

mêmes que ceux de l'entorse; nous serons donc très-brefs dans leur description. Lorsque la contusion a été assez violente et qu'il s'est fait un épanchement intra-articulaire, on voit bientôt apparaître un gonflement qui ne tarde pas à envahir toute l'articulation et s'accompagne de douleurs. Quelquefois le gonflement et les douleurs se dissipent peu à peu, et il ne reste plus qu'une ecchymose plus ou moins intense; mais il n'en est pas toujours ainsi. Dans certains cas, le gonflement augmente, l'inflammation s'allume, et il peut survenir des abcès superficiels. Dans d'autres cas, lorsque la synoviale a été violemment contuse, lorsque les extrémités osseuses ont subi les désordres graves dont nous avons parlé, il se développe une arthrite aiguë, tellement intense, que la suppuration est inévitable. On a vu alors les phénomènes locaux et généraux devenir assez graves pour entraîner la mort (1).

Ces cas sont exceptionnels, il est vrai; en général, chez les sujets doués d'une bonne constitution, et chez qui l'on a employé à temps un traitement rationnel, les symptômes diminuent graduellement. Mais souvent aussi les contusions articulaires sont méconnues et négligées; dans ce cas, il n'est pas rare de voir tous les phénomènes de l'inflammation chronique se développer et amener à leur suite les désordres nombreux qui en sont la conséquence et qui vont quelquefois jusqu'à la tumeur blanche. La constitution du sujet a une grande influence sur la marche ultérieure de la maladie; aussi voit-on souvent, de même que pour l'entorse, une contusion légère être suivie des accidents les plus graves, chez les individus scrofuleux ou débilités.

DIAGNOSTIC. — Le diagnostic des contusions articulaires a beaucoup d'analogie avec celui de l'entorse. Le chirurgien doit d'abord s'enquérir des circonstances dans lesquelles l'accident s'est produit, puis il doit rechercher les lésions anatomiques que présente l'articulation. Aux ecchymoses, on reconnaîtra la rupture des mailles du tissu cellulaire. La déchirure de la synoviale et l'hématocèle intra-articulaire ont pour signes: le gonflement circonscrit, la fluctuation et la crépitation sanguine. Les autres lésions telles que: déchirure des ligaments, attrition des cartilages, écrasement du tissu spongieux des os, etc., sont difficiles à constater, surtout quand l'articulation est le siège d'un engorgement général qui masque l'état des parties.

PRONOSTIC. — Il doit être le plus souvent réservé, à cause de l'impossibilité où se trouve quelquefois le chirurgien de préciser la nature et la gravité des désordres. Il faut aussi tenir compte de la constitution du sujet, puisque nous avons vu que, dans certains cas, une contusion même légère peut être le point de départ d'une arthrite chronique et d'une tumeur blanche.

TRAITEMENT. — Dans les contusions légères, les simples résolutifs suffisent ordinairement; repos au lit et application de compresses imbibées

(1) Brodie, *Maladies des articulations*, p. 53.

d'eau-de-vie camphrée, d'eau blanche ou de vin aromatique. Pour les contusions plus fortes, il faut d'abord immobiliser le membre dans une gouttière de fil de fer, puis employer tout de suite les réfrigérants, afin de prévenir, s'il est possible, le développement de l'inflammation.

Quoique Bonnet se félicite de l'emploi des frictions prolongées et du massage dans le traitement des contusions articulaires, ces moyens nous paraissent avoir moins de chance de réussir que dans le traitement de l'entorse.

Enfin, si l'on n'a pu réussir à faire avorter l'inflammation, il faut avoir recours aux antiphlogistiques locaux et généraux (saignées, cataplasmes émollients, etc.).

C'est par l'emploi longtemps continué des moyens précédents et surtout de l'immobilité unie à la compression, que l'on parviendra à faire disparaître les épanchements intra et extra-articulaires, suites fréquentes des contusions articulaires. Cependant il n'est pas rare que la résorption de ces épanchements se fasse longtemps attendre. Aussi Jarjavay (1) a-t-il proposé, pour éviter cet inconvénient et abrégé le traitement, de faire dès le début la ponction de l'articulation, afin d'évacuer le liquide. Malgré les succès rapportés par Jarjavay et Thévenot (2), l'un de ses élèves, nous n'oserions conseiller un tel moyen, dont les avantages sont contre-balancés par les dangers auxquels il expose le malade.

