

BER

TOMIE



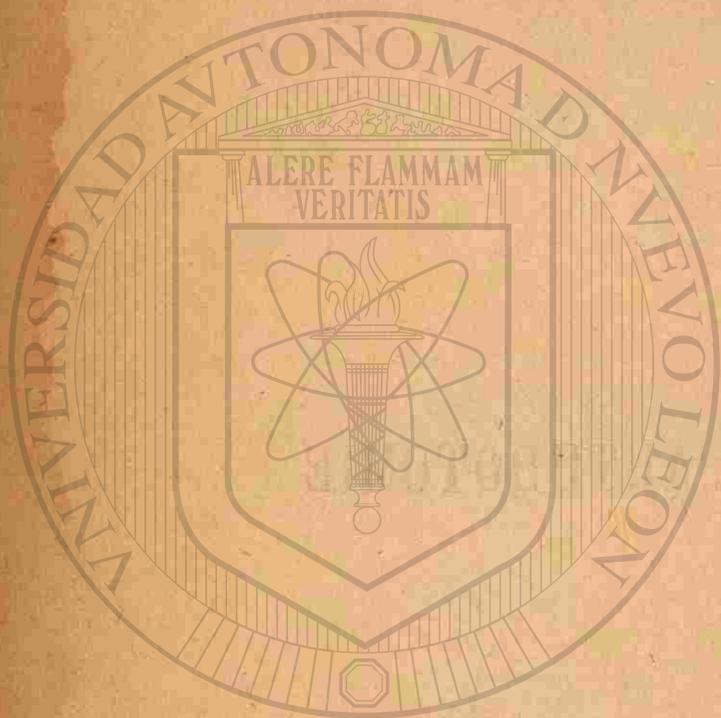
ALAGUIER

DE

ARTHROTOMIE

RD686

J35



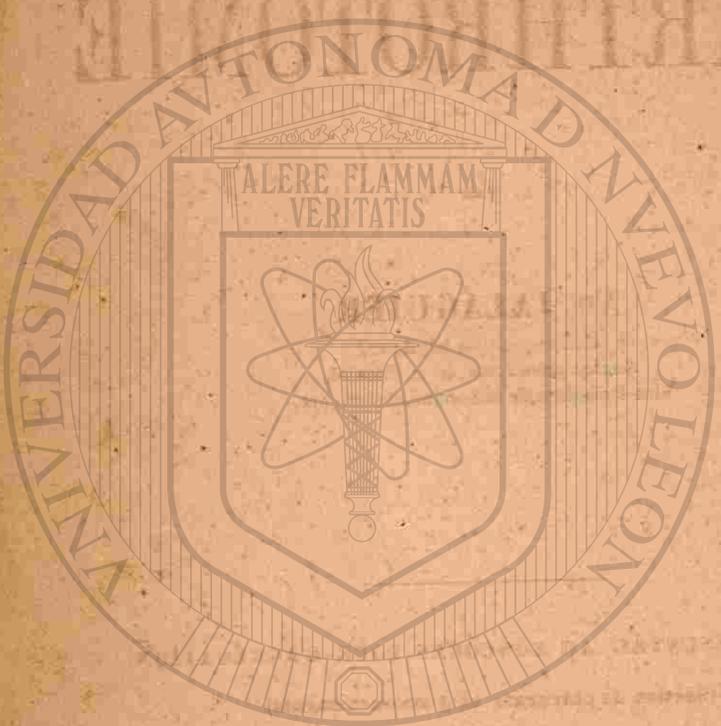
DE L'ARTHROTOMIE

UANTL

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

RC 932
135



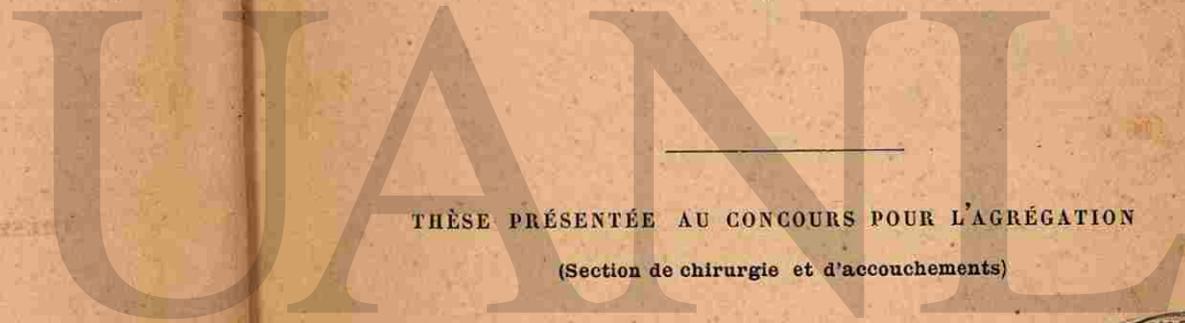
DE

L'ARTHROTOMIE

PAR

AD. JALAGUIER

Chirurgien des hôpitaux,
Ancien prosecteur de la Faculté,
Vice-Président de la Société anatomique.



