

apparente; rien dans l'aisselle; les moindres mouvements du poignet sont horriblement douloureux; de vives douleurs spontanées y sont ressenties par le malade, particulièrement à la racine de l'éminence thénar; la pression sur l'interligne articulaire est excessivement douloureuse; fièvre vive; je diagnostique « *arthrite aiguë du poignet* ».

Le malade a pris de lui-même un manuluve de camomille, il appliquera des compresses de la même infusion, et, comme il est tard, je le convoque pour le lendemain matin à notre clinique; je compte ouvrir l'articulation.

5 janvier. Même état qu'hier soir, la fièvre continue; nous constatons un nouveau symptôme: c'est un gros craquement, qui n'a pas la sécheresse des craquements osseux et qui paraît dû à un relâchement de la jointure, à une sorte de translation des os dans certains mouvements.

Le malade anesthésié par l'éther, j'agrandis largement l'incision en haut et en bas, je passe entre les tendons extenseurs du médius et de l'annulaire et arrive sur l'articulation; jusqu'ici il s'est écoulé un peu de liquide synovial clair, mais une fois la capsule ouverte, on voit sortir en jet une forte cuillère à café de synovie jaune et trouble, évidemment purulente; j'agrandis autant que possible l'ouverture de la capsule et distingue, au fond de la plaie, les surfaces articulaires des os de la première rangée qui paraissent intacts; j'introduis dans l'ouverture le bec d'une seringue, le fais pénétrer entre les surfaces carpiennes et celle du radius et injecte de l'acide phénique à 5 0/0 à plusieurs reprises. Je place alors dans la plaie, jusqu'au niveau de l'incision de la capsule, un petit drain que je ne peux introduire dans la jointure; je tamponne le reste de la plaie avec de la gaze iodiformée, recouverte d'ouate benzoïque, d'une feuille de gutta-percha et d'une bande; la main et l'avant-bras sont fixés sur une attelle.

6 janvier. Le malade est un peu soulagé, mais a encore beaucoup souffert; il se plaint d'être trop serré; le pansement est changé; l'état de la plaie paraît bon.

Le 7. Le malade a assez bien dormi pour la première fois depuis son accident; la plaie ne suppure pas, le gonflement a beaucoup diminué; les tissus de la plaie sont d'un gris-sale; le tendon dénudé, d'un blanc nacré.

Le 8. Je vais voir le malade chez lui; il a beaucoup souffert la nuit; fièvre assez vive; langue saburrale, gonflement encore assez marqué; plaie grise, très peu de suppuration. Purgatif.

Le 10. Le gonflement s'accuse au niveau de la partie postérieure du premier espace intermétacarpien et j'ouvre, en ce point, une collection purulente sous-cutanée sans communication avec l'articulation.

Du côté du poignet tout va bien, la plaie est en bon état, les mouvements du poignet ne sont pas douloureux.

Les jours suivants l'état général s'améliore, l'appétit revient, la plaie du poignet bourgeonne, mais le tendon reste blanc et paraît nécrosé; la pression sur l'interligne ne provoque pas de douleur, non plus que les mouvements.

Le 14. Je raccourcis le drain.

Les deux plaies se comblent rapidement, si bien que, le 2 février, la plaie du pouce est cicatrisée, celle du poignet réduite à une petite croûte; il ne s'est éliminé qu'une minime partie du tendon.

L'arthrotomie faite rapidement a donc donné un résultat des plus satisfaisants, l'arthrite suppurée commençante a été littéralement coupée et il n'en est résulté ni destruction des cartilages, ni raideur.