Enfin, les douches froides ou chaudes, simples ou médicamenteuses, le massage, sont d'une grande utilité pour faire disparaître la roideur qui succède souvent aux contusions, et pour rendre à l'articulation toute l'étendue de ses mouvements.

§ III. — Plaies des articulations.

Les plaies des articulations peuvent être produites soit par des instruments piquants, tranchants ou contondants, soit par des projectiles lancés par des armes à feu. Dans l'un et l'autre cas, elles ont été distinguées en plaies *pénétrantes* et *non pénétrantes*, suivant que la synoviale est intéressée ou respectée.

A. — Plaies par instruments piquants, tranchants ou contondants.

1° *Plaies non pénétrantes.* — Deux points dominent l'histoire des plaies non pénétrantes: la propagation de l'inflammation à l'intérieur de la jointure, et la production de brides cicatricielles gênant plus ou moins les mouvements. Dans un grand nombre de cas, ce sont des plaies simples, ne différant pas des plaies situées dans la continuité des membres; mais il

(1) *Gazette des hôpitaux*, 1863.

(2) *Des ponctions dans les épanchements traumatiques des articulations*, thèse de Paris, 1866.

arrive quelquefois que l'inflammation, se propageant aux parties profondes, entraîne le développement d'une arthrite aiguë. Il faut alors opposer à la phlegmasie le traitement énergique que nous indiquerons plus tard, et immobiliser le membre.

L'immobilité est encore hautement commandée toutes les fois que les téguments sont le siège d'une large solution de continuité qui, sans cesse tiraillée par les mouvements de l'articulation, ne pourrait jamais se réunir, ou lorsqu'il existe une perte de substance considérable à laquelle doit succéder la formation d'un tissu cicatriciel qui pourra, dans la suite, apporter une gêne considérable dans les mouvements de la jointure; on devra donc, dans ce dernier cas, et pendant que le travail de cicatrisation se fait, donner au membre la position dans laquelle la cicatrice soit la plus longue possible, et par conséquent la moins gênante pour les mouvements de l'articulation.

2° *Plaies pénétrantes.* — Quoique toutes les articulations puissent être le siège de plaies pénétrantes, on conçoit cependant que certaines jointures très-étendues et superficiellement placées se trouvent par cela même plus exposées à l'action des agents vulnérants. Ainsi les plaies pénétrantes s'observent surtout au genou, au cou-de-pied, au pied, au poignet et à la main, tandis qu'elles sont rares à l'épaule et à la hanche, qui sont recouvertes d'épaisses couches musculaires. Les plaies pénétrantes du genou, les plus communes et aussi les plus graves de toutes, peuvent servir de type dans la description qui va suivre.

Outre les plaies par instruments piquants, tranchants et contondants, on doit encore admettre des plaies par déchirure des parties molles, comme celles qui succèdent à des luxations avec issue de l'os, ou à la rupture d'un ancien cal fibreux, ainsi qu'il en existe quelques exemples pour la rotule. Enfin, on pourrait rapprocher des plaies pénétrantes des jointures l'ouverture d'une synoviale produite par l'ulcération, la gangrène spontanée des tissus périarticulaires, ou par l'application intempesive d'un caustique au niveau d'une articulation superficiellement placée.

Les instruments piquants, tels que fleurets, épées, baïonnettes, poinçons, clous, etc., produisent des plaies profondes, étroites, quelquefois sinueuses, et dont il est souvent difficile de prévoir l'étendue et la gravité.

Les instruments tranchants, tels que sabres, haches, serpes, faux, etc., donnent lieu à des plaies larges, béantes.

Enfin, les plaies contuses peuvent être produites, soit par le choc d'instruments vulnérants volumineux, soit par le passage d'un corps pesant, soit par une chute d'un lieu élevé.

Mais quel que soit l'agent vulnérant, tantôt les parties molles sont seules divisées, tantôt les os et les cartilages sont atteints en même temps. On observe alors des fractures articulaires, souvent compliquées de la présence d'esquilles. Dans certains cas aussi, le corps vulnérant venant à se briser dans la plaie, devient la source d'accidents graves. Enfin, il peut

se faire que les vaisseaux et les nerfs principaux du membre aient été atteints par la même cause, ce qui constitue une complication extrêmement sérieuse.