THÈSE PRÉSENTÉE AU CONCOURS POUR L'AGRÉGATION
(Section de chirurgie et d'accouchements)

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS



PARIS

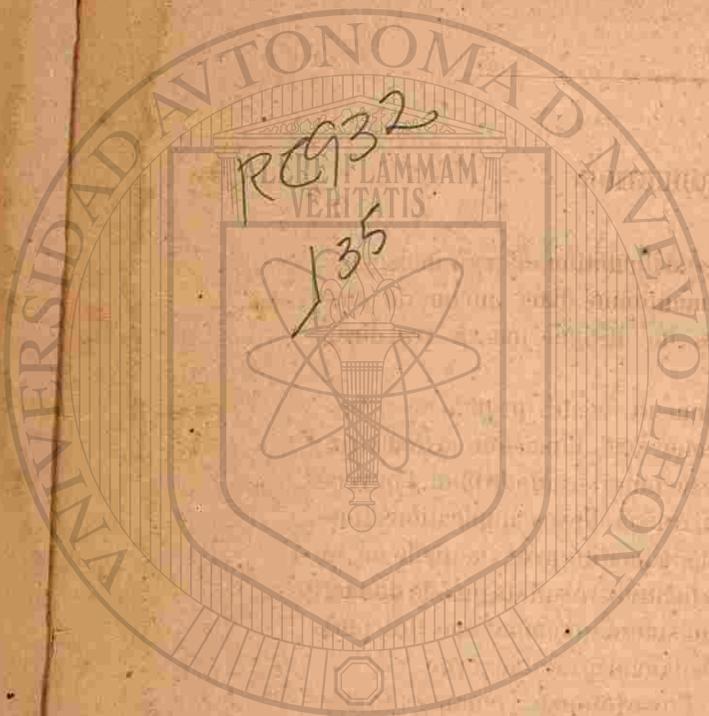
ASSELIN ET HOUZEAU

LIBRAIRES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PLACE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE

1886

1000574

RC



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

DIRECCIÓN GENERAL DE

DE L'ARTHROTOMIE

INTRODUCTION

L'arthrotomie (1) (*ἄρθρον* articulation et *τομή* incision), mot nouveau qui n'est mentionné dans aucun de nos plus récents dictionnaires, ne désigne pas, à vrai dire, une opération nouvelle.

Il n'a pas fallu, évidemment, venir jusqu'à nos jours pour enregistrer le premier cas d'incision articulaire. Cependant, telle qu'elle est comprise aujourd'hui, l'ouverture des articulations, en raison de ses applications toujours plus nombreuses, de la facilité avec laquelle on se décide à la pratiquer, des heureux résultats qu'elle donne, peut, à bon droit être, considérée comme une des plus importantes conquêtes de la chirurgie moderne.

L'arthrotomie, comme l'ovariotomie, comme l'hystérectomie, comme l'ostéotomie et, pour le dire en un mot, comme toutes les grandes opérations chirurgicales, a vu son champ d'action s'étendre à mesure que ses résultats devenaient meilleurs.

Pour ne citer qu'un exemple et préciser notre pensée, que de procédés inventés pour réduire à leur minimum

(1) E. Albert, de Vienne, réclame, avec raison, la paternité du mot arthrotomie : « Les chirurgiens français, écrit-il dans son récent ouvrage, ont spirituellement ajouté encore à la signification du mot *arthrotomie*, *créé par moi*, en l'appelant *arthrotomie à ciel ouvert*. » *Lehrbuch der Chirurgie*, 1885, t. IV, p. 445.

les dangers auxquels on exposait le malade, lorsqu'on avait l'audace grande de tenter l'extraction d'un corps étranger articulaire!

Quel changement aujourd'hui, et quel contraste! Nous établrions, chiffres en main, que l'extraction à ciel ouvert des arthrophytes, à condition toutefois que les règles de l'antisepsie soient fidèlement observées, est une opération presque sans péril, dont le chirurgien le plus prudent ne saurait refuser le bénéfice à son malade.

Nous n'en dirons pas plus long sur ce point. Aussi bien ne le pourrions-nous sans nous exposer à des redites. Nous aurons en effet maintes fois, au cours de ce travail, occasion de défendre cette opinion qui, pour nous, est l'évidence même. Nous aimons à croire que notre conviction à cet égard sera partagée par tout lecteur impartial qui voudra bien parcourir avec attention les divers chapitres de notre thèse.

Il importe davantage, dans ces quelques considérations préliminaires, de bien délimiter notre sujet et d'en fixer les principales divisions.

Devons-nous, en nous en tenant au sens étymologique du mot arthrotomie, passer successivement en revue tous les cas, très divers, où le chirurgien peut être conduit à pratiquer une incision articulaire?

