation était obtenue (tracé 7).

A part l'hésitation initiale du diagnostic entre l'hémarthrose et l'épanchement séro-purulent, l'histoire de cette enfant n'offre rien de particulier. Mais l'évolution après cicatrisation amena encore quelques doutes dans mon esprit sur la nature exacte du mal.

En effet, déjà à plusieurs reprises j'ai drainé chez l'enfant des arthrites suppurées du genou, et j'ai vu, une fois les plaies fermées, le membre reprendre avec rapidité ses fonctions. Or, chez la malade actuelle, la jambe resta raide, le genou un peu empâté et légèrement fléchi, sans trace de liquide d'ailleurs. Au bout de quinze jours environ, je tentai donc de rendre au genou sa souplesse à l'aide du massage, si efficace en général contre les raideurs de ce genre, et je fus surpris de constater que cela réveilla la douleur, que la flexion du genou augmenta, que la malade boita de plus en plus.

Je me demandai alors si je n'avais pas été en présence d'une tumeur blanche à début brusque et fébrile, avec épanchement douloureux et abondant. Déjà une fois, dans une circonstance analogue, j'avais pratiqué d'urgence l'arthrotomie, et l'évolution fut ensuite celle d'une arthrite fongueuse; il est vrai que l'examen bactériologique avait alors démontré la stérilité du liquide évacué. De même, dans un cas que j'ai observé en ville, avec mon ami Méry, et où une ponction exploratrice nous donna un liquide louche, mais stérile.

Ma crainte allait donc mal avec le staphylocoque trouvé par Tollemer; mais n'y avait-il pas eu, soit à la salle d'opérations, soit au laboratoire, un défaut d'antisepsie?

Ce problème clinique me parut insoluble immédiatement, mais il n'y avait heureusement aucun doute sur la thérapeutique à instituer: il fallait redresser le genou et l'immobiliser dans la rectitude. Comme il y avait flexion simple et récente, sans trace de subluxation du tibia en arrière, j'eus recours au redressement lent, par l'extension continue; en quelques jours, la jambe fut droite. Je prolongeai l'extension pendant un mois environ, au bout duquel l'état me parut assez satisfaisant pour que je pusse appliquer à la fin de mai un appareil plâtré laissant le pied libre et permettant la marche.

C'est avec cet appareil que, le 19 juin 1900, l'enfant fut envoyée à la campagne en convalescence. Elle ne souffrait aucunement du genou; nulle part même la pression ne provoquait de douleur, soit sur les os, soit sur la synoviale. Mais il y avait encore un peu d'épaississement des parties molles rendant le genou globuleux, et, dès lors, quoique cette amélioration rapide fût contraire à l'hypothèse de tumeur blanche, je réservai encore mon diagnostic, et, par conséquent, mon pronostic.

Le 29 août, je retirai l'appareil: le genou était raide, mais sec et droit. Restait à savoir s'il n'y avait eu aucune rechute et si la raideur avait ou non persisté.

Voilà pourquoi, avant de me prononcer, j'ai attendu quelques mois, et j'ai envoyé un de mes élèves examiner l'enfant, le 9 décembre; à cette date, les mouvements étaient normaux, l'indolence était parfaite; il semblait seulement persister une légère hyperostose du condyle interne du fémur.

II

Dans l'histoire clinique que je viens de relater, je ne reviendrai pas sur le soupçon d'arthrite tuberculeuse que j'eus pendant quelques jours. Il me suffit, pour le moment, d'avoir signalé ces

tumeurs blanches à début aigu et fébrile. Mais je crois devoir ajouter quelques mots sur les arthrites traumatiques aiguës non infectieuses mais fébriles, et sur les hésitations possibles du chirurgien quand il se demande s'il faut ou non inciser l'articulation après un coup reçu sur le genou. J'ai montré, en effet, il y a quelques années, et cette leçon a paru dans les colonnes de la *Presse médicale*, que chez l'enfant l'hémarthrose du genou s'accompagnait souvent d'une hyperthermie capable d'induire le clinicien en erreur, et je désire insister aujourd'hui sur ce point de thérapeutique.

Je mets à part, bien entendu, les arthrites suppurées consécutives à une large plaie, évidemment pénétrante, et je ne parlerai que des arthrites, infectieuses ou non, consécutives soit à une simple contusion, soit à une piqûre extérieurement insignifiante.

Au premier abord, le commémoratif d'une piqûre, même toute petite, mais probablement pénétrante, est un argument de premier ordre; et l'on se demandera peut-être la raison de mes tergiversations dans un cas où ce commémoratif existait.