SYMPTOMATOLOGIE. — La douleur, l'écoulement de sang et de synovie sont les symptômes immédiats d'une plaie pénétrante articulaire.

La douleur, d'ailleurs très-variable, mais généralement plus vive dans les plaies par instruments piquants, tantôt se calme au bout de peu de temps pour ne plus reparaitre, lorsque la guérison a lieu; tantôt, au contraire, va en augmentant, ou reparait plus vive au bout de quelques jours, si, comme cela a lieu fréquemment, la plaie se complique d'inflammation.

L'écoulement de sang, qui varie en quantité, se fait à l'extérieur, dans le cas de plaie large. Lorsque, au contraire, celle-ci est étroite et sinueuse, ou lorsque, par une occlusion de la plaie cutanée, on empêche le sang de s'écouler à l'extérieur, il s'épanche dans l'intérieur de la jointure.

L'écoulement de la synovie, c'est-à-dire d'un liquide transparent, filant comme du blanc d'œuf ou de l'eau gommée, est un signe pathognomonique des plaies pénétrantes des articulations. Cependant il peut manquer, lorsque, par exemple, la plaie est étroite et sinueuse. De plus, dans certaines régions, on pourrait prendre pour de la synovie le liquide qui s'écoulerait d'une bourse séreuse ou d'une gaine tendineuse ouverte, quoique dans ce dernier cas l'écoulement soit toujours moins abondant que lorsqu'il s'agit de liquide synovial proprement dit.

Tantôt l'écoulement de synovie a lieu d'une manière continue; tantôt, au contraire, il est intermittent, et ne se produit que lorsqu'on fait mouvoir l'articulation.

Lorsque la plaie est de petite dimension, et qu'on a eu le soin d'employer, dès le début, les moyens thérapeutiques propres à empêcher le développement de l'inflammation, il peut se faire que la cicatrisation ait lieu promptement et sans plus d'accidents que s'il se fût agi d'une plaie simple des téguments. De semblables faits sont malheureusement fort rares. Il est beaucoup plus fréquent de voir survenir, vers le cinquième ou sixième jour, des accidents inflammatoires sérieux que la bénignité des symptômes primitifs était loin de faire soupçonner. Dans certains cas, il est vrai, il y a une cause appréciable à laquelle on peut rattacher le développement de ces phénomènes d'inflammation: ainsi le malade aura continué, après l'accident, à se servir de son membre; des pansements mal faits, la présence de corps étrangers venus de l'extérieur, l'influence fâcheuse d'une cachexie, telle peut être quelquefois l'origine d'une phlegmasie grave. Mais il y a des cas où la maladie, qui paraissait d'abord d'une simplicité parfaite, et cela pendant plusieurs jours, a brusquement revêtu les caractères les plus sérieux, sans que rien puisse expliquer d'une manière satisfaisante cette fâcheuse complication.

C'est donc vers le quatrième ou le cinquième jour seulement après l'accident que l'inflammation commence à se manifester. Le pourtour de la

plaie est le siège d'un poids et d'une chaleur incommodes; l'articulation est toujours douloureuse et gênée dans ses mouvements; il y a du gonflement, de la rougeur, de la chaleur; les lèvres de la plaie, loin d'avoir de la tendance à se réunir, se gonflent, s'écartent, deviennent blafardes, comme infiltrées d'une sorte de sérosité roussâtre que la pression exprime; la peau qui recouvre l'articulation est elle-même tendue, empâtée; on trouve, en un mot, tous les signes extérieurs d'une inflammation profonde qui a envahi la cavité articulaire. Les symptômes généraux traduisent également l'existence d'une violente inflammation locale: pouls fréquent et dur, face colorée, chaleur de la peau, soif ardente, inappétence, insomnie.

Lorsque l'arthrite traumatique s'est développée, il est très-rare qu'on puisse en arrêter les progrès et s'opposer à la suppuration.