Mais, dès le 16 janvier, ont réapparu des douleurs spontanées très vives, indépendantes de tout mouvement, et se manifestant surtout le soir et la nuit, ne présentant pas de périodicité bien franche et paraissant au malade avoir pour point de départ les bourgeons de la plaie du poignet; la quinine est administrée et paraît d'abord efficace, mais l'atténuation des douleurs n'est que passagère et incomplète; des tampons laudanisés sur la plaie, le chloral à l'intérieur n'ont pas plus de succès, je passe aux pointes de feu appliquées sur le dos de la main et le poignet. Le 9 février, je constate l'existence d'une paralysie très accusée des extenseurs; les doigts ne peuvent être redressés et la main tombe en flexion dès qu'elle n'est pas soutenue; l'avant-bras présente une atrophie très marquée à 2 cent. du pli du coude, et mesure 25 cent. au lieu de 27. Rien de nouveau du côté de la jointure: la pression, les mouvements ne réveillent aucune douleur. Je combine les cautérisations avec l'électrisation par les courants induits, les muscles se contractent assez bien, mais la main retombe en flexion aussitôt qu'on cesse le courant; du reste l'annulaire, qui a perdu une partie de son tendon, n'est pas plus fléchi que les autres.

Ce traitement auquel j'adjoigns une potion de salicylate de soude, le malade étant rhumatisant, paraissait avoir produit une légère amélioration, lorsque, le 12, le malade cessa de venir chez moi. Je n'en avais plus entendu parler, mais j'ai pu le revoir le 25 avril 1886 et voici ce que j'ai appris de lui: découragé par la persistance de ses douleurs, il a été se faire magnétiser par un charlatan femelle; après quelques jours, l'amélioration s'est manifestée et il a pu reprendre son travail au bout de quinze jours, c'est-à-dire le 27 février.

Actuellement, je constate que le poignet est mobile et que les pressions, les mouvements ne provoquent aucune douleur; la flexion active de la main, ainsi que l'extension, ont à peu près la moitié de leur excursion normale; l'extension est peut-être un peu plus limitée que la flexion; les mouvements passifs



sont aussi un peu limités. Les mouvements des doigts sont normaux; d'après le malade, les mouvements du poignet sont de plus en plus faciles et étendus. Il n'y a aucun craquement, ni frottement dans la jointure. La peau, au niveau du poignet opéré, présente un développement pileux très exagéré. L'atrophie musculaire persiste; quoique les deux avant-bras aient repris du volume, celui de gauche mesure, à 2 cent. du pli du coude, 26 cent. 5 millim., celui de droite 29 cent.

Il paraît évident que les douleurs persistantes à caractère névralgique, ainsi que l'atrophie, doivent être attribuées à une altération nerveuse, probablement à une névrite, ayant pour point de départ soit la lésion primitive, soit mes incisions, soit enfin les lésions articulaires; elles ne prouvent absolument rien contre le mode de traitement que j'ai suivi, l'arthrotomie rapide. Le résultat immédiat, c'est-à-dire l'arrêt de l'inflammation articulaire, le résultat éloigné, c'est-à-dire la guérison avec persistance des mouvements articulaires, sont d'autant plus intéressants dans ce cas qu'il s'agit de l'articulation du poignet; nous savons avec quelle facilité et quelle rapidité l'inflammation se propage dans les diverses articulations du carpe, et comment la nécrose des petits os qui les constituent, en est souvent la conséquence.

Obs. XVII (Richelot). — *Plaie non pénétrante du genou gauche. Arthrite consécutive. Arthrotomie antiseptique. Guérison.*

Jules B..., 20 ans, journalier, entre à l'hôpital Saint-Louis le 29 mai 1884, salle Cloquet n° 69.

Il y a un mois, plaie non pénétrante à la face externe du genou gauche. Pendant trois semaines, le blessé marche et se porte bien; il y a huit jours, il « se tourne le genou » et depuis ce moment, l'articulation est enflée, douloureuse.

A son entrée à l'hôpital, je constate un épanchement articulaire modéré, chaud à la main, douloureux à la pression. La plaie externe du genou est cicatrisée, mais la cicatrice fait saillie et semble distendue par l'épanchement, comme si la plaie avait été pénétrante. La fluctuation se transmet directement à cette cicatrice bombée. Néanmoins, je pense que l'instrument vulnérant n'a pas intéressé l'article, car le malade s'est bien porté pendant trois semaines; l'arthrite subaiguë actuelle est sans doute la conséquence de l'entorse légère survenue il y a huit jours.

