

met dans l'hyperextension parce que les ligaments sont distendus et peut-être aussi que la surface articulaire du tibia devient inclinée en avant.

d) Le *genu recurvatum rachiticum* repose sur ce fait que le cartilage épiphysaire est plus haut en arrière qu'en avant. Il peut être pur, mais il fait le plus souvent partie des symptômes d'un valgum concomitant.

#### § 14. — Opérations pratiquées sur le genou.

Depuis l'emploi de la méthode antiseptique, les chirurgiens ont pratiqué sur le genou une série d'opérations qui témoignent des immenses progrès que la chirurgie a réalisés. On fait couramment des opérations que l'on considérait autrefois comme dangereuses, et on a mis en usage des procédés auxquels on n'aurait jamais songé autrefois.

Les cas si fréquents autrefois de pyohémie consécutifs aux coupures et aux piqûres du genou arrêtaient la hardiesse des chirurgiens, mais ils sont aujourd'hui sans importance en présence de la méthode antiseptique. Quand une plaie même accidentelle du genou est pansée tout de suite antiseptiquement, on ne voit pas survenir de pyohémie.

**Ponction.** — La simple ponction de l'articulation était faite autrefois dans les cas d'hydarthrose, mais à titre seulement palliatif. Dans quelques cas cependant où cette ponction fut répétée, le malade obtint une guérison durable lorsqu'on avait associé à la ponction une solide compression. La ponction se faisait souvent en déplaçant la peau afin d'éviter l'entrée de l'air dans l'articulation.

Depuis l'année 1844, Velpeau et Bonnet conseillèrent d'ajouter à la ponction une injection iodée, et d'agir dans l'hydarthrose comme dans l'hydrocèle ou dans les kystes du corps thyroïde. La solution iodée était laissée de 1 à 2 minutes dans l'articulation et cette dernière massée pour que tous les points de la synoviale entrassent en contact avec la solution iodée. Puis le membre était mis dans le repos absolu.

Sur 10 cas, Velpeau et Bonnet n'ont pas vu un seul cas de suppuration, et ont obtenu 6 fois la guérison sans ankylose ; 4 fois récidive. Bérard a vu quelquefois se produire de la suppuration. Schuh a fait plusieurs fois cette opération avec succès, et moi aussi.

Dans ces derniers temps, comme je l'ai dit plus haut, on a fait la ponction du genou dans le but que Scheede a indiqué, c'est-à-dire d'évacuer un épanchement sanguin dans une fracture de la rotule

(ponction suivie d'un lavage avec une solution phéniquée à 3 0/0).

Kœnig recommande aussi la ponction suivie de compression dans les cas d'arthrite suppurée légère, ainsi que dans l'arthrite blennorrhagique ou l'empyème érysipélateux. Quand Kœnig ne parvient pas au but du premier coup, il recommence la ponction et injecte 10 à 15 grammes d'eau phéniquée à 5 0/0.

**Arthrotomie.** — L'incision du genou, que j'ai appelée arthrotomie, a été faite au siècle dernier dans les cas d'hydarthrose. Il semble que cette opération soit moins grave sur une articulation enflammée que sur une articulation saine ; sans cela on ne l'aurait pas pratiquée. Dans les suppurations du genou les anciens chirurgiens prévoyants incisaient également. Enfin les chirurgiens firent l'arthrotomie dans les cas de corps étrangers, jusqu'à ce qu'une série de cas malheureux vinsent arrêter leur hardiesse.

**ARTHROTOMIE POUR CORPS ÉTRANGERS.** — L'histoire de l'opération des corps étrangers articulaires est intéressante.

La plus ancienne observation nous est donnée par Paré qui opéra un cas avec succès. Plus tard, Pechlin, Bromfield, Hunter, Benj. Bell, Abernethy, Theden, Rust et d'autres en opèrent également. Desault fit cette opération 4 fois, Brodie la répéta 3 fois sur le même genou. Sander, Schreger, Larrey, Eckstrøm l'ont faite chacun 2 fois, ces derniers avec succès. Mais quelques décès (Simpson, Bromfield, Hewitt, Theden, Benj. Bell, Delpech, Rust) montrèrent les dangers de cette intervention, et Benj. Bell alla jusqu'à soutenir qu'il préférerait l'amputation de cuisse à l'arthrotomie. C'est pourquoi on recommandait autrefois de ne faire l'incision qu'en faisant glisser la peau, et de n'opérer qu'en présence de troubles graves.

Pour éviter l'entrée de l'air, que Desault considérait comme inoffensive, Goyrand proposa « la méthode sous-cutanée en plusieurs temps ». Le corps étranger est fixé sur le condyle fémoral, et on fait au-dessus de lui un repli transversal avec la peau. L'opérateur pénètre à la base du repli avec un ténotome étroit, tend la peau circulairement, puis par une incision longitudinale incise toutes les couches sous-cutanées y compris la capsule, et arrivait sur le corps étranger. Après le retrait du ténotome, le corps étranger était poussé hors de la synoviale dans la couche sous-cutanée, et y était fixé par un pansement jusqu'à ce que la synoviale fût considérée comme cicatrisée. Syme et Mackenzie opérèrent 6 cas de cette façon, et n'eurent aucun décès. Mais ainsi que cela était à prévoir, les opérateurs rencontrèrent bien des difficultés. Le corps étranger ne voulait pas sortir de la synoviale, tantôt parce que la plaie de cette dernière était trop petite, tantôt parce qu'il était pédiculisé. Syme proposa alors un procédé tout différent. Le corps étranger était fixé sur le condyle, le ténotome était introduit sous la peau, et on faisait une grande incision capsulaire sous-cutanée. Puis le corps étranger était fixé par des bandes et des compresses, mais de façon à ce que la peau le recouvrant fût laissée libre et on appliquait sur elle un vésicatoire. Il en résultait des adhérences et une diminution de volume du corps étranger de sorte que les troubles disparaissaient. Ce procédé réussit plusieurs fois. Jobert inventa pour l'excision sous-cutanée un instrument spécial, le *trident*, mais qui