On doit considérer comme tout à fait exceptionnelle la résolution graduelle de l'inflammation, suivie de la cicatrisation de la plaie et du rétablissement des mouvements de la jointure. Cependant on a observé quelquefois cette heureuse terminaison, principalement dans des cas de plaies étroites. On a même vu certaines plaies articulaires, suivies d'une arthrite avec épanchement, se fermer et se rouvrir à plusieurs reprises, en donnant lieu à un écoulement intermittent du liquide épanché, puis se cicatrifier définitivement.

Dans l'immense majorité des cas, et quoi qu'on fasse, les symptômes de l'arthrite vont toujours en augmentant d'intensité et aboutissent à la suppuration. Celle-ci, qui s'annonce presque toujours par des frissons irréguliers, peut se limiter pendant quelque temps à la cavité articulaire; mais cela est assez rare, et l'on voit ordinairement des abcès se former simultanément dans l'articulation même et dans des points plus ou moins éloignés de celle-ci; cette variété d'abcès se rencontre surtout au voisinage des articulations larges. Il est fréquent aussi, dans ces mêmes articulations, comme celle du genou, par exemple, que les culs-de-sac sous-musculaires de la synoviale s'ulcèrent et livrent passage au pus, qui envahit le tissu cellulaire profond des membres et produit des désordres considérables. L'ulcération des culs-de-sac sous-tricipitaux de la synoviale du genou, et l'infiltration du pus entre le fémur et les couches musculaires profondes de la cuisse, nous paraissent l'une des causes principales de l'excessive gravité de l'arthrite purulente du genou.

Le pus ne se conduit pas de la même façon quand la suppuration s'établit au pourtour des petites articulations serrées; là il ne peut pas se réunir en vastes foyers, et fuse dans les gaines tendineuses en décollant les muscles.

La matière produite par la suppuration de la cavité articulaire n'est pas phlegmoneuse; la synovie, d'abord claire et visqueuse, ne tarde pas à se transformer en un liquide trouble, séreux ou séro-purulent, qui s'échappe à l'extérieur, en entraînant avec lui des flocons albumineux. Cette inflammation suppurative ne borne pas son action aux parties molles; au bout de

peu de temps, les cartilages, les os eux-mêmes, peuvent s'enflammer et se nécroser.

Avec ces phénomènes locaux marche l'altération de la santé générale: les douleurs sont très-vives et empêchent le sommeil; la fièvre est intense; la suppuration considérable et incessante qui épuise le malade aurait pour conséquence inévitable la mort, si l'on ne se hâtait d'intervenir activement.

L'arthrite traumatique suppurée peut se terminer de différentes manières: dans certains cas, la suppuration diminue peu à peu d'abondance, les symptômes locaux et généraux s'amendent, et la guérison survient. Il est rare alors que l'articulation recouvre l'intégrité de ses mouvements; cependant il existe dans la science quelques faits qui démontrent la possibilité d'une aussi heureuse terminaison. Ainsi H. Blot (1) a rapporté deux observations d'arthrites suppurées guéries sans ankylose, et nous avons pu observer un exemple très-remarquable d'une semblable guérison, à la suite d'une plaie pénétrante du genou.

Dans la majorité des cas, cependant, lorsque l'arthrite traumatique guérit après suppuration, surtout s'il s'agit d'une grande articulation, comme le genou, le coude, le poignet, il reste, soit une ankylose incomplète, ce qui est encore une terminaison favorable, soit une ankylose complète et par soudure osseuse.

La mort est une terminaison assez fréquente de l'arthrite traumatique. On a observé des cas où l'inflammation s'est développée avec une telle intensité, que les malades succombaient rapidement, sans que la suppuration ait eu le temps de s'établir. Larrey et Velpeau ont rapporté des exemples de gangrène ayant enlevé en quelques jours des malades atteints de plaies articulaires. On a vu aussi le tétanos devenir mortel en vingt-quatre ou quarante-huit heures, et c'est principalement lorsque les petites articulations sont atteintes que ces phénomènes nerveux se développent, sans que rien puisse arrêter leur marche rapidement funeste.

D'après Bonnet, la mort est souvent due à l'infection putride résultant de la décomposition qu'éprouve le sang épanché dans l'articulation, sous l'influence du contact de l'air: l'articulation se tuméfie et devient le siège de douleurs très-vives, la plaie donne issue à des liquides fétides, mélangés de bulles d'air; en même temps s'allume une fièvre ardente; le pouls est fréquent, la peau est sèche et prend une teinte légèrement ictérique; la langue se racornit, les selles sont fétides, et le malade est en proie à un délire silencieux, mais continu et agité de mouvements désordonnés; enfin, la mort ne tarde pas à arriver. A l'autopsie, on ne trouve pas d'abcès métastatiques; le sang est fluide et la putréfaction s'opère rapidement.

