

Arthrites infectieuses.

Obs. XXV (D^r E. Bœckel). — *Arthrite puerpérale.*

Schneider, Babette, 24 ans. Entre le 23 juillet 1884, avec une arthrite suppurée du genou, suite de couches, déjà incisée au dehors. Nouvelles incisions; désinfection de l'article au chlorure de zinc. Guérison avec mouvements limités.

Obs. XXVI (D^r E. Bœckel). — *Arthrite suppurée spontanée du genou.*

Martin, 41 ans. Entré le 15 octobre 1884, avec une arthrite suppurée du genou (spontanée?); fusée purulente dans la cuisse. Incision; arthrotomie, drainage. Guérison par ankylose.

Obs. XXVII (D^r E. Bœckel). — *Arthrite suppurée du genou, idiopathique.*

Emile E..., 7 ans. Entre le 6 mai 1882. Arthrite suppurée du genou. Drainage. Guérison avec mouvements limités.

Obs. XXVIII (D^r E. Bœckel). — *Pyarthrose idiopathique (catarrhale) du genou.*

Charles Barth, 15 mois; 9 octobre 1880: Ponction et lavages phéniqués; récurrence. Le 16 octobre, quatre incisions dans l'article, puis pansement iodoformé ouaté. Guérison sous le premier appareil, avec mouvements conservés.

Obs. XXIX (Championnière) 1883. — *Arthrite suppurée du poignet. Arthrotomie. Guérison.*

Verchelle (Léonard), âgé de 44 ans, marchand de vins, entre à l'hôpital Tenon le 20 juillet 1883, Opéré d'arthrotomie du poignet le 21 juillet, sort guéri le 21 août 1883.

Corps étrangers articulaires.

Obs. XXX (D^r Demons, de Bordeaux). — *Corps étranger du genou droit. Arthrotomie avec suture de la synoviale. Guérison. Pas de drain.*

Lucan (Antoine), chauffeur, 44 ans, entre à l'hôpital Saint-André le 15 juin 1885; il est placé dans le service de M. le professeur Denucé (suppléé par M. Demons), salle 18, lit 35.

Ce malade se plaint d'éprouver des douleurs vives dans le genou droit. Il fournit sur ses antécédents les renseignements suivants:

Né d'un père inconnu, il a encore sa mère qui se porte bien, et deux sœurs également en bonne santé.

Personnellement il fut pris, à 14 ans, d'une congestion cérébrale (?) pour laquelle il fut saigné au pli du coude. A 32 ans, blennorrhagie qui n'a jamais guéri; à 36 ans, orchite droite qui guérit après 32 jours de cataplasmes et de pommade mercurielle. Deux hernies inguinales apparurent en 1880 et 1881. En 1882, hydrocèle vaginale gauche opérée par l'injection iodée: guérison en quinze jours. Depuis cinq mois le testicule gauche a augmenté de volume.

Il y a trois mois, le malade étant assis voulut se lever, et ressentit brusquement une douleur très vive dans le genou qui resta immobilisé en demi-flexion, et éprouva la sensation d'un craquement intéro-articulaire. Transporté aussitôt chez un pharmacien, on lui fit un pansement, et le genou put être fléchi au bout de trois ou quatre heures. Pendant huit jours, la flexion est indolente, mais le mouvement d'extension est très douloureux. La douleur devient moins constante par la suite. Quand elle apparaît il semble au malade qu'un petit fragment osseux se déplace dans l'articulation. Tout récemment elle éclate si vivement que le membre reste engourdi et que le malade se décide à venir à l'hôpital se faire débarrasser du *morceau d'os qui se meut dans son genou.*

A son arrivée, cet homme fort, robuste, qui a eu autrefois quelques douleurs rhumatismales, attire exclusivement l'attention sur ses genoux, le droit principalement.

a. *Genou droit.* — Tuméfié. Epaissement de la synoviale avec frottement facile à provoquer, dès le premier examen, à la partie interne de l'article, sur le plateau du tibia. Le frottement est plus dur et plus marqué si, plaçant la paume de la main sur la face antérieure du genou, on fait exécuter à celui-ci des mouvements de flexion et d'extension. Pendant ces manœuvres

on déplace le corps étranger qui se tient ordinairement caché dans le cul-de-sac supérieur de la synoviale et qu'au bout d'un moment on arrive à fixer dans le cul-de-sac inféro-interne de la séreuse. Il est plat, large environ comme une pièce d'un franc.

b. *Genou gauche.* — Ici la synoviale est également épaissie à la partie interne où l'on perçoit un frottement très marqué au niveau de l'extrémité du tibia. Dans cette jointure aussi, le malade éprouve parfois des élancements très douloureux; on constate en outre: une induration inflammatoire des deux épидидymes, une hydrocèle vaginale gauche; celle de droite n'a pas reparu depuis l'opération pratiquée il y a trois ans. Il existe enfin une hernie inguinale de chaque côté.

L'extirpation directe du corps articulaire est décidée et pratiquée, avec toutes les précautions de la méthode antiseptique, le 27 juin au matin.

Anesthésie par le chloroforme. Bande d'Esmarch.

Le malade endormi et le corps articulaire étant bien fixé (entre les doigts d'un aide) à la partie inférieure et interne de la jointure, M. Demons fait une incision longitudinale de quatre centimètres sur la saillie même que fait le corps étranger sous les téguments. Le bistouri coupe successivement la peau, le tissu cellulaire, l'aponévrose, quelques fines artérioles qui sont immédiatement saisies entre des pinces hémostatiques, enfin la synoviale. De la synovie et un peu de sang s'échappent entre les bords de la plaie et l'on voit le corps articulaire qui est extrait avec la plus grande facilité. L'hémostase une fois achevée, deux points de suture à la fine soie phéniquée affrontent les lèvres de la séreuse, et une suture superficielle affronte les bords de la peau. Large pansement de Lister. Le membre est immédiatement immobilisé en extension dans une gouttière plâtrée, assujettie elle-même dans une gouttière métallique.

Le malade est condamné à l'immobilisation dans le décubitus dorsal. Aucune réaction fébrile, aucun phénomène particulier à noter le jour de l'opération ni les jours suivants.

7 juillet. — Le pansement est défait sous le spray phéniqué pour la première fois ce jour-là. On constate une réunion absolue de la suture. Rien à noter autour de la plaie ou de la jointure: ni gonflement, ni rougeur, ni douleur. Un nouveau pansement phéniqué est appliqué et le membre replacé dans sa gouttière.

11 juillet. — L'appareil plâtré est définitivement enlevé et remplacé par un pansement ouaté, légèrement compressif.

20 juillet. — Le malade sort de l'hôpital. Son genou un peu raide exécute de faibles mouvements de flexion. Il lui est recommandé de prendre quelques bains sulfureux.

Revu le 5 août. — Genou en bon état, mouvements très faciles

et indolents, légère adhérence de la peau aux plaies profondes au niveau de l'incision opératoire.

Examen du corps articulaire (macroscopique). — Irrégulièrement arrondi, aplati, à surface inégale. Consistance cartilagineuse dans toute son étendue, sauf au milieu d'une de ses faces où l'on constate des rugosités dans une étendue de la largeur d'une lentille, et qui ont la consistance du tissu osseux. C'est à ces aspérités qu'était due sans doute la sensation de frottement perçue sur le malade.

2 centimètres $1/2$ dans le grand diamètre.

2 centimètres *transversalement*.

Le malade a été revu et est resté guéri.

Obs. XXXI (G. Maunoury, de Chartres). — *Corps étranger du genou. Arthrotomie, sans suture ni drainage de la capsule synoviale. Guérison radicale en quinze jours.* (Obs. abrégée.)

Batifolier (Clémence), 22 ans. Entre à l'hôpital le 6 décembre 1885. Fait un faux pas le 19 octobre 1884, se tourne le pied droit et tombe. En tombant, elle ressent un craquement avec très vive douleur au niveau de l'interligne fémoro-tibial droit; elle ne pense pas que dans sa chute le genou ait porté à terre. A la suite de cet accident, se développent dans sa jointure des phénomènes inflammatoires subaigus, gonflement, douleur, qui forcent la malade à garder le lit jusqu'en janvier 1885 et qui cèdent peu à peu à des affusions froides, aux pointes de feu, etc. Dès le mois de décembre 84, la malade constate l'existence d'un corps étranger très mobile et dont le volume ne s'est pas modifié depuis.

En janvier 85, elle se lève, reprend ses occupations. Les accidents aigus ne reparissent plus; mais sa marche est un peu gênée, surtout si le genou doit se fléchir beaucoup (course, ascension d'un escalier). Le corps du délit est presque toujours situé dans le cul-de-sac externe du genou. Quand il se porte en dedans, la marche devient presque impossible et très douloureuse.

A l'entrée. Grande et belle jeune femme de santé excellente. Le genou droit est normal, et le palper ne décèle pas trace d'épaississement ou d'inégalités dans les parties accessibles de la synoviale. Par certains mouvements, la malade fait saillir le corps étranger du côté externe de la synoviale; on sent alors un corps aplati, irrégulièrement circulaire, de la grosseur d'une pièce de un franc. Il est très mobile et disparaît facilement dans l'article; la malade reste parfois quinze jours sans pouvoir le ramener.

Diagnostic. Corps étranger, très probablement d'origine traumatique et constitué par du cartilage. Je me rends au désir de la malade et pratique l'arthrotomie.

9 décembre 85. Sept heures du soir. Pouls à 60. T. 36°. Pur-gation le matin; bain dans la journée.

10 décembre. *Opération.* T. 37° 3; pouls à 72 une demi-heure avant que la malade quitte son lit. J'opère à dix heures, en présence de MM. Amiot et Déma. Antisepsie rigoureuse; chloroforme.

L'anesthésie une fois complète, et la jambe étendue, je ramène facilement le corps étranger sur le côté externe de l'articulation, un peu au-dessus de l'interligne articulaire; je le fais maintenir là par M. Amiot, qui applique en dedans de lui le bord interne de sa main étendue et l'empêche de rentrer.

J'avais l'intention de suivre le conseil qui m'avait été donné par Kirmisson : d'aller couche par couche, jusqu'à la synoviale, en étanchant le sang avec soin; d'inciser alors la synoviale et d'extraire le corps étranger, d'appliquer sur la plaie capsulaire deux ligatures de fin catgut, puis de placer un drain ne pénétrant pas dans la jointure, et enfin de faire les ligatures superficielles. L'événement ne me permit pas de suivre ce programme.

Je fais sur le corps étranger une incision cutanée longue de 4 cent. 1/2 environ; je divise le tissu graisseux sous-jacent. Celui-ci est d'une épaisseur d'au moins 2 cent. et, comme j'évite de me servir des écarteurs, je n'arrive qu'avec une certaine difficulté aux parties profondes. La plaie ne donne pas une goutte de sang. J'aperçois enfin l'aponévrose blanche nacrée, je l'incise et, du même temps, je fais à la synoviale une boutonnière de 1 ou 2 mm. qui me mène sur le corps étranger. Je prolonge cette incision de manière à donner à la boutonnière de la synoviale une longueur de 2 cent. : le corps étranger offre une surface blanc mat, lisse, cartilagineuse. Je saisis le corps avec une pince à fixer la conjonctive; pour l'extraire, il me faut le faire tourner un peu et il vient alors, sans forcer, mais en obstruant complètement la plaie de la synoviale. Il ne s'écoule pas une goutte de liquide articulaire.

Le sang commence à venir en nappe, très peu abondant; je ne fais pas de ligature.

En raison de la profondeur de la plaie articulaire, je vis qu'il me serait bien difficile d'y porter une suture; d'ailleurs les deux lèvres de la synoviale se touchent et n'ont pas de tendance à bâiller; des manœuvres faites pour y placer les sutures pourraient faire pénétrer du sang dans l'articulation. Je ne fais donc pas de sutures profondes. Je place un drain couché au fond de la plaie, ne pénétrant pas dans l'article, mais reposant simplement sur l'aponévrose incisée; je mets trois sutures superficielles, deux prenant la peau et le tissu graisseux, la troisième

ne prenant que la peau; le tube sort par l'extrémité inférieure de la plaie cutanée.