La réponse à cette question n'est pas douteuse. Ce serait agrandir singulièrement notre tâche, la compliquer comme à plaisir, et la rendre, à certains égards, absolument impossible, que de l'étendre de la sorte.

Quelques exemples suffiront à le montrer.

On ouvre une articulation lorsqu'on pratique une résection articulaire; mais n'est-il pas évident que l'acte opératoire principal consiste ici dans la section des extrémités osseuses, et que l'incision n'est, au même titre que celle des parties molles périarticulaires, qu'un temps accessoire, nécessaire assurément et absolument inévitable

mais qui ne peut prendre la première place dans les préoccupations du chirurgien?

Un raisonnement analogue pourrait être fait à propos des incisions articulaires que nécessitent certains procédés opératoires employés pour la cure du *genu valgum*, pour le traitement par suture des *fractures* de la rotule et de l'olécrâne, pour la réduction de certaines *luxations* rebelles ou invétérées.

Dans tous ces cas, le traumatisme que subit l'articulation ajoute certainement à la gravité de l'intervention chirurgicale; il est même bien évident que plusieurs de ces procédés thérapeutiques n'auraient pas vu le jour si l'innocuité relative de la taille articulaire, depuis l'emploi des pansements antiseptiques, n'avait été toujours mieux démontrée.

Mais cependant, ici encore, l'ouverture de l'article ne constitue qu'un temps préliminaire de l'opération. La correction d'une attitude vicieuse, la consolidation d'une fracture, la réduction d'une luxation sont, en réalité, le seul objectif du chirurgien.

Il est d'autres circonstances, au contraire, où l'ouverture large d'une articulation forme la partie essentielle, le fond même du procédé opératoire employé.

A considérer les cas de ce genre il est permis de dire que, depuis quelques années surtout, l'arthrotomie est devenue la méthode thérapeutique par excellence de toute une classe d'affections articulaires.

Nous plaçons ici, en première ligne, les *arthrites suppurées* ou *abcès articulaires*. L'indication, en pareil cas, est évidente, elle est urgente, et de tout temps, elle s'est imposée.

L'intervention chirurgicale active est bien plus discutée et discutée dans les épanchements non *purulents* des articulations, *séveux* ou *hématiques*, avec ou sans *corps étrangers*.

Tous ces cas rentrent, sans conteste, dans la catégorie de ceux qui appartiennent à notre sujet.

Discuter la valeur et l'opportunité plus ou moins grande de l'arthrotomie dans ces conditions diverses; tel est, croyons-nous, l'objet principal de notre thèse, celui auquel nous devons consacrer les plus longs développements.

On aura remarqué qu'il n'a pas été question, dans l'énumération qui précède, des tumeurs blanches ou arthrites fongueuses. On rencontre cependant à chaque pas dans les recueils scientifiques des observations et des mémoires où il est fait mention de l'*arthrotomie dans les tumeurs blanches*.

Nous croyons qu'il y a là une confusion que nous nous efforcerons plus loin de dissiper.

Notre travail comprendra donc les divisions suivantes :

- 1° L'arthrotomie dans les arthrites suppurées,
- 2° L'arthrotomie dans les arthrites aiguës non suppurées,
- 3° L'arthrotomie dans les hémarthroses,
- 4° L'arthrotomie dans les hydarthroses,
- 5° L'arthrotomie dans les cas de corps étrangers articulaires.

Nous discuterons, enfin, la signification et le rôle de l'incision articulaire dans la thérapeutique des arthrites fongueuses.

Nous terminerons par quelques considérations de technique opératoire, concernant les procédés applicables à l'ouverture des principales articulations.

Qu'il me soit permis, avant d'aller plus loin, d'exprimer toute ma reconnaissance à MM. Paul Berger, Eug. Bœckel, Jules Bœckel (de Strasbourg), Bouillet (de Béziers), J. Championnière, Delens, Demons (de Bordeaux), Gross (de Nancy), Heurtaux (de Nantes), Kirmisson, L. Labbé,

Ch. Monod, J. Müller (de Strasbourg), Nicaise, Poinsoot (de Bordeaux), Polaillon, Ant. Poncet (de Lyon), E. Quénu, J. L. Reverdin (de Genève), Richelot, Richet, Rohmer (de Nancy), Saxtorph (de Copenhague), de Schulten (d'Helsingfors), Paul Segond, F. Terrier, Villemin, Théodore Weiss (de Nancy), qui tous ont, avec tant de bienveillance et de générosité scientifique, répondu à l'appel que je leur ai adressé, en m'envoyant des observations personnelles ou des documents originaux. L'énumération est longue; je la fais à plaisir, persuadé que si mon travail a quelque valeur, il le devra, pour la plus grande part, à l'appui de telles autorités.

Il en est d'autres encore, auxquels, sans les nommer, j'adresse aussi l'expression de ma plus vive gratitude.