Dans les plaies articulaires, on observe souvent aussi l'infection purulente, résultat le plus habituel de la phlébite, et dans laquelle l'autopsie

(1) Archives générales de médecine, 1856, t. I, p. 561.

montre l'existence de nombreux abcès, épars dans différentes régions du corps.

De l'exposé des symptômes, de la marche et des terminaisons des plaies articulaires, ressort un grand fait, c'est l'immense gravité de l'arthrite traumatique, gravité dont la cause réelle est loin d'être parfaitement démontrée. Il paraît certain que l'influence de l'air extérieur doit être considérée comme l'une des causes les plus puissantes du développement de l'arthrite traumatique. Mais l'observation des faits démontre que cette action de l'air ne suffit pas pour expliquer la fréquence et la gravité de cet accident des plaies articulaires.

On a voulu en rechercher la cause non pas dans la simple pénétration de l'air, mais dans sa circulation à travers la jointure. Mais ne sait-on pas que certaines plaies très-étroites, à travers lesquelles l'air pénètre avec la plus grande difficulté et ne peut se renouveler, sont suivies d'arthrites suraiguës, tandis que d'autres plaies beaucoup plus larges, permettant l'abcès et le renouvellement de l'air, ne présentent que des phénomènes inflammatoires très-modérés ? Concluons donc, tout en admettant en principe l'action nuisible de l'air, que cette action est insuffisante pour rendre compte de la gravité de l'arthrite traumatique, gravité que nous nous bornerons à constater, sans vouloir en rechercher la cause prochaine.

DIAGNOSTIC. — Quand la plaie est large, le diagnostic n'offre généralement pas de difficultés. On peut, en écartant les bords de la solution de continuité, reconnaître les cartilages articulaires, et par la pression faire sortir un peu de synovie. Fleury (1) rapporte un fait de plaie pénétrante du coude dans lequel on voyait entre les lèvres de la plaie une petite tumeur fongiforme, blanchâtre, dont la pression faisait sortir un liquide clair, onctueux, incolore; on fut longtemps avant de reconnaître la nature de cette fongosité : c'était une frange synoviale qui faisait hernie à travers la division des téguments.

La pénétration est difficile à reconnaître, lorsque la plaie est étroite et produite par un instrument aigu, comme une alène de cordonnier, un poinçon, un bout de fleuret. On peut tirer parti de l'inspection de la forme, de la direction et de l'étendue de la plaie, comparées à la forme, aux dimensions de l'instrument qui a produit la lésion; mais cela ne suffit pas. Si la cavité articulaire a été ouverte, il s'écoule de la synovie transparente et visqueuse. Cependant, ce signe n'est pas absolu : car, d'un côté, il peut arriver que ce liquide ne puisse se faire jour à l'extérieur, le trajet étant long et sinueux et le parallélisme entre l'ouverture de la synoviale et celle des téguments étant détruit; d'un autre côté, une plaie non pénétrante peut avoir ouvert une bourse muqueuse ou une gaine tendineuse, et donner issue à un liquide clair et onctueux qui pourra être pris pour de la synovie.

On a donné le conseil de comprimer l'articulation de manière à faire

(1) Thèse de Paris, 1836, n° 117.

sortir quelques gouttes de synovie. Boyer s'élève avec juste raison contre cette pratique qui expose le chirurgien à augmenter les phénomènes d'inflammation, et qui, en dernière analyse, ne donne qu'un résultat douteux, puisque l'origine du liquide que l'on obtient est incertaine, comme nous venons de le voir. Faut-il avec un stylet aller à la découverte des désordres produits ? Tous les chirurgiens sont d'accord pour blâmer ces explorations qui, même lorsqu'on les pratique avec le plus de ménagement possible, sont excessivement dangereuses; elles produisent, en effet, un surcroît d'irritation; elles facilitent l'introduction de l'air dans la plaie; enfin, elles décollent les tissus qui peuvent être déjà en voie de réparation. Il est donc infiniment plus sage de s'abstenir de toute exploration dans les cas douteux, et de se conduire comme si l'on avait affaire à une plaie pénétrante. En agissant ainsi, en instituant d'emblée un traitement antiphlogistique énergique, toutes les fois que l'on peut soupçonner la lésion intra-articulaire, et en surveillant avec soin la marche de la maladie, le praticien se mettra à l'abri des accidents qu'une expectation imprudente pourrait laisser survenir.

Il est un cas cependant où l'exploration avec le stylet est permise, mais avec tous les ménagements possibles : c'est celui où l'on a lieu de supposer qu'une portion du corps vulnérant s'est brisée et est restée dans l'articulation.

PRONOSTIC. — D'une manière générale, le pronostic des plaies articulaires est fâcheux, en raison de la gravité de l'arthrite traumatique, qui est toujours à craindre en pareil cas, et dont on connaît les funestes conséquences, non-seulement pour l'articulation blessée, mais encore pour la vie du malade. Le pronostic doit donc toujours être réservé, et cette remarque est d'autant plus importante que les accidents n'éclatent généralement qu'après quelques jours d'un calme trompeur.

Cependant si le pronostic est grave d'une manière générale, il ne l'est pas également pour tous les cas; ainsi les plaies qui affectent une direction parallèle à la longueur des fibres musculaires et ligamenteuses paraissent moins graves que celles qui sont perpendiculaires à cette direction, et dont les lèvres ont plus de tendance à rester béantes. Le pronostic est moins fâcheux aussi pour les plaies nettes et de petites dimensions; il est plus grave, au contraire, lorsqu'il existe quelque complication, comme des luxations, des fractures des extrémités osseuses, lorsqu'il y a un épanchement sanguin ou un fragment du corps vulnérant resté dans la plaie.

Enfin, lorsque l'arthrite traumatique s'est développée, il faut toujours porter un pronostic très-grave; car elle aboutit presque fatalement à la suppuration, et la terminaison à peu près constante, et la plus heureuse dans le cas où l'articulation a suppuré, est, comme nous l'avons dit, l'ankylose complète ou incomplète. Le plus souvent on est obligé ou bien de réséquer les extrémités articulaires, ou bien d'amputer le membre, et encore n'est-on pas toujours certain de conserver la vie au malade.

TRAITEMENT. — Le traitement des plaies pénétrantes des articulations a,

de tous temps, préoccupé les chirurgiens. Cette question est encore actuellement à l'ordre du jour, et malgré l'importante discussion à laquelle elle donna lieu en 1865, au sein de la Société de chirurgie, discussion qui, depuis cette époque, s'est plusieurs fois incidemment renouvelée, on doit avouer que la lumière n'est pas encore complètement faite sur ce sujet. Une conclusion nous paraît cependant devoir être tirée de tous les faits avancés jusqu'ici, c'est qu'il est fort difficile, sinon même impossible, d'établir des règles générales et absolues pour le traitement des plaies articulaires, et que ce traitement doit varier suivant une foule de circonstances : suivant la nature de la plaie, suivant son état de simplicité ou de complication et surtout suivant l'articulation qui est le siège de la blessure. C'est en tenant compte de ces divers éléments que nous exposerons les principes qui doivent guider la conduite du chirurgien.

Les indications diffèrent suivant que l'on se trouve en présence de plaies simples ou de plaies compliquées. Dans le premier cas, le chirurgien doit se proposer : 1° de prévenir le développement de l'arthrite ; 2° de combattre celle-ci lorsqu'elle existe ; 3° enfin, s'il n'a pu empêcher la suppuration, de parer aux accidents graves qui peuvent en résulter. Nous examinerons d'abord ces trois indications du traitement des plaies articulaires simples, puis nous exposerons le traitement des plaies compliquées.

1° *Traitement préventif de l'inflammation.* — L'immobilisation de la jointure est l'un des premiers moyens à employer. Parmi les différents appareils de contention, le meilleur, à notre avis, est la gouttière de fil de fer ou de fer-blanc qui maintient les parties dans une immobilité complète, sans les comprimer d'une manière fâcheuse, et laisse la plaie accessible aux applications thérapeutiques locales. Les appareils inamovibles, avec une ouverture pratiquée au niveau de la plaie, sont aussi conseillés par quelques chirurgiens, mais nous croyons ce moyen inférieur au précédent, du moins dans le principe, car il n'est pas rare de voir les parties laissées à nu par l'ouverture pratiquée à l'appareil s'engorger et s'infiltrer, sans présenter aucune tendance à la réunion.

Il est important, avant d'immobiliser le membre, de donner à l'articulation la position qui sera la plus convenable pour la soustraire aux chances d'introduction de l'air, et dans laquelle par conséquent la cavité articulaire présentera les moindres dimensions. Cette position varie pour les diverses articulations : pour la hanche, le genou, le poignet, c'est l'extension ; c'est, au contraire, la flexion pour le coude et le pied. Or, il se trouve précisément que cette même position, qui convient pour soustraire les articulations à l'introduction de l'air, est celle dans laquelle le membre ankylosé est apte à rendre le plus de services. Il faut donc, de prime abord, dans le cas de plaie articulaire, immobiliser le membre dans la position que nous avons indiquée pour chaque articulation.

En même temps que l'on immobilisera le membre blessé, on devra soumettre l'articulation à l'action prolongée des réfrigérants : glace, compresses trempées dans l'eau froide et fréquemment renouvelées,

irrigations continues. C'est à ce dernier moyen que nous conseillons d'avoir recours toutes les fois que la région en permettra l'application.

Comment doit-on se comporter vis-à-vis de la plaie ? Question importante et dont la solution diffère suivant les cas. S'il s'agit d'une plaie nette, étroite, récente, et, comme nous l'avons supposé, exempte de complication, il est de règle, quelle que soit l'articulation blessée, de soustraire la plaie au contact de l'air et de chercher à obtenir la réunion immédiate. En prescrivant d'agir ainsi, nous n'avons pas tant en vue d'empêcher la pénétration de l'air extérieur dans la jointure, que de prévenir l'inflammation de la plaie extérieure et la propagation de cette inflammation à la séreuse elle-même.

Pour obtenir l'occlusion de la plaie, on peut employer les emplâtres agglutinatifs, le taffetas d'Angleterre, le diachylon ; mais on se trouvera bien surtout d'appliquer un morceau de linge imbibé de collodion qui, en se rétractant, maintient mieux les lèvres de la plaie.

Si l'on a affaire à une plaie plus large, également nette, non compliquée et récente, nous pensons qu'il faut encore tenter la réunion immédiate et avoir recours, soit aux bandelettes agglutinatives, soit mieux encore à la suture. On devra donner la préférence, dans ce cas, à la suture entrecoupée, faite avec des fils métalliques fins dont la présence provoque généralement très-peu d'inflammation, en ayant soin de ne comprendre dans les points de suture que la peau et les tissus sous-cutanés.

Dans les cas de plaies contuses, certains chirurgiens conseillent de faire la réunion ; d'autres, au contraire, pensent qu'il est mieux d'abandonner toute tentative de ce genre et de se borner à modérer la violence de l'arthrite à peu près inévitable alors, par l'immobilisation du membre et l'emploi des réfrigérants, des antiphlogistiques, etc. Nous nous rangeons complètement à la pratique de ces derniers.

2° *Traitement curatif de l'arthrite.* — Si malgré l'emploi des moyens précédemment indiqués, l'arthrite a commencé à se développer, on doit faire tous ses efforts pour l'arrêter dans sa marche et prévenir la formation du pus. Les antiphlogistiques généraux et locaux (saignées, sangsues, ventouses, cataplasmes émollients) doivent être mis en usage. On pourrait également avoir recours au moyen proposé par Vanzetti (1) et qui lui a fourni quelques succès remarquables dans le traitement des inflammations aiguës des extrémités ; nous voulons parler de la compression de l'artère principale du membre. L'immobilité doit être conservée avec plus de soin encore qu'auparavant. Enfin, si la violence de l'arthrite paraissait être calmée par l'emploi de ces divers moyens, on pourrait recourir avec avantage aux larges vésicatoires renouvelés coup sur coup, que Fleury père (de Clermont), Velpeau et Nélaton ont préconisés dans ces cas.

3° *Traitement de l'arthrite suppurée.* — Lorsque l'arthrite s'est terminée

(1) *Giornale veneto di scienze mediche*, t. X.