Celle-ci est légèrement saupoudrée d'iodoforme; protective Lister, bandes de caoutchouc. On place le membre dans une gouttière plâtrée, moulée il y a deux jours.

Le corps étranger a une longueur de 2 cent. 7 sur 2 cent. 1 de large. Son épaisseur est de 3 à 4 mm. L'examen microscopique y décèle une couche cartilagineuse doublée par du tissu osseux; aussi bien sur la face osseuse que sur la face cartilagineuse existe un revêtement complet de tissu conjonctif.

Dans l'après-midi qui suit l'opération, la malade ressent une douleur extrême, lancinante, qui s'irradie de la plaie au côté externe de tout le membre inférieur. Le pouls est à 68, la température du soir à 37°.

Le 11 décembre au matin, la douleur, qui a inquiété toute la nuit la malade, est tout à fait disparue. Etat général excellent, langue humide. P. 68; T. m., 37°, 4; T. s., 37°.

Le 12, la température tombe et se maintient désormais au-dessous de 36°, 8. J'enlève le pansement le 14 décembre : les dernières couches de gaze sont un peu tachées de sang; la plaie n'a pas donné une goutte de pus. J'enlève les trois sutures; je supprime le tube, il est long de 1 cent. 1/2 et rempli de sang sirupeux sans pus. Le genou est normal; aucune trace de liquide synovial dans le pansement. Lister; attelle plâtrée. Quelques légers mouvements imprimés au membre restent complètement indolents. T. s., 36°, 3; P. 68.

17 décembre. Je supprime la gouttière, sans toucher au pansement et j'exerce sans douleur sur le genou quelques mouvements de flexion.

19 décembre. Pansement. La plaie est en bonne voie; le trou du drain est bouché et forme une plaie au ras de la peau. Lister.

25 décembre. Pansement. Cicatrisation complète. Genou normal. La malade se lève un peu dans la journée et quitte l'hôpital le lendemain.

Obs. XXXII. — (Dr Poinso, de Bordeaux). — *Corps étranger. Suture sans drain. Incision perpendiculaire du fémur.*

Asnard, 64 ans, entre à l'hôpital Saint-André le 13 août 1884, salle 10, lit 6.

Il est porteur d'un corps étranger articulaire du genou droit qui consiste en une petite tumeur, assez dure, mobile, et située entre le condyle externe du fémur et le plateau externe du tibia droit : sa situation n'est appréciable que dans la 1/2 flexion et alors elle est du volume d'une noisette; de plus elle paraît

siéger dans la synoviale. Quelquefois, par suite de mouvements imprimés par le malade à sa jambe droite, le corps étranger se trouve pincé dans l'articulation, probablement entre les deux surfaces cartilagineuses articulaires, alors la douleur que provoque cette situation est très pénible : ce sont, du reste, ces souffrances qui ont décidé le malade à venir se faire opérer à l'hôpital. Cependant, comme il était parfois difficile de retrouver les rapports exacts de ce corps étranger, on ne fit aucune tentative opératoire et le traitement consista simplement en vésicatoires appliqués sur le siège de la douleur. Le malade, se sentant soulagé, sortit le 1^{er} septembre, mais il fut obligé de revenir le 4 septembre. Le corps étranger était devenu plus mobile, sa dureté plus accentuée ; on sentait nettement une petite masse arrondie du même volume qu'auparavant. Il était situé à la partie supérieure du plateau externe du tibia droit, tout à fait sur la crête, et était contigu par conséquent au condyle externe du fémur. On constatait, en même temps, qu'il frottait sur une partie comme rocailleuse, car il existait une crépitation très nette, quand on déterminait la mobilité du corps étranger. De plus, il est important de constater ici que le corps étranger disparaissait dans la flexion forcée. — Le 20 septembre, on parvint à le fixer sur le condyle externe au moyen d'une bande ; il resta ainsi jusqu'au 23 ; ce jour-là, au moment où l'on commençait l'opération, le corps étranger glissa et pénétra dans l'articulation, probablement entre les extrémités articulaires, et il fut impossible de le retrouver. Après beaucoup de recherches, on perçut sur le plateau externe du tibia un corps étranger aplati offrant un bord externe tranchant, et situé entre le tibia et le condyle extérieur du fémur. Peu à peu ce corps est rentré tout à fait dans l'articulation, et alors on a trouvé sur le condyle externe du fémur une dépression un peu rugueuse qui semble être l'emplacement habituel de ce corps étranger. Le matin du 29 septembre, le corps étranger se dégage des surfaces articulaires : on prend alors toutes les précautions antiseptiques (lavage de la jambe et de la cuisse du côté droit, spray) et l'opération est faite immédiatement. Tout d'abord, M. le D^r Poinot qui vient de prendre le service, fait au bistouri une incision perpendiculaire à l'axe du fémur, sur le siège du corps étranger même ; cette plaie intéresse les téguments et la synoviale, puis extraction du corps étranger, réunion de la plaie par trois points de suture superficielle, pansement de Lister, recouvert d'ouate salicylée.