La raison, je la trouve dans une observation qu'a publiée l'an dernier mon élève Martiréné, dans sa thèse.

Une fillette de cinq ans et demi fut apportée à l'hôpital Trousseau le 19 décembre 1896, huit jours après s'être, dans une chute, enfoncé une aiguille dans le genou droit. L'aiguille fut retirée entière par la mère, qui remarqua une goutte de sang sur le côté externe du genou. Après quoi, l'enfant continua à marcher sans souffrir, puis elle dormit bien; mais le lendemain matin le genou était rouge et gonflé, la marche était douloureuse. Puis elle devint impossible, la fièvre s'alluma, l'appétit disparut. Et si, lors de l'arrivée à l'hôpital, la tuméfaction semblait avoir tendance à diminuer, la douleur était la même, et empêchait le sommeil, ce qu'elle n'avait pas fait pendant les premiers jours.

La température était à 38°, et localement je trouvai un genou globuleux, douloureux à la pression et au moindre mouvement, demi-fléchi, plus chaud que celui du côté opposé, entouré d'un léger réseau de circulation veineuse exagérée, contenant un épanchement évident avec choc rotulien.

L'état général étant bon, rien ne pressait; mais le surlendemain, comme la piqûre d'aiguille me paraissait bien démontrée,

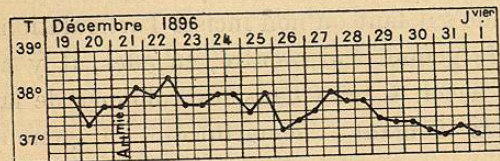


FIG. 8. — Fille de 5 ans 1/2. Hémarthrose aseptique du genou après piqûre d'aiguille.

et comme les symptômes persistaient, je fis l'arthrotomie : il sortit une grande quantité d'un liquide louche et sanguinolent, avec un gros caillot fibrineux moulé dans le cul-de-sac tricépital. Je n'ai aucun regret de mon intervention, quoique je la croie généralement inutile chez l'enfant dans ces conditions : en fait, le 24 janvier, après avoir été massée, la fillette quittait l'hôpital sans raideur articulaire; mais M. Netter avait constaté la stérilité du liquide et du caillot, et je sais aujourd'hui que j'ai incisé une hémarthrose avec réaction inflammatoire locale et générale (tracé 8).

Voilà pour prouver que le commémoratif de la piqûre d'aiguille peut être sujet à caution. Et voici maintenant pour opposer les unes aux autres des arthrites septiques ou aseptiques consécutives à une contusion sans plaie.

Je connais bien, je le répète, les hyperthermies consécutives aux contusions articulaires, et la plupart du temps je ne recour pas inutilement à l'arthrotomie. Ainsi, en janvier dernier, dans un cas douteux, où il y avait à la fois, à la suite d'un coup, une plaie infectée du cuir chevelu et un épanchement douloureux du genou, je fis faire par mon interne une simple ponction, qui évacua un liquide louche, séro-fibrineux, où M. Tollemer ne trouva pas de microbes.

Ce qui rendait le cas assez difficile, le premier jour, c'est qu'il n'y avait aucun commémoratif de trauma : le garçon, âgé de cinq ans, m'avait été envoyé pour une adénite rétro-auriculaire non suppurée qui avait débuté la veille et qu'on avait prise pour une mastoïdite; et c'est en l'examinant que je trouvai à la région pariétale gauche une petite plaie suppurante. Tout ce que les parents racontaient, c'est que huit jours auparavant l'enfant était

rentré de classe boitant, se plaignant du genou, qui avait gonflé deux jours après. La plaie du cuir chevelu étant la marque évidente d'un trauma, c'est à celui-ci que j'attribuai également l'arthrite du genou. En deux jours, des pansements humides eurent raison de la lymphangite mastoïdienne, mais la fièvre persista, à 38°, avec douleurs vives et épanchement du genou; et la preuve que ce liquide était bien la cause de la fièvre, quoiqu'il fût stérile, c'est qu'après ponction la défervescence et l'indolence furent définitives. Quinze jours après, le 7 février, l'enfant quittait l'hôpital complètement guéri, et sans raideur articulaire (tracé 9).

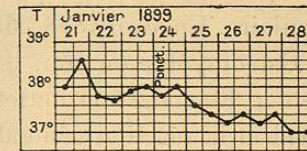


FIG. 9. — Garçon de 5 ans. Arthrite traumatique aseptique du genou.

Chez ce malade, j'ai donc porté le diagnostic exact. Mais je retrouve dans mes notes l'histoire de deux enfants qui, en 1894, entrèrent à peu près ensemble à l'hôpital, et dont les observations peuvent être opposées l'une à l'autre pour montrer la possibilité d'un doute, cas auquel, d'ailleurs, l'incision franche est absolument indiquée.

Le 15 mars 1894, on m'apporta un garçon de douze ans qui, huit jours auparavant, en courant, était tombé sur le rebord d'un trottoir; après un peu de repos sur un banc, il avait pu rentrer chez lui en marchant lentement. Le lendemain, son père le conduisit chez un rebouteux : le soir même il était pris de fièvre, et devait se mettre au lit. Quand je l'examinai, je trouvai tous les signes d'une arthrite aiguë du genou, avec gros épanchement, rougeur vive et température à 39°5.

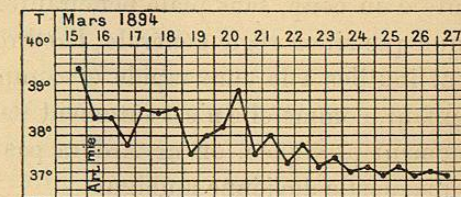


FIG. 10. — Garçon de 12 ans. Arthrite suppurée du genou à staphylocoques, consécutive à une chute sans plaie.

Aussi fis-je l'arthrotomie le lendemain matin, et dans le pus Achard trouva le staphylococcus pyogenes aureus. Y a-t-il donc eu, comme on l'observe plus souvent chez le nourrisson, un petit point d'ostéomyélite avec retentissement articulaire? Le fait est possible,

quoique non démontré. En faveur de cette hypothèse, je note dans l'observation que, du 17 mars au soir jusqu'au 21, la température remonta entre 38° et 38°5, tandis qu'il y avait une douleur vive à la pression, sans empâtement, il est vrai, sur la région di-épiphysaire inférieure du cubitus droit. Cela se termina par résolution, le genou se cicatrisa vite, et le sujet quitta l'hôpital le 7 mai, complètement guéri, après mobilisation brusque de la raideur articulaire. En avril 1898, Martirené l'a revu en bon état (tracé 10).

Ostéomyélite ou non, il y a sûrement eu arthrite infectieuse du genou. Et malgré la netteté du commémoratif traumatique, l'état local et la réaction générale étaient tels que j'opérai tout de suite. Il n'y avait pourtant pas de plaie.

Ce sujet était encore à l'hôpital lorsqu'on m'en amena un autre, âgé de dix ans, qui, le 20 avril, avait fait une chute où le genou fléchi avait porté sur un morceau de fer, d'où une plaie que je constatai le 24 avril, en même temps que tous les signes d'une arthrite aiguë du genou; la température était à 38°. La plaie était-elle ou non pénétrante? Dans le doute, j'incisai, et le liquide louche que j'évacuai fut trouvé stérile par Achard.

Ce qui précède suffit à prouver, je crois, que la fièvre des hémarthroses ou hydro-hémarthroses traumatiques n'est pas toujours facile à distinguer de celle des arthrites septiques; que, d'autre part, une de ces arthrites septiques peut se déclarer à la suite d'un coup, sans plaie pénétrante. D'où cette conclusion pratique que si, en règle générale, l'arthrotomie et même la ponction sont inutiles à la cure rapide et complète de l'hémarthrose chez l'enfant, comme elle n'est sûrement pas nuisible si elle est aseptiquement pratiquée, on ne tardera pas à y recourir pour peu que le diagnostic devienne ambigu.

Jusqu'à présent, je n'ai parlé que d'arthrotomie et non point de résection, ni même de synovectomie. Je crois, en effet, que pour la grande majorité des arthrites suppurées du genou, chez l'enfant tout au moins, la guérison survient après la simple incision.

III

Dans un article inspiré par mon cher ami Poncet (de Lyon), X. Delore¹ vient de soutenir que, pour les arthrites suppurées consécutives aux plaies pénétrantes du genou, la résection précoce est l'opération de choix. L'arthrotomie, affirme-t-il, est d'ordinaire inefficace, car « elle ne remplit pas toutes les conditions d'un drainage articulaire parfait, quelles que soient les lignes d'incision et le siège des contre-ouvertures; l'interligne du genou reste serré, les os et les cartilages sont toujours en contact ». Et, dernièrement, M. Delore observait dans le service de Poncet trois malades qui, malgré l'arthrotomie, succombèrent à une arthrite infectieuse par plaie pénétrante du genou.

A Lyon déjà, Albertin, par la thèse de Tallet (1896), avait conseillé la synovectomie: elle a, d'après Delore, l'avantage d'exiger de larges incisions, mais elle n'assure pas plus que l'arthrotomie le drainage interosseux. Aussi, pour écarter les os, laisser passer les drains non aplatis entre eux, laver à fond et drainer à sec, il faudrait réséquer les extrémités osseuses.

Je ne sais pas si, même chez l'adulte, cette opinion n'est pas excessive: j'ai quelques souvenirs d'arthrotomie heureuse à cet âge pour arthrite suppurée du genou. Mais Delore parle, en outre, des enfants chez lesquels « la résection, pratiquée au couteau ostéotome, sera beaucoup moins étendue et ménagera toujours les cartilages de conjugaison. A cet âge, du reste, la cavité articulaire a des dimensions réduites. Des drains d'un calibre plus mince réalisent alors un drainage efficace; il n'est donc pas nécessaire de pratiquer une grande brèche interosseuse pour les insinuer ».

Je vais plus loin, et je crois que chez l'enfant il est presque toujours inutile de pratiquer une brèche osseuse quelconque. Les ob-

1. X. DELORE. — *Gaz. des hôp.*, Paris, 1899, p. 1189.

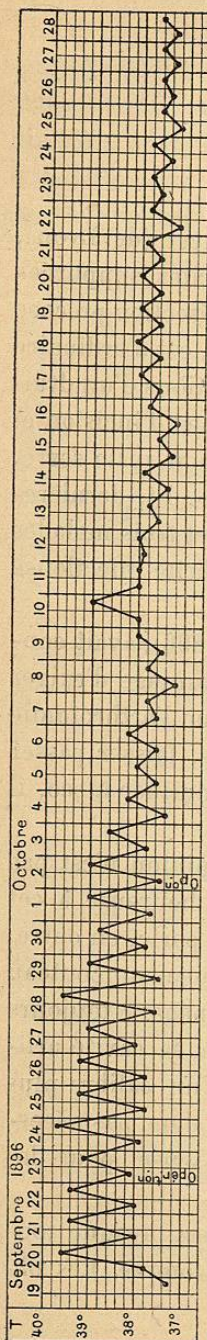


FIG. 41. — Garçon de 6 ans. Arthrite suppurée du genou, consécutive à une fracture compliquée de cuisse. Echec de l'arthrotomie insuffisante. Succès de l'arthrotomie large.

servations qui précèdent prouvent bien qu'au moindre symptôme d'infection articulaire « quelle qu'en soit la bénignité apparente », « la résection *précoce, primitive* » n'est pas « le seul procédé qui puisse conjurer le sacrifice du membre, et trop souvent la mort de l'individu ». Et si jusqu'à présent je n'ai parlé que de cas à infection relativement bénigne, c'est parce que ceux-là seuls devaient m'occuper pour le point de diagnostic que j'avais principalement en vue. Mais croyez-bien que j'ai vu et opéré chez l'enfant des arthrites suppurées graves du genou, arthrites traumatiques ou non. Pour les traumatiques, par exemple, je me souviens d'un enfant qui me fut apporté, en 1897, pour une fracture compliquée déjà infectée de l'extrémité inférieure du fémur avec déchirure du cul-de-sac sous-tricipital. La suppuration envahit l'article, et un de mes internes pratiqua, par une incision trop courte et trop antérieure, une arthrotomie insuffisante. Tout alla de mal en pis, et en présence des accidents de septicémie je songeai à amputer la cuisse ; mais je ne voulus pas m'y résoudre avant d'avoir largement drainé par deux incisions latérales et très postérieures. Bien m'en prit, car cet enfant, à partir de ce jour, a été bien, et a guéri avec son membre (tracé 11). Et je me souviens d'un autre chez lequel une arthrite suppurée fort grave, nettement déclarée lors de l'entrée à l'hôpital, avait eu pour cause une pointe de tisonnier enfoncée dans le genou par une mère quelque peu brutale ; ce n'était pas, cette fois, une insigni-

fiant piqûre d'aiguille, et une arthrite d'infection douteuse ; l'enfant a guéri tout de même, avec une jointure normale.

Ce que je viens de dire s'applique également aux arthrites suppurées non traumatiques, car il est évident qu'au point de vue du drainage l'origine de l'infection n'a rien à voir dans l'affaire. Or, assez souvent — j'y ai fait plus haut une brève allusion — on observe chez l'enfant, en bas âge surtout, et principalement dans le genou, des arthrites suppurées de cause inconnue, probablement liées à un petit point d'ostéomyélite, et s'accompagnant d'un état général grave.