Le 30 et le 31 mai, le malade souffre, le genou est chaud, mais il n'y a pas de fièvre. La cicatrice est tellement distendue qu'elle paraît près de se rompre. Le 31, je fais une ponction aspiratrice, afin de reconnaître la nature du liquide, et aussi pour

faire cesser la distension; issue d'un liquide louche, séro-purulent, avec des flocons fibrineux.

Le 1<sup>er</sup> juin, la douleur augmente, et le thermomètre monte le soir à 38°4.

Le 2, la cicatrice s'est rompue en un point; il y a un très petit trou par où s'échappent quelques gouttes de pus. Impossible de ne pas admettre que le genou est en train de s'ouvrir, et qu'une arthrite suraiguë en sera la conséquence. L'arthrotomie me paraît d'une urgence absolue, pour prévenir les dangers de l'ouverture spontanée.

*Opération le 2 juin.* — La cicatrice qui siège sur le côté externe du genou, précisément au point où j'aurais fait de parti pris l'ouverture, est incisée sur une longueur de 4 centimètres. Je tombe dans un foyer sous-cicatriciel renfermant un peu de pus concret; mais à mon grand étonnement, le liquide articulaire ne coule pas. Hésitation de quelques instants, puis deuxième coup de bistouri qui ouvre l'articulation.

Ainsi, premier fait intéressant: la perforation spontanée ne communiquait pas avec la synoviale. Et cependant, il m'avait été impossible de soupçonner la présence d'un foyer sous-cutané, tant la cicatrice était distendue et le flot superficiel.

Aurais-je dû m'arrêter au lieu de pénétrer dans le genou, quand j'ai vu que ma première incision n'y donnait pas accès? Ai-je bien fait de continuer l'opération, en présence de cette arthrite aiguë avec liquide séro-purulent, dont le traitement sans incision eût été long et probablement suivi de raideur grave, tandis que l'arthronomie antiseptique faisait courir peu de dangers et devait simplifier beaucoup les suites de la maladie?

L'incision donne issue à une sérosité louche, contenant de nombreuses et larges plaques fibrineuses; je vais les chercher partout en passant le doigt sous la rotule, je les fais sortir aussi par expression; puis, à trois reprises, injection phéniquée au 40<sup>me</sup>; enfin, je place un gros drain, long de 4 centimètres, qui pénètre dans la cavité synoviale, au dessus de la rotule. Je ne fais pas de suture, je recouvre le genou d'un large pansement de Lister, et je place le membre dans une gouttière métallique, sans chercher à l'immobiliser rigoureusement. Toutes les précautions antiseptiques ont été prises. — Le soir température 39° 2.

Premier pansement le 3 juin. Le genou n'est pas sensible, un peu de sérosité s'écoule. Le drain lavé est remis en place; déjà la plaie s'est comblée autour de lui. — Température matin 37° 2. — Les 5 et 6, le malade n'est pas pansé; T. s. 38° et 37° 6; aucune douleur.

Troisième pansement le 7: indolence du genou, issue de sérosité opaline et de flocons ou de plaques fibrineuses moins larges, plus dissociées que les premiers jours, qui sortent par la



pression et viennent en majeure partie du cul-de-sac tricépital. Je n'ose pas retirer le tube, à cause de l'abondance des masses fibrineuses.

Le soir du 7 juin, la température atteint 38°4, et 38°8 le lendemain ; puis elle revient à 37° et quelques dixièmes pour ne plus s'en écarter.

Quatrième pansement le 12 juin ; les masses fibrineuses diminuent toujours de nombre et de volume, le liquide est plus franchement séreux. Le 16, au cinquième pansement, je n'ose pas encore supprimer le drainage, un seul point donnait encore du liquide et des flocons, au-dessus et en arrière de la plaie. Souffle du cul-de-sac, indolence remarquable ; la jambe est soulevée facilement hors de la gouttière.

Sixième pansement le 19 juin, uniquement pour retirer le tube ; la pression ne fait plus rien sortir.

Le 24, je trouve l'articulation fermée, aucune trace d'épanchement, pas de douleur. L'articulation est mobile, mais je ne la fléchis qu'avec beaucoup de réserve, pour ne pas éveiller la douleur. Le genou est entouré d'un simple bandage ouaté, et la jambe laissée libre.

A partir du 2 juillet, j'imprime quelques mouvements à l'articulation. Le 8, le malade se lève et marche ; la raideur diminue rapidement, et il quitte l'hôpital le 12.

OBS. XVIII (P. Segond). — *Arthrotomie pour arthrite suppurée du genou droit consécutive à une fracture de la rotule compliquée de plaie pénétrante de la jointure. Guérison.*

Cultivateur de 40 ans, robuste et sans tare constitutionnelle. Cet homme avait eu la rotule droite fracturée par un coup de pied de cheval. Je suis appelé à lui donner mes soins à Savignys-Orge le 25 août 1880, douze jours environ après son accident. Voici quel était son état : signes évidents d'une fracture transversale de la rotule avec trois travers de doigt d'écartement. Phlegmon angioleucitique occupant toute la face interne du genou et remontant jusqu'à mi-cuisse. Un peu en dehors de la rotule, petite plaie communiquant avec un vaste épanchement séro-purulent intra-articulaire. Etat général grave, langue sèche, diarrhée, température élevée (40° le soir.) Le 25 août, j'interviens après consultation avec mon ami Ch. Monod. Incisions du phlegmon angioleucitique, puis large ouverture de la jointure par une incision externe allant du plateau tibial jusqu'au sommet du cul-de-sac synovial supérieur. Contre-ouverture moins étendue sur le côté interne. Évacuation et lavage de la cavité articulaire avec la solution phéniquée forte. Suture de la rotule par un gros fil d'argent. Drainage soigneux. Pansement antiseptique et immobilisation. Amélioration immédiate de l'état géné-

ral et de l'état local. Quelques jours après, des signes de rétention nécessitent l'agrandissement de l'incision interne, puis, marche régulière vers la guérison. La fièvre disparut tout à fait au bout de 70 à 75 jours. Ablation du fil rotulien le 3 novembre ; le malade se lève le 21 novembre et la cicatrisation est complète à la fin du mois. L'ankylose fémoro-tibiale est atteinte, mais la rotule, dont les deux fragments paraissent exactement soudés, conserve un certain degré de mobilité transversale.

J'ai revu ce blessé au commencement de 1881, sa guérison ne s'était pas démentie.

OBS. XIX (P. Segond). — *Arthrotomie pour arthrite purulente du genou droit consécutive à une ponction suivie d'injection phéniquée. Résultat.*

Il s'agit d'un jeune homme de 26 ans que j'ai trouvé dans le service de M. Delens, à St-Antoine, en août 1883. M. Delens lui avait appliqué son traitement de l'hydarthrose. Il en est résulté une arthrite purulente que j'ai arthrotomisée et un phlegmon diffus de la jambe que j'ai dû inciser à plusieurs reprises.

Après avoir traversé une longue série d'accidents, le malade finit par guérir avec une ankylose complète.

#### *Arthrites suppurées de l'ostéomyélite.*

OBS. XX (D<sup>r</sup> E. Bœckel). — *Arthrite suppurée (ostéomyélite de l'extrémité inférieure du fémur).*

Strohnny (Jean), 21 ans. Entre le 10 février 1885, avec une pyarthrose du genou, suite d'ostéomyélite de l'extrémité inférieure du fémur. Trépanation et évidement du fémur ; ponction du genou.

Le 14 février, arthrotomie. Guérison par ankylose.

OBS. XXI (Championnière). — *Ostéomyélite du tibia. Arthrite suppurée. Arthrotomie. Guérison avec intégrité des mouvements.*

Gervais (Louis), 15 ans, doreur sur bois, entre le 4 septembre 1882, salle St-Ferdinand, n° 10, hôpital Tenon.

Antécédents personnels strumeux (otites, conjonctivites).

26 août, chute sur les genoux ; le 28, difficulté de la marche,