Ce corps étranger articulaire est du volume d'une noisette ; il a presque la forme d'une demi-sphère ou mieux d'un ovoïde coupé en son milieu : l'extrémité aplatie devait reposer sur le condyle du fémur et, par conséquent, c'était la circonférence devenue saillante qu'on sentait comme bord tranchant lorsque ce corps s'engageait à l'intérieur de l'articulation ; toute cette face

était rugueuse ; l'extrémité opposée, lisse, avec ses adhérences à la synoviale, est au contraire arrondie, et c'est elle qui formait la saillie sur le côté externe de l'articulation du genou droit. La consistance de ce corps étranger est dure, pierreuse, et son aspect, surtout sur la face aplatie, en démontre bien l'incrustation calcaire.

Nouveau pansement le 6 octobre. Beaucoup de suppuration, mais purement superficielle ; on ne fit qu'un point de suture ; nouveau pansement de Lister.

Second pansement le 10, puis le 12 octobre.

Le 15 octobre, il ne reste plus qu'une petite plaie superficielle. Pansement de Lister.

Pansements les 23 et 30 octobre et dernier pansement le 6 novembre.

Le malade est complètement guéri le 15 novembre 1884.

Obs. XXXIII. — (Professeur A. Poncet, de Lyon.) — *Arthrotomie pour corps étranger.*

A. V..., 28 ans, tisseur, porteur depuis six mois d'un corps étranger des plus mobiles dans l'articulation du genou gauche. Volume d'une noisette. Un peu d'hydarthrose. Le malade, avant d'être endormi, amène lui-même le corps étranger à la partie externe du grand cul-de-sac, où il est maintenu. Incision, sous le spray, de 4 centimètres, couche par couche, *sans bande d'Esmarch*, on fait l'hémostase au fur et à mesure. Incision de la capsule sur toute la longueur du corps étranger que l'on fait glisser avec les doigts qui le maintenaient, sans avoir recours à des pinces. Drain plongeant de quelques millimètres dans la boutonnière de la capsule. Suture au catgut dans les 3/4 de l'étendue de la plaie. Pansement antiseptique et immobilisation de tout le membre inférieur.

Pas de douleur, pas de température ; on change le pansement le septième jour pour enlever le drain. Guérison sous un deuxième pansement. Le malade quitte l'hôpital vingt-neuf jours après son entrée.

Obs. XXXIV. — (Professeur A. Poncet, de Lyon.) — *Arthrotomie pour corps étranger.*

J. P..., cultivateur, 31 ans, entre à l'Hôtel-Dieu de Lyon pour une hydarthrose du genou gauche remontant à huit mois. Le malade a éprouvé, à diverses reprises, dans ce membre, des douleurs instantanées d'une violence extrême. A l'exploration, on sent à la partie antéro-interne du genou, en dedans et en dessus du bord interne de la rotule, une tumeur dure, des