Pour ces cas je ne dirai pas, comme je l'affirme pour les arthrites suppurées traumatiques que j'ai soignées chez l'enfant, qu'aucun de mes malades n'est mort. Mais, après simple arthrotomie, la guérison est la règle ; la mortalité est à coup sûr moindre que pour l'ostéomyélite des enfants en bas âge ; j'ajouterai que, à plusieurs reprises, sur des enfants de tout âge, j'ai observé des arthrites suppurées du genou consécutives à des ostéomyélites évidentes, soit du fémur en bas, soit du tibia en haut. Jamais je n'ai fait la résection, et chez les sujets qui ont succombé j'ai l'impression qu'il faut faire intervenir l'infection osseuse primitive, soit en raison d'une acuité immédiate excessive, soit en raison de foyers multiples ; en somme, le pronostic est alors celui de l'ostéomyélite, et non pas celui de l'arthrite suppurée du genou.

L'importance est grande, de ne pas réséquer le genou de l'enfant. Ici, je le sais, on pourra respecter les cartilages conjugaux : malgré cela on n'éviterait probablement pas toujours ces raccourcissements, ces déviations secondaires qui font que dans la tumeur blanche du genou la résection, même intra-épiphysaire, donne, à longue échéance, un résultat fonctionnel déplorable. Mais supposez que cette crainte soit chimérique : restera l'inévitable ankylose. Or, si je mets à part les ostéomyélites, où il faut compter avec l'action mécanique des hyperostoses, mes opérés d'arthrotomie pour arthrite suppurée du genou, ont presque tous guéri sans aucune raideur ; aucun d'eux n'a subi par la suite une ankylose complète. Le retour complet des mouvements est ici encore bien plus fréquent que chez l'adulte.

Ma conclusion pratique est donc que je vous conseille formellement de traiter par l'arthrotomie, et non point par la résection, les arthrites suppurées du genou chez l'enfant, quelle que soit leur origine. Mais n'ayez jamais recours à l'incision très antérieure, quelquefois recommandée, qui longe le bord de la rotule. Il faut que, de chaque côté, à la partie postérieure des faces latérales du genou, vous traciez une longue incision qui atteigne en haut la limite du cul-de-sac sous-tricipital, qui en bas dépasse l'interligne articulaire. Puis sous la rotule vous mettez un gros, très gros drain transversal; rarement vous aurez à faire, dans un clapier, une contre-ouverture.

Cela vide peut-être incomplètement l'articulation; mais en pratique cela m'a toujours suffi chez l'enfant, sans même que j'aie eu besoin de recourir aux lavages.

QUATRIÈME LEÇON

DE LA FIÈVRE DANS LES FRACTURES FERMÉES¹

- I. — La fièvre est fréquente pendant les premiers jours après une fracture simple; elle est en général légère, avec température inférieure à 38°, mais peut monter à 39°. Sa fréquence relative dans les fractures de cuisse, dans les fractures avec gros épanchement sanguin. L'état général reste bon.
- II. — Difficultés de diagnostic pouvant résulter de cette hyperthermie. Confusion possible d'une fracture avec une ostéomyélite consécutive à un trauma. Importance de l'examen de l'état général, de la langue, du facies.
- III. — Conditions générales où l'on peut observer la fièvre aseptique; fractures fermées, contusions, hémarthroses, épanchements sanguins du thorax et de l'abdomen, gangrène aseptique. Ce n'est pas un degré léger de fièvre septicémique, ni une fièvre d'origine viscérale, ni une fièvre « épitraumatique », c'est-à-dire réveillée par le traumatisme. Hypothèse peu probable rapportant la fièvre à l'exagération des phénomènes nutritifs par formation du cal. Hypothèse peu probable l'attribuant à des phénomènes nerveux réflexes. C'est probablement une fièvre de résorption: résorption du sang, d'éléments anatomiques dont la vitalité est abolie par le trauma. Propriétés pyrétogènes des extraits d'organes. Hypothèse d'une substance pyrétogène due à une sécrétion morbide des éléments anatomiques contus.

I

Si l'on recherche systématiquement l'état de la température chez les enfants amenés à l'hôpital pour des fractures simples, fermées, on s'aperçoit qu'un certain nombre de ces fractures s'accompagnent d'hyperthermie. C'est à dessein que nous disons qu'il faut rechercher systématiquement la température, car, d'or-

1. Conférence rédigée par M. Lacour, interne des hôpitaux.