CHAPITRE PREMIER

ÉTUDE HISTORIQUE SUR L'ARTHROTOMIE AVANT ET APRÈS
L'EMPLOI DES PANSEMENTS ANTISEPTIQUES.

I

Période ancienne.

La gravité spéciale des plaies articulaires a toujours frappé les auteurs qui ont écrit sur la chirurgie. Les théories les plus étranges se sont fait jour sur ce point; les pratiques les plus diverses ont été conseillées; les pansements les plus variés ont été appliqués. On conçoit l'importance de ces données pour la thérapeutique chirurgicale des affections articulaires, d'autant que les résultats souvent désastreux des interventions opératoires venaient confirmer la défiance dans laquelle l'issue malheureuse des plaies accidentelles avait jeté les esprits. C'est ainsi qu'avant la révolution amenée par l'antisepsie dans les pansements, toute articulation de quelque importance était arrivée à être une sorte de lien redoutable dont on n'approchait le couteau qu'avec les plus vives appréhensions. Les avis étaient à peu près unanimes à cette époque, c'est-à-dire il y a une quinzaine d'années. Mais, sur ce point comme sur tous les autres, on n'en était venu là qu'après de longues hésitations.

Au premier abord la chose n'est pas aussi évidente ici qu'elle l'est dans la majorité des cas. Il semble paradoxal de vouloir soutenir qu'à certaines époques reculées, sous l'influence de certaines doctrines médicales, peut-être aussi grâce à la nature des pansements les plus en hon-

neur, les chirurgiens tremblaient moins qu'on ne l'a fait au début de ce siècle devant l'ouverture chirurgicale des articulations. Le pronostic fâcheux des plaies involontaires n'est-il pas là pour nous donner un démenti? Paracelse (1498-1546) nous dit bien : « les plaies qui se font aux jointures se guérissent facilement, pourvu qu'il n'y ait point de perte d'os; toutefois il les faut soigneusement garder à ce qu'inflammation et flegmon n'y survienne, parceque si cela advenoit, il osteroit l'espérance d'une entière guérison. » Mais n'était-ce pas une des conceptions erronées dont fourmillent les œuvres de ce théoricien bizarre? Ne paraît-il pas plus raisonnable d'englober l'arthrotomie dans la proscription qui a longtemps pesé sur les désarticulations? A. Paré fut un des premiers à secouer sur ce dernier point le joug d'Hippocrate et de Galien, et après lui les discussions furent nombreuses. Nous croyons cependant que l'incision des jointures n'était pas faite aussi rarement qu'on a tendance à le penser, et c'est ce que nous désirons montrer dans cette introduction historique.

Il va sans dire que nous ne parlons pas de ce qu'on peut appeler l'*arthrotomie de nécessité*. A la suite d'une contusion, d'une plaie en apparence minime, une synoviale étendue se met à suppurer. La fièvre est vive, l'état général est grave, la question de vie ou de mort se pose; tout au moins se demande-t-on si l'on ne sera pas contraint d'amputer le membre. Dans ces cas, on a toujours cherché à conserver la partie que trop souvent on était forcé de retrancher, et pour cela on évacuait, par des ouvertures larges et déclives, le pus dont l'accumulation causait des accidents. Malgré l'avis opposé de David, nous voyons cette pratique adoptée par J.-L. Petit et par la majorité des membres de l'Académie de chirurgie. Plus tard, Boyer insiste sur la nécessité d'agir ainsi : l'entrée de l'air, alors incriminée, est moins grave, dit-il, que la stagna-

tion de l'humeur viciée. Au reste, l'air n'entraî-t-il pas déjà par la plaie, cause de tout le mal? Aussi était-on plus réservé pour les *arthrites suppurées sans plaie*. Lorsque Chassaignac, cependant, eut fait entrer le *drainage* dans la pratique chirurgicale, ce mode de traitement fut appliqué assez souvent, quoique avec peu d'espoir, aux arthrites suppurées aiguës. Quant à l'*incision large* des abcès chauds des articulations, elle était pratiquée par des chirurgiens d'une prudence incontestable. Mais si, en 1856, Blot fait un mémoire sur ce point en s'appuyant sur des observations de Nélaton, de Monod père, il soumet ses réflexions « avec la plus grande réserve » au jugement de ses maîtres.

Si nous remontons maintenant à une période plus reculée de la littérature médicale, nous croyons pouvoir constater aisément que ces règles n'ont pas été posées en notre siècle seulement. Boyer, J.-L. Petit, s'occupent exclusivement des suppurations qui ont leur origine dans une plaie. Mais nous voyons Gilles Delatourette (1785) ouvrir sans tarder les abcès qui se forment « aux environs des articulations ou sur les articulations », et il nous donne des observations de suppurations articulaires aiguës ayant guéri sans ankylose. Pour lui, le pus est généralement, au début, hors de la jointure, et c'est pour éviter sa pénétration dans l'article qu'il conseille d'inciser rapidement. Nous savons aujourd'hui que les abcès périarticulaires s'ouvrant dans la synoviale sont plus rares qu'on ne le pensait autrefois, et nous ne partageons pas la surprise de Gilles Delatourette, étonné, après incision d'un abcès chaud au genou, que son doigt eût pénétré sous la rotule. Cet auteur s'est aperçu du fait, mais nous sommes persuadé que bon nombre d'autres l'ont méconnu, et ceux-là ont souvent dû faire l'arthrotomie pour abcès chauds, qui, suivant les préceptes classiques, ont incisé, sans attendre leur maturation, les abcès situés

près des « parties nobles », parmi lesquelles les jointures. Or c'est ce que prescrit Paul d'Egine (vi^e siècle). Cette tradition fut transmise par les Arabes et nous la retrouvons dans Lanfranc, puis dans Guy de Chauliac (vers 1300), qui cependant a quelques contradictions : il nous conseille bien à propos des « apostèmes de l'épaule et du bras » d'anticiper l'ouverture « à l'endroit des jointures, » crainte que le pus « n'entre plus avant dans la jointure; » mais plus loin il recommande de ne pas faire d'incisions profondes devant la rotule, « d'autant qu'ils s'en ensuivent de mauvais accidents, desquels peu de gens sont délivrés comme dit Avicenne, et Henric le confirme de son expérience. » Même opinion est soutenue par Jacob Hollerius dans le VI^e livre qu'il ajoute à la chirurgie de Tagault (xvi^e siècle); et par J. Guillemeau (1550-1612), d'après lequel « nos meilleurs praticiens commandent d'ouvrir tels abcès, et ceux qui sont aux jointures, et proches des os, nerfs, tendons et ligaments, avant leur parfaite maturité, craignans qu'il ne s'y face grande pourriture et que telles parties ne soient corrompues. »

Le maître de Guillemeau, A Paré (1509-1592), ne craignait point, d'ailleurs, d'exposer les jointures à l'air. « Monsieur Gréaulme, Docteur Régent en la faculté de médecine de Paris, avait une tumeur au genouil faite d'humeur pituiteux et venteux. » Il fit appeler Paré « pour sçavoir s'il le devait faire ouvrir. » Le maître s'y refusa « considéré qu'il n'y trouvait nulle matière suppurée, » et surtout parce qu'il se croyait en présence d'une « tumeur venteuse. » « Souventesfois on voit comme le chirurgien aux ouvertures des genouils est grandement déçu : car il estime en telle partie estre contenue matière sanieuse et quelques aquosités, et en pressant des doigts, sent, selon son jugement, inondation qui luy cause de faire ouverture : et l'apertion étant faite, au lieu de quelque matière qu'il estimait estre contenue en la tumeur, n'en

sort que du vent, dont puis après grands accidents adviennent pour avoir fait la dite ouverture. »

Ainsi, Paré conteste qu'il faille ouvrir les « tumeurs venteuses » du genou. Mais il n'en est plus de même pour les tumeurs liquides, sanieuses et aqueuses. Le passage précédent le démontre déjà, et cette opinion est encore confirmée par l'observation célèbre de Jean Bourlier. Paré fut mandé « pour lui ouvrir une apostème aqueuse qu'il avait au genouil ; » il ne s'étonne pas d'avoir incisé la jointure ni d'avoir guéri son malade, mais d'avoir extrait « une pierre. » Il avait reconnu l'hydarthrose et n'avait pas hésité à y plonger le bistouri ; non pas seulement pour y faire une ponction, mais une ouverture sérieuse, puisqu'il en sortit une concrétion dure « grosse comme une amande » (1558).

Donc, au temps de Paré, la simplicité avec laquelle ces faits sont exposés semble de nature à prouver qu'on faisait aisément l'arthrotomie dans l'hydarthrose. Et d'ailleurs on trouve déjà dans Hippocrate le précepte suivant : « Opérer promptement les hydropisies ; cautériser aussitôt dans la consommation ; scier les os de la tête et autres choses semblables ; quant aux hydropiques, n'intéresser ni les organes du bas-ventre, ni les parties intérieures, car en beaucoup de cas cela est semblable aux genoux hydropiques. »

Si l'on veut chercher quelques renseignements sur le sujet qui nous occupe dans les auteurs Arabes et dans ceux du moyen âge, il faut fouiller dans le chaos des *apostèmes*, et en outre, souvent, dans les chapitres confus consacrés par eux aux *hydropisies* et aux *œdèmes*. C'est dans Avicenne qu'on commence à trouver la notion des apostèmes venteuses s'ajoutant aux apostèmes aqueuses et à celles qui sont formées des quatre humeurs cardinales. Ses commentateurs du moyen âge nous parlent également de ces tumeurs venteuses et aqueuses qui

atteignent souvent les jointures, et pour lesquelles leurs avis diffèrent au point de vue de l'intervention chirurgicale. Bruno (1260) nous dit, en parlant de l'évacuation des hydropisies : « Nulli curatio ferri administratur nisi ei quæ vocatur ascitis » ; les préceptes de Théodoric (1277) sont les mêmes. Au contraire, à la même époque, Guillaume de Salicet (1210-1277) dit d'ouvrir les apostèmes venteuses des membres après avoir lié le membre en haut et en bas. Son disciple Lanfranc donne le même conseil, après que les autres traitements ont échoué, pour les apostèmes aqueuses des articulations. Si on lit, enfin, le traité classique de cette période, celui de Guy de Chauliac, on y voit que l'apostème aqueuse, toujours associée à plus ou moins de ventosité, vient surtout « aux pieds, aux génitoires, à la teste et aux jointures » ; et lorsque les divers moyens simples sont restés infructueux, « il ne reste d'autre conseil que de l'ouvrir avec le fer. » Ces auteurs croient aux apostèmes venteuses, mais ils n'en blâment pas l'ouverture, comme nous l'avons vu faire par A. Paré, imitant en cela Bertapaglia (xiv^e siècle). « Hoc apostema purum ventosum in genu ; et sæpe ab aliquibus ignorantibus medicis perforatur, sperantibus hic esse de materia saniata. Et perforato apostemate egreditur ventositas solum. » Jean de Vigo (1460 vers 1520) cherche seulement à « carminer » par la thérapeutique « la ventosité encluse entre les jointures. » Mais il prescrit de traiter comme « la hernie aqueuse, » qu'il incise en dernier ressort, les « apostèmes d'eau, » qui sont une des variétés « d'inflation du genouil. » Tagault émet à peu près les mêmes préceptes.

Ce n'est pas qu'à cette époque il n'y eût des timides, et on lit dans Pigray (1532-1613) que si « les apostumes au genouil » ne diffèrent en rien de la curation générale quand elles sont faites par fluxion d'humeurs chaudes ou sanguines, la cure des tumeurs flatueuses est

plus difficile. « Mais de l'ouverture, soit avec le fer ou le cautère, elle est du tout inutile, parce que l'humeur n'est contenu en une certaine capacité pour estre facilement évacué par une orifice, ains est dispersé par toutes les parties, qui en sont remplies et imbibées en toute leur substance, joint que l'apertion faite aux articles et parties nerveuses sans besoin, est perilleuse et dangereuse. » C'était probablement aussi l'avis de Fabrice d'Aquapendente (1537-1619), qui recommande bien d'ouvrir rapidement les abcès près des jointures, mais ne parle pas d'incision dans le traitement de la tumeur flatueuse de ces mêmes parties; de Fabrice de Hilden (1560-1634), qui fait un traité sur l'*hydrarthron*, sans y parler d'intervention opératoire: il est vrai qu'il s'occupe principalement de l'écoulement de synovie consécutif aux plaies articulaires, et qu'il se livre surtout à des considérations théoriques sur la nature de cette humeur.

Mais leur contemporain Félix Wurtz était plus hardi, ainsi que l'indique le passage suivant: « Il y a plusieurs personnes qui sont grandement travaillées de certaines douleurs qui viennent aux genoux, sans qu'il y paraisse extérieurement, n'y ayant ny tumeur, ny inflammation, ny aucune marque; ils sont pourtant tourmentez jours et nuits sans relâche. Ce qui arrive par diverses causes, quelques-uns pour avoir tombé, d'autres pour y avoir receu quelque coup, le plus souvent par quelque fluxion d'humeur subtil et séreux, qui se fait tout à coup, en une nuit, ou par congestion d'humeur phlegmatique dans la jointure, dessous la rotule, qui se forme peu à peu, dont j'ay pensé et guéri un grand nombre, ainsi que peuvent tesmoigner quantité de personnes dignes de foi, tant de mes confrères que de mes apprentifs, et autres, qui savent que je n'ay pas eu de cures plus fréquentes, que de ces genoux, qui m'ont souvent donné bien de la peine,

en ayant ouvert plus de cent, sans parler de ceux que j'ay pensé sans incision et cicatrice. » Il y revient plus loin et affirme que pour l'hydropisie des articulations « il faut y apporter le remède qui est le plus expédient de l'ouvrir. » Et qu'on ne pense point qu'il pratiquât de simples ponctions; il recommande « le bistory et non pas la lancette », il met une tente dans l'incision et « y coule de l'unguent brun ». Purmann au contraire, plus tard il est vrai (1648-1711), préférerait appliquer un caustique pour compléter ensuite l'ouverture à la lancette.

Si maintenant on s'étonne de voir si anciennement pratiquée l'arthrotomie pour hydarthrose, nous croyons cependant que le fait s'explique assez bien. Les chirurgiens de cette époque attribuaient la gravité des plaies articulaires à la blessure des tendons et des nerfs: une incision faite chirurgicalement, en long et avec soin, permet de parer à ce danger. En outre, leurs pansements étaient faits d'onguents variés, aromatisés; le vin et l'eau-de-vie y jouaient un rôle important, et ces topiques ont donné à Lamotte (1655-1737) un succès remarquable dans une incision faite malencontreusement à un genou par un autre chirurgien. Dans ce même passage, Lamotte nous prouve, de plus, qu'il n'hésitait guère à ouvrir les collections liquides quelconques des jointures: il a senti dans un genou une fausse fluctuation, et a reconnu que ce n'était « ni du pus ni de la sérosité »; sans quoi il eût ouvert. La même conduite est indiquée par Heister (1683-1758); par Lieutaud (1703-1780) également, car on ne saurait voir, avec lui, des tumeurs blanches, dans les gonflements articulaires d'où il sort « une liqueur limpide. » Monro fils (1753) spécifie nettement que l'incision des hydropisies articulaires doit être « maxime libera. »

Puis, à la fin du siècle dernier, les doctrines et les

pansements se modifièrent. Aux emplâtres et onguents succédèrent les cataplasmes et le cérat. Les réunions par première intention, envisagées en général, devinrent plus rares qu'elles ne le sont dans les observations souvent remarquables de Lamotte, par exemple. Il est permis d'en inférer que les accidents se multiplièrent dans les plaies articulaires. A la hardiesse parfois extrême de leurs prédécesseurs, les chirurgiens répondirent alors par une prudence excessive.

Ils restèrent fidèles à l'arthrotomie, comme nous l'avons déjà vu, pour les suppurations consécutives aux plaies articulaires. Encore en est-il qui eurent recours, à peu près d'emblée, à l'amputation, et qui considéraient que Desault, Boyer avaient trop atténué la gravité du pronostic pour ces solutions de continuité. Quelques-uns interviennent pour l'hydarthrose; mais si Schlichting fait encore une large incision, la plupart avaient recours à la ponction; Gay (1783) avait deux succès, mais il fallut, après suppuration, agrandir l'incision chez le malade de Warner (1755) et l'opéré de Boyer succomba. La ponction au trocart, puis la ponction aspiratrice avec ou sans injection, devinrent le seul traitement opératoire admis dans ces dernières années; on avait même renoncé aux évacuations sous-cutanées préconisées par Goyrand, par Bonnet. Sur ces points, l'accord est complet entre B. Bell, les auteurs du Compendium, Nélaton, M. Panas, et même M. Terrier, quoique son traité date d'une époque relativement récente (1878).

Nous avons insisté jusqu'à présent sur l'histoire de l'arthrotomie dans l'hydarthrose en l'opposant à celle de l'arthrotomie dans l'arthrite aiguë suppurée. Ces deux cas sont en effet les deux extrêmes pour l'urgence dans l'intervention opératoire. A l'arthrotomie de nécessité, nous avons comparé, dans son évolution historique, l'incision articulaire destinée à guérir une affection chro-

nique, mais bénigne. Il est des intermédiaires entre ces deux extrêmes, au point de vue de la gravité; et les résolutions chirurgicales que l'on prenait étaient également intermédiaires.

Les auteurs anciens que nous avons précédemment passés en revue incisaient aux jointures les apostèmes froids aussi bien que les apostèmes chauds. Lieutaud porte hardiment le bistouri sur les *tumeurs blanches suppurées*. Mais nous voyons Boyer conseiller des incisions petites et obliques pour éviter l'accès de l'air; Jæger (1791), Clossius (1798) ordonnent même d'attendre l'ouverture spontanée des foyers; les auteurs du Compendium, Nélaton, MM. Richet, Panas évacuent le pus avec le trocart aspirateur et proscrivent les larges ouvertures.

Quant aux *corps étrangers articulaires*, leur histoire est d'un grand intérêt. Nous la résumerons cependant en quelques mots seulement parce qu'on la trouvera exposée à peu près partout d'une façon complète. Nous ne dirons rien de l'arthrotomie faite par Paré en 1558: le corps étranger était ignoré avant l'opération et c'est la première fois où cette affection semble avoir été découverte. On dit souvent que Pechlin (1691) trouva le sien par hasard également et que Simson (1736) fut le premier à opérer de parti pris. Or le corps étranger enlevé par Pechlin avait été senti, reconnu et diagnostiqué à l'avance, alors que Simson croyait enlever un corps extra-articulaire et qu'il se repentit d'être intervenu, en présence d'accidents graves auxquels le malade pensa succomber. Nous ne rappellerons pas ici les observations partout citées de Hewitt, Theden, Gooch, Ford, Sulzer. Ceux-là incisèrent directement la peau et la capsule; mais quoiqu'en disent Desault, Boyer, sur l'innocuité de cette intervention si l'on fait la réunion avec soin, les accidents n'étaient pas rares. Middleton, Gooch se restreignirent alors à des moyens palliatifs; cela est certainement insuffisant. Aussi, pen-

dant que Dufresse-Chassaing, Jobert, Blandin, Richef, cherchaient des procédés en ce sens, d'autres chirurgiens tâchaient d'atténuer les inconvénients de l'arthrotomie à l'aide de la méthode sous-cutanée. Les procédés de Desault, Bell, Bromfield, Boyer, furent les premiers essais de ce genre. Puis vinrent les travaux de J. Guérin sur les plaies sous-cutanées des articulations (1840), et enfin l'arthrotomie vraie fut bientôt à peu près complètement supplantée, grâce à Goyrand (d'Aix), par l'extraction sous-cutanée, en une seule ou en deux séances. Cette méthode donnait peu d'accidents; mais trop souvent elle était infructueuse. On ne réussissait pas à amener le corps étranger au dehors, aussi s'est-on de nouveau rallié à l'arthrotomie franche et large maintenant que la méthode antiseptique permet de la pratiquer sans danger.

II

Période moderne.

C'est qu'en supprimant les complications des plaies accidentelles, les procédés de la méthode antiseptique, les pansements de Lister et d'Alphonse Guérin sont venus prouver aux chirurgiens qu'ils pouvaient sans crainte inciser les articulations malades. L'arthrotomie est devenue une opération banale. Nous aurons à reprendre, pour chaque maladie articulaire en particulier, l'histoire moderne de l'arthrotomie spécialement appliquée à cette maladie. Mais nous allons indiquer à grands traits comment la question a évolué depuis l'application de la méthode antiseptique.

On ne se borna bientôt plus à évacuer le pus dans les arthrites purulentes avec plaie. Pour cette variété de suppurations articulaires, la question n'a guère changé

et l'on pourrait croire écrites d'hier les lignes suivantes, que M. le professeur Panas écrivait il y a vingt ans :

« Lorsque la suppuration a envahi l'article et que des abcès se sont formés, il faut, le plus promptement et le plus largement possible, frayer une libre issue au pus afin de prévenir ou de combattre les accidents graves résultant du croupissement et de la décomposition des liquides contenus dans l'articulation.... Si, malgré toutes ces incisions, le pus stagne dans quelque recoin de la synoviale et si la présence des gros vaisseaux et des nerfs empêche de pratiquer de nouvelles contre-ouvertures, on introduira avec avantage un ou plusieurs tubes à drainage que l'on fera passer d'un côté à l'autre de l'articulation. Si au bout de quelques jours le pus reste séreux, mal lié et fétide, on additionnera l'eau des injections de quelque liquide modificateur et antiseptique. »

Ces préceptes résument en effet la conduite que doit tenir le chirurgien lorsque, malgré tous ses efforts, une arthrite traumatique vient à suppurer. Mais, en dépit des opérations les mieux conduites, on comptait naguère encore, dans les hôpitaux tout au moins, les malades qui finissaient par guérir avec un membre plus ou moins impotent et déformé. Heureux quand il ne fallait pas amputer! Baizeau (1869), présentant à la Société de chirurgie l'observation d'un zouave guéri en six mois avec ankylose, donnait ce fait comme une rareté « plaidant en faveur de la chirurgie conservatrice ».

Depuis lors, les choses ont bien changé. D'abord, les accidents des plaies articulaires, s'ils n'ont pas complètement disparu, ont très notablement diminué; on ne compte plus les cas d'ouverture accidentelle du poignet, du pied, ou même du genou, qui, traités antiseptiquement soit avec le pansement de Lister, soit avec le pansement ouaté de M. Alph. Guérin, non seulement ne suppurent pas, mais guérissent avec une intégrité parfaite de tous

les mouvements. D'autre part, lorsqu'on se trouve en face d'une arthrite suppurée, ou bien lorsque, malgré les pansements antiseptiques, on assiste au développement des phénomènes inflammatoires, on n'hésite plus aujourd'hui, l'arthrotomie antiseptique s'impose. Il ne s'agit plus comme autrefois d'une *opération de nécessité*, mais d'une *opération de choix*; d'autant plus sûre et d'autant plus inoffensive qu'elle est pratiquée plus tôt.

Pendant que les travaux de Lister, Jessop, Nussbaum, Schede, Volkmann, nous conduisaient à cette rapidité d'intervention dans les arthrites suppurées consécutives aux plaies, ils nous apprenaient à inciser délibérément les articulations malades et non encore exposées à l'air. Partisans convaincus de la méthode antiseptique, ces auteurs multipliaient leurs tentatives opératoires et de jour en jour les indications devenaient plus précises, les résultats plus favorables. Lister ouvrait avec succès en 1867 une arthrite fongueuse du coude; en 1870 une arthrite aiguë du poignet. En 1874 Schede étend nettement aux tumeurs blanches les indications de l'arthrotomie, s'appuyant pour cela sur des faits empruntés à la pratique de Volkmann.

Le mémoire de Schede ne faisait que précéder d'autres travaux importants : Albert (de Vienne) par une série d'articles publiés en 1876 dans le *Wiener Med. Presse*, s'attache à préciser la question d'opportunité de l'arthrotomie dