

Le déplacement de la phalange unguéale du gros orteil se fait ordinairement en haut (6 cas), plus rarement en bas (2 cas) et en dedans (1 cas).

*La luxation en haut* donne naissance à une déformation caractéristique. L'orteil est raccourci, son épaisseur notablement augmentée. Du côté de sa face dorsale, on sent aisément la saillie formée par l'extrémité postérieure de la phalangette; du côté de la face plantaire, on sent un peu moins distinctement le relief de la trochlée phalangienne. La phalangette dressée sur la phalange forme avec elle un angle obtus; au-dessus de cet angle existe sur la face dorsale un pli cutané profond dirigé obliquement en bas et en arrière.

*La luxation en avant* (cas de Rizet et de Cleaveland) est caractérisée par la déformation suivante : l'extrémité unguéale de l'orteil est portée en haut et un peu en dehors de l'orteil, et raccourcie. Du côté de la face dorsale, on sent la saillie formée par l'extrémité antérieure de la phalange et du côté de la face plantaire l'extrémité postérieure de la phalangette. Dans le seul cas de luxation en dedans (Pinel), les parties molles étaient largement déchirées du côté interne et la poulie de la phalange faisait issue par la plaie.

Il n'existe que 5 cas de luxations des phalanges des quatre derniers orteils : ce sont ceux de Broca, de Budin et de Blum.

#### CHAPITRE IV

##### PLAIES DES ARTICULATIONS

Classiques. — Art. ARTICULATIONS des *Dictionnaires*, et FISCHER, *Handbuch der Kriegschirurgie*, 1882.

On divise les plaies des régions articulaires en plaies non pénétrantes et en plaies pénétrantes. Les dernières seules ont une réelle importance.

##### PLAIES NON PÉNÉTRANTES

Ces plaies ne diffèrent point de celles qui siègent sur la continuité des membres. Il faut cependant se rappeler les particularités suivantes : 1° il existe, au voisinage des jointures, des bourses muqueuses et des gaines tendineuses qui peuvent être ouvertes sans que l'articulation soit touchée. De ces cavités séreuses s'écoule parfois un liquide muqueux qu'un examen inattentif peut confondre avec la synovie articulaire.

2° L'inflammation d'une plaie périarticulaire peut se propager à une articulation que le traumatisme n'a pas atteinte. Toute plaie dans le voisinage d'une articulation, doit donc être attentivement surveillée en raison de cette complication possible.

3° Enfin, les plaies étendues s'accompagnant de perte de substance considérable donnent naissance, si l'on n'y prend garde, à des cicatrices vicieuses qui empêchent complètement le jeu d'une jointure.

Le traitement ayant pour but de parer à ces deux dangers consistera donc : 1° à nettoyer soigneusement toute plaie périarticulaire, à la débrider, à la drainer si elle présente quelque anfractuosité, et 2° à immobiliser le membre en bonne position pour que la réparation des parties molles ne donne pas au membre une attitude incompatible avec son fonctionnement.

##### PLAIES PÉNÉTRANTES

Nous étudierons d'abord les plaies par armes à feu en raison de leur gravité et du traitement qu'elles nécessitent; puis, dans un second paragraphe, les plaies par instruments piquants, tranchants et contondants.

##### PLAIES PAR ARMES À FEU

Les plaies articulaires produites par les armes à feu se présentent avec des caractères qui varient comme les projectiles qui atteignent la jointure. Ceux-ci sont extrêmement nombreux, ce sont : des balles, des biscatiens, des éclats d'obus de forme et de volume variables, des grains de plomb, des fragments détachés de corps que le projectile rencontre sur sa route : éclats de bois, fragments de pierre, portion de vêtements, etc. D'une façon générale, la plaie articulaire offre deux aspects absolument différents : elle est large ou étroite.

*Plaies larges.* — Un éclat d'obus ouvre une grande articulation; entre les lèvres de la plaie béante se voit la cavité articulaire dont les surfaces sont intactes ou brisées par le projectile. Une balle atteignant de petites articulations, celles des doigts ou des orteils par exemple, agit de même et ouvre complètement la jointure.

*Plaies étroites.* — Plus souvent une plaie étroite est produite par une balle. Les lésions articulaires sont alors extrêmement variables. Tantôt la balle traverse une grande articulation, sans produire aucune lésion du squelette; Guthrie, Pyrogoff, Legouest, Simon, Fischer, Socin (\*) ont observé un assez bon nombre de cas où aucune lésion osseuse n'avait été produite par une balle traversant l'articulation du genou. Tantôt la balle, à bout de force, se loge dans un condyle ou une tubérosité articulaire sans traverser l'épiphyse qu'elle atteint. Plus souvent, elle creuse une gouttière osseuse à la périphérie de l'extrémité articulaire qu'elle rase sans la pénétrer, ou bien perfore de part en part l'épiphyse.

Le canal osseux formé par la balle est dans ce dernier cas régulièrement arrondi dans la partie qui répond à l'entrée de la balle; mais, dans la partie qui correspond à sa sortie, on observe un orifice infundibuliforme très grand, dû à l'éclatement de ce point de l'épiphyse. Lorsque la balle traverse une extrémité articulaire de part en part, l'épiphyse est d'ordinaire éclatée et présente des fissures de nombre et d'étendue variables qui peuvent remonter fort loin sur la diaphyse.

*Symptômes.* — *Plaies larges.* — À travers une plaie à bords renversés,

(\*) POULET et BOUSQUET, t. I, p. 888.

mâchés, noircis par le projectile, souillés par la terre, on aperçoit les os, mis à nu, broyés ou simplement écornés ou luxés.

*Plaies étroites.* — Ce sont les plus insidieuses. Au niveau d'une jointure on constate l'existence d'un orifice d'entrée souvent fort petit. Les bords en sont rapprochés et ne laissent s'écouler à l'extérieur qu'une quantité variable de sérosité sanguinolente ou de sang veineux. Les bords de cet orifice circulaire présentent un liséré noir ou violacé. Les téguments voisins ont conservé leur coloration et leur aspect normal; il n'y a point de tuméfaction, point d'épanchement articulaire ou périarticulaire, et la lésion paraît absolument simple. Si la balle a perforé la jointure de part en part, on reconnaît au côté opposé au petit orifice d'entrée, l'orifice de sortie ordinairement beaucoup plus large. Les bords de ce dernier sont déchirés et des parcelles osseuses, des esquilles plus ou moins volumineuses peuvent être senties par le doigt qui explore.

*Marche et terminaison.* — Abandonnées à elles-mêmes, ces lésions ont une marche terrible. Dès la fin du premier jour la région devient tendue, douloureuse, le moindre mouvement provoque des douleurs atroces. En même temps les téguments se distendent, prennent une coloration brun violacé; à leur surface, les veines dessinent leurs trajets; souvent la palpation révèle une crépitation emphysémateuse, et une percussion légère donne une sonorité évidente. Les phénomènes généraux sont alors très accusés, la température atteint 40 degrés et plus; il y a de l'agitation, du délire, etc. Le malade est atteint de septicémie suraiguë et il ne tarde pas à succomber en deux ou trois jours.

Cette marche des plaies articulaires est celle qui était souvent observée à Paris en 1870, lorsque de grandes articulations, telles que celles de la hanche et du genou, étaient atteintes.

Ailleurs ce n'est plus à la gangrène foudroyante, mais à l'arthrite suppurée, que les lésions conduisent. L'articulation devient rouge, tendue et douloureuse; le moindre mouvement exaspère les souffrances et arrache des cris au blessé. Les lèvres de la plaie, loin d'avoir de la tendance à se réunir, se gonflent, deviennent blafardes, elles s'écartent et laissent s'écouler une sérosité roussâtre, sanieuse. En même temps les phénomènes généraux témoignent d'une fièvre intense, la température est à 39 ou 40 degrés, le pouls vif et rapide, etc.

Puis la suppuration se produit, elle s'annonce dès le cinquième ou le sixième jour par des frissons irréguliers, par une distension, un œdème et un empatement considérables des parties molles de la région. Le pus remplit la cavité articulaire; mais il est rare que la suppuration reste limitée, les culs-de-sac synoviaux sont perforés et des fusées se font dans la profondeur du membre. Quelquefois ce sont les gaines tendineuses voisines qui sont les premières atteintes et de vastes foyers se créent dans leur direction, puis les cartilages et les os participent à l'inflammation. Le tissu spongieux des épiphyses s'infiltré de pus et des nécroses partielles plus ou moins étendues en sont la conséquence, à moins que l'infection ne se propageant par les trajets fissuriques à la moelle, ne donne naissance à des foyers de suppuration médullaire.

Les suppurations articulaires sont toujours d'une gravité considérable. Il faut cependant reconnaître que tantôt les foyers purulents se disséminent, envahissent les interstices cellulaires profonds, s'étendent de plus en plus, puis l'affection se complique d'infection purulente, et se termine fatalement; tantôt, au contraire, la suppuration se circonscrit à une jointure, les épiphyses se

nécrosent, et les parcelles nécrosées sont peu à peu éliminées. Dans ces conditions heureuses la maladie peut arriver à guérison avec une ankylose plus ou moins complète de l'articulation.

C'était, en somme, cette terminaison heureuse des arthrites suppurées que le chirurgien cherchait toujours autrefois après les grands traumatismes articulaires.

Ces marches différentes des suppurations articulaires nous sont expliquées aujourd'hui par les qualités différentes des microbes qui ont produit l'infection; le vibrion septique est distinct des différents microcoques qui engendrent les suppurations. S'il n'est pas introduit dans une plaie, elle pourra suppurer, mais la septicémie aiguë et l'infection purulente seront évitées.

*Pronostic.* — Les plaies articulaires produites par des projectiles sont extrêmement graves. Les éclats d'obus, les biscariens, etc., peuvent détruire une jointure et nécessiter une amputation immédiate, et sans que les désordres soient aussi étendus, les accidents qui suivent le passage d'une balle à travers une articulation ont souvent une terminaison fatale.

Poulet et Bousquet ont fait un relevé de la mortalité des blessures articulaires par coup de feu, ils ont rassemblé les statistiques des guerres d'Italie, de Crimée, de la guerre de Sécession, de la guerre de 1870, etc., et voici quelles sont leurs conclusions :

	Mortalité.
Plaies de la hanche . . . . .	80 pour 100
— du genou . . . . .	50 et même 75 —
— de l'épaule . . . . .	35 —

Une statistique d'Otis, basée sur près de 1600 cas, donne pour l'épaule une mortalité de 50 pour 100. Pour l'épaule encore la statistique de Billroth donne 45 pour 100.

Ces chiffres ne sont plus vrais aujourd'hui. Dès que l'antisepsie a permis de supprimer ou de diminuer l'infection des plaies articulaires, immédiatement le taux de mortalité a baissé dans des proportions considérables, ainsi que le montre le tableau suivant, dressé par Bousquet d'après les résultats obtenus par Reyher.

	Nombre des cas.	Morts.	Mortalité pour 100.
Cas traités antiseptiquement dès le début . . . . .	46	5	13
Cas traités d'abord sans antisepsie, puis antisepsie secondaire . . . . .	78	48	61,5
Cas traités sans antisepsie . . . . .	62	48	77,4

Le pronostic des plaies articulaires se modifiera donc aujourd'hui du tout au tout, suivant les conditions dans lesquelles se trouvera le blessé, suivant que la plaie sera immédiatement soustraite aux causes d'infection ou qu'elle sera abandonnée à elle-même.

*Traitement.* — Le traitement comprenait autrefois trois méthodes : 1° l'amputation primitive; 2° la résection primitive et 3° la conservation ou expectation, pouvant conduire ultérieurement à la résection ou à l'amputation secondaire. Le traitement des plaies articulaires ne présente plus aujourd'hui que deux méthodes : 1° l'amputation primitive; 2° la conservation obtenue par une intervention immédiate variable suivant les lésions articulaires.

1° *Amputation primitive.* — Elle est commandée par le broiement d'un segment de membre, la destruction complète d'une jointure avec lésions étendues des parties molles qui l'entourent; elle est indiquée par la coexistence de fractures comminutives multiples portant sur les diaphyses voisines de l'articulation ouverte, par les lésions des gros vaisseaux ou des gros troncs nerveux périarticulaires. L'amputation primitive (les lésions étant d'importance égale) sera plus souvent faite au membre inférieur qu'au membre supérieur, mais elle n'est qu'un pis aller imposé par des délabrements étendus, et bien plus souvent les méthodes conservatrices se trouveront indiquées.

La *méthode conservatrice* actuelle ne doit plus du tout être confondue avec l'ancienne, qui consistait simplement à immobiliser le membre et à attendre les accidents pour les combattre par des interventions secondaires, *arthrotomies, drainages, résections tardives.* Aujourd'hui la méthode conservatrice comprend, au contraire, l'*exploration hâtive* de la jointure blessée, suivie d'une intervention à la vérité aussi économique que possible, mais qui pourra cependant aller jusqu'à la résection typique; elle s'efforcera, en tout cas, d'être suffisante pour rendre absolument aseptique la cavité articulaire. L'intervention variera donc avec les indications fournies par l'étendue des désordres articulaires.

Lorsque la plaie est *large* et que les surfaces articulaires ne sont que partiellement intéressées, les bords de la plaie seront soigneusement lavés, désinfectés; la jointure, irriguée dans tous ces culs-de-sac avec une solution de sublimé au 1000<sup>e</sup>, sera débarrassée de tous les corps étrangers, de tous les débris cartilagineux osseux ou ligamenteux qui ont pu y être apportés, puis, elle sera drainée et enveloppée dans un pansement antiseptique. Un appareil plâtré, placé par-dessus un pansement bien fermé, assurera l'immobilité de l'articulation.

La plaie est-elle *étroite*, produite par une balle, par exemple? Il faut immédiatement, avant qu'aucun symptôme d'arthrite se soit montré, l'agrandir, ouvrir largement l'articulation et constater la nature et l'étendue des lésions; si les os ne sont pas intéressés, on se bornera à laver la cavité articulaire avec une solution antiseptique, mais généralement on se trouvera en présence de lésions plus ou moins étendues. Alors, si une portion d'une épiphyse articulaire est seule intéressée, qu'elle puisse être enlevée par une résection atypique, c'est à cette pratique qu'il faut donner la préférence; mais si toute une épiphyse est traversée, il faut la réséquer, faisant ainsi une résection semi-articulaire (Ollier). Si les deux surfaces articulaires ont été simultanément lésées, l'indication est de procéder à la résection typique de l'articulation.

Comme il existe fréquemment, en pareil cas, des fissures irradiant de l'épiphyse vers la diaphyse, on comprend combien une intervention hâtive est urgente; ces fissures, en effet, sont des voies ouvertes à la propagation de l'infection vers le canal médullaire, et une résection faite après le début des phénomènes d'arthrite pourra, pour cette raison, ne pas enrayer la marche des accidents. En un mot, l'indication est aujourd'hui *d'aller au-devant* des accidents d'infection dont l'apparition est en quelque sorte fatale en pareil cas.

On fera donc une arthrotomie exploratrice qui n'aboutira qu'au lavage, au nettoyage de la cavité articulaire, s'il n'existe aucune lésion osseuse qui conduira aux résections primitives typiques ou atypiques lorsque les os seront intéressés. Les statistiques de Reyher, les seules qui puissent aujourd'hui nous servir de base, les résultats des ponctions articulaires, des arthrotomies, des résections orthopédiques, nous mènent forcément à cette conclusion.

Voici les tableaux statistiques de Reyher (1).

MORTALITÉ DE 46 CAS DE PLAIES ARTICULAIRES TRAITÉES ANTISEPTIQUEMENT DÈS LEUR PRODUCTION

	OCCLUSION ANTISEPTIQUE.			DRAINAGE ANTISEPTIQUE IMMÉDIAT.			RÉSECTION PRIMITIVE.			TOTAUX.		
	Nombre des cas.	Morts.	Pour 100.	Nombre des cas.	Morts.	Pour 100.	Nombre des cas.	Morts.	Pour 100.	Nombre des cas.	Morts.	Pour 100.
Épaule . . . . .	»	»	»	1	0	0	3	0	0	6	0	0
Coude . . . . .	1	0	0	1	0	0	9	1	11,1	11	1	9,9
Poignet . . . . .	»	»	»	»	»	»	2	0	0	2	0	0
Hanche . . . . .	1 (1)	1	100	»	»	»	0	0	0	1	1	100
Genou . . . . .	12 (2)	»	»	6	3	50	0	0	0	18	3	16,6
Tibio-tarsienne . . . . .	4	0	0	1	0	0	2	1 (2)	50	7	1	14,2
Tarse . . . . .	»	»	»	»	»	»	1	0	0	1	0	0

(1) Drainage secondaire.  
(2) Dans 2 cas secondaires.  
(3) Après amputation (tétanos).

RÉSULTATS DE L'ANTISEPSIE SECONDAIRE DANS 78 CAS DE PLAIES ARTICULAIRES (REYHER)

	PANSEMENT ANTISEPTIQUE, TRAITEMENT DES PORTIONS MORTIFIÉES.			DRAINAGE APRÈS INSUFFISANCE DU PANSEMENT SEUL.			RÉSECTIONS SECONDAIRES APRÈS L'ÉCHEC DU DRAINAGE.			AMPUTATIONS SECONDAIRES APRÈS L'ÉCHEC DU DRAINAGE.			AMPUTATIONS SECONDAIRES APRÈS L'ÉCHEC DES RÉSECTIONS.			RÉSULTATS D'ENSEMBLE.		
	Nombre.	Morts.	Pour 100.	Nombre.	Morts.	Pour 100.	Nombre.	Morts.	Pour 100.	Nombre.	Morts.	Pour 100.	Nombre.	Morts.	Pour 100.	Nombre.	Morts.	Pour 100.
Épaule . . . . .	»	»	»	1	0	0	6	3	50	»	»	»	»	»	»	7	3	42,28
Coude . . . . .	2	0	0	1	0	0	6	2	33,3	»	»	»	2	1	50	11	5	27,2
Main . . . . .	»	»	»	»	»	»	4	0	0	»	»	»	1	1	100	5	1	20
Hanche . . . . .	1	1	100	1	1	100	2	2	100	»	»	»	»	»	»	4	4	100
Genou . . . . .	»	»	»	19	18	94,7	»	»	»	21	16	76,1	»	»	»	40	34	85
Tibio-tarsienne . . . . .	»	»	»	1	0	0	4	»	25	1	1	100	»	»	»	6	2	33,3
Tarse . . . . .	»	»	»	2	0	0	12	»	50	»	»	»	1	0	0	5	1	20

On voit la différence énorme qui existe entre les résultats des méthodes conservatrices, antiseptiques (occlusion, drainage ou résection), suivant l'époque à laquelle le chirurgien y a recours.

Enfin, la démonstration la plus éclatante de l'importance capitale de la

(1) Beaucoup de statistiques ont été faites autrefois, elles opposent les résultats de la méthode conservatrice ancienne (l'expectation pure et simple) à ceux de la résection primitive, et ces statistiques conduisent à faire adopter dans tous les cas la méthode conservatrice. Nous ne reproduisons pas ces relevés, parce que nous pensons qu'ils n'ont plus aujourd'hui qu'un intérêt historique et qu'ils ne prouveront qu'une chose, c'est qu'autrefois un blessé avait moins de chances d'avoir sa plaie infectée par les projectiles que par les mains du chirurgien.

méthode conservatrice antiseptique a été fournie par une série de 81 blessures de l'articulation du genou.

Dix-huit cas traités dès le *principe* par la méthode antiseptique ont donné 5 morts, ce qui donne une mortalité de 16,6 pour 100. Les 15 survivants ont non seulement conservé leurs membres, mais encore les mouvements de l'articulation.

Quarante cas ont été traités *au début* sans aucune précaution antiseptique, aussi la différence des résultats est-elle considérable; il y eut : 54 morts, soit 85 pour 100. Le membre a été conservé une seule fois.

Enfin 25 cas ont été soignés sans aucune précaution antiseptique ni au commencement ni à la fin du traitement, aussi un seul a-t-il survécu. Mortalité : 95 pour 100.

Par conséquent, la règle thérapeutique générale nous paraît devoir être aujourd'hui absolument opposée à l'expectation, qui était autrefois adoptée, et consister dans une intervention antiseptique immédiate, préventive des accidents.

PLAIES PÉNÉTRANTES PRODUITES PAR INSTRUMENTS PIQUANTS  
TRANCHANTS ET CONTONDANTS

Les instruments piquants (fleurets, épées, baïonnettes, poinçons, etc.) produisent des plaies profondes, étroites et souvent sinueuses. Les instruments tranchants, sabres, haches, serpes, faux, donnent généralement des plaies larges et béantes. Les plaies contuses peuvent être produites soit par le choc de corps vulnérants volumineux, soit par le passage d'une roue de voiture sur une jointure, soit par une chute violente, le genou par exemple portant sur l'arête d'une marche d'escalier. Mais, quelle que soit la cause de la plaie articulaire, elle se présentera sous deux aspects cliniques très différents suivant qu'elle sera large ou étroite.

*Plaies articulaires larges.* — Elles sont généralement produites directement par des instruments tranchants, plus souvent par des instruments contondants; quelquefois elles succèdent indirectement à la perforation des parties molles par une extrémité articulaire luxée.

Dans tous les cas, le fait essentiel est qu'entre les lèvres entr'ouvertes d'une large plaie, le chirurgien aperçoit les surfaces articulaires de la jointure saines ou lésées par la violence extérieure. Si les bords de la solution de continuité ne sont pas écartés et ne permettent pas l'inspection directe, l'exploration avec un doigt parfaitement aseptique ne laissera aucun doute sur l'existence de la pénétration articulaire.

Suivant la nature de l'agent vulnérant, la plaie sera plus ou moins nette ou machée; il s'écoulera plus ou moins de sang ou de synovie, les extrémités articulaires seront ou ne seront pas intéressées, toutes particularités extrêmement importantes au point de vue du pronostic, dont la largeur de la plaie permettra de se rendre facilement compte.

*Plaies étroites.* — Elles sont ordinairement produites par des instruments piquants, quelquefois par des instruments tranchants, agissant par leurs pointes.

Il est classique de leur reconnaître trois symptômes : la *douleur*, l'*écoulement de sang par la plaie* et l'*écoulement de synovie*. Mais, en réalité, l'écoulement sanguin n'est dû qu'à la section des parties molles périarticulaires, et la pratique des ponctions articulaires et des arthrotomies nous a aujourd'hui préemptoi-

rement démontré que l'incision ou la perforation d'une synoviale ne s'accompagne pas d'une douleur spéciale lorsque la plaie ne se complique point d'arthrite.

En fait, il n'y a que deux symptômes ayant une valeur, et encore faut-il qu'ils se présentent dans certaines conditions : 1° l'écoulement de synovie, c'est-à-dire d'un liquide transparent, filant comme du blanc d'œuf; ce symptôme est caractéristique d'une plaie articulaire lorsque l'écoulement est abondant et se produit dès que l'on imprime des mouvements à la jointure blessée; 2° la distension rapide d'une synoviale articulaire dans les quelques heures qui suivent une blessure; le sang s'écoule dans l'articulation qui lui est facilement accessible, tandis que le trajet extérieur étroit et sinueux ne lui livre pas passage.

Or ces deux symptômes peuvent manquer; de plus, ils sont infidèles, car la quantité de synovie qui s'écoule peut être petite et confondue avec la sérosité qui s'écoule d'une bourse muqueuse ou tendineuse ouverte au voisinage de l'articulation. Cette synovie peut encore être teintée de sang et passer inaperçue si l'examen n'est pas très attentif.

De même la distension de la synoviale articulaire par un épanchement sanguin peut exister sans que la cavité articulaire soit ouverte; la violence extérieure a pu produire en même temps qu'une plaie des parties molles une entorse avec arrachement intra-articulaire de parcelles osseuses, et une hémarthrose.

Au point de vue du diagnostic, on peut donc dire que la distinction entre une plaie pénétrante et une plaie non pénétrante est évidente lorsqu'il s'agit de plaies larges, impossibles à établir avec certitude lorsqu'on est en présence d'une plaie étroite. En pareil cas, on conseillait autrefois de rester dans l'incertitude, de se garder d'imprimer des mouvements à la jointure et surtout d'explorer le trajet de la plaie avec un stylet. Nous pensons au contraire que le chirurgien a un intérêt de premier ordre à savoir si la plaie est pénétrante ou non, et que l'exploration avec un stylet *aseptique* ou mieux avec le doigt après débridement de la plaie est absolument indiquée.

*Marche et terminaison.* — La marche d'une plaie articulaire est absolument simple lorsque la plaie est aseptique, ou présente toutes les complications de l'arthrite traumatique lorsqu'elle est septique. Dans le premier cas, la réparation se fait dans l'espace de quelques jours par réunion immédiate sans provoquer aucun phénomène douloureux, aucun accident général; nous avons tous les jours des exemples de cette marche simple à la suite des ponctions articulaires faites pour les hémarthroses du genou, des arthrotomies entreprises pour l'extraction des corps étrangers articulaires, ou des sutures de la rotule fracturée. Les luxations compliquées de plaies se comportent aussi très simplement lorsque les surfaces déplacées ont pu être réduites après avoir été convenablement nettoyées.

Mais dans le cas contraire, lorsque l'agent vulnérant était chargé de matières septiques, lorsque la plaie a été contaminée ou n'a pu être nettoyée, le cortège des accidents si bien décrits autrefois apparaît aussitôt. Ces accidents sont légers ou terribles, suivant la nature ou le degré de l'infection de la synoviale.

Dans le premier cas, on a affaire à une arthrite séreuse ou plastique; la peinture pendant les trois ou quatre premiers jours ne présente pas de changement, puis elle commence par devenir douloureuse au toucher, elle se tuméfie, la synoviale est distendue par un épanchement et le moindre mouvement devient extrêmement pénible. La fièvre reste modérée et, si le membre est soigneuse-

ment immobilisé après une durée variable, les phénomènes inflammatoires s'amendent, la plaie se cicatrise et les mouvements de la jointure, d'abord très limités et douloureux, reprennent peu à peu leur étendue.

Cette terminaison heureuse est loin d'être fréquente, et pour ne pas être constante, comme dans les plaies par armes à feu, la suppuration avec toutes ses conséquences est habituelle lorsque l'arthrite est abandonnée à elle-même.

**Traitement.** — *Plaies larges.* — Le traitement est ici fort simple ; il consiste à faire une irrigation soignée de l'articulation avec une solution de sublimé au 1000<sup>e</sup>, à enlever tous les corps étrangers qui ont pu être entraînés dans la jointure. Puis, si les bords de la plaie sont nets, on les réunit par des points de suture en plaçant un drain volumineux dans un des angles de la réunion. Un pansement antiseptique est appliqué directement sur la jointure blessée et un appareil plâtré l'immobilise. Si les bords de la plaie sont contus ou mâchés, inaptes par conséquent à être réunis, quelques bandelettes de gaze iodoformée sont interposées entre eux et le reste du pansement établi de même.

*Plaies étroites.* — Ici la règle à suivre est plus délicate. Si l'on se borne à laver l'orifice extérieur, on n'atteint point les agents d'infection déposés au fond de la plaie et l'antisepsie est illusoire. Faut-il donc, de propos délibéré, pour une simple piqûre dans une région articulaire, ouvrir l'articulation pour la désinfecter, alors qu'il n'existe encore aucun phénomène inflammatoire ? Cette pratique me paraît absolument rationnelle. La plaie sera débridée, le chirurgien suivra son trajet en l'élargissant peu à peu. Si ce trajet ne traverse point la synoviale et que la plaie ne soit pas pénétrante, son lavage et sa désinfection n'auront pas à la vérité la même importance que si la plaie est articulaire, mais ils hâteront encore la guérison.

Si, en débridant la plaie, on reconnaît que la synoviale a été ouverte, on agrandira l'orifice de pénétration, on désinfectera la cavité articulaire et l'on se placera dans les conditions d'une arthrotomie antiseptique. Que si une semblable pratique préventive des accidents paraît trop hardie à un chirurgien qui ne se trouve point dans les conditions d'antisepsie absolue nécessaire pour l'employer, il pourra recourir à l'ancienne thérapeutique ; elle consiste à pratiquer l'occlusion de la plaie avec de la ouate et du collodion et à immobiliser la jointure avec un appareil plâtré ou mieux avec un appareil de compression ouaté. Mais il devra attentivement surveiller le malade et, à la moindre élévation thermique, au moindre symptôme local d'arthrite aiguë, pratiquer immédiatement l'ouverture et le lavage articulaire.

## ARTHRITES INFECTIEUSES ET INFLAMMATOIRES

Par le D<sup>r</sup> FÉLIX LAGRANGE

Agrégé de la Faculté de Bordeaux. — Chirurgien des hôpitaux.

### CHAPITRE PREMIER

#### DES ARTHRITES INFECTIEUSES

Les arthrites infectieuses sont celles dont l'existence est subordonnée à un état infectieux, c'est-à-dire à la contamination, à la souillure de l'organisme par un principe spécial venu du dehors, quelles que soient l'origine et la nature de cet état morbifique.

Il faut donc entendre par arthrites infectieuses, les arthrites septiques, parasitaires ou virulentes, microbiennes pour la plupart, secondaires aux maladies générales.

Le nombre de ces arthrites est grand et leur importance est de premier ordre. Nous décrirons successivement :

- 1<sup>o</sup> Les arthrites tuberculeuses ;
- 2<sup>o</sup> Les arthrites syphilitiques ;
- 3<sup>o</sup> Les arthrites blennorrhagiques ;
- 4<sup>o</sup> Les arthrites liées aux fièvres éruptives et celles résultant d'une affection inflammatoire infectieuse (fièvre typhoïde, endocardite ulcéreuse, dysenterie, diphthérie, etc., etc.).

Les arthrites tuberculeuses étant de beaucoup les plus importantes, c'est par elles que nous commencerons.

#### I

##### DES ARTHRITES TUBERCULEUSES

Il faut entendre par arthrite tuberculeuse l'inflammation d'une articulation occasionnée par l'élément spécifique de la tuberculose.

L'inflammation ainsi produite est très variable dans son degré ; elle peut être franchement aiguë, plus souvent elle est subaiguë ou chronique, lente dans sa marche et ses manifestations, mais toujours ses symptômes résultent de l'irritation produite dans les diverses parties de l'article (os, synoviales, ligaments) par la présence du poison tuberculeux qui, après avoir créé un foyer morbide local, peut entraîner une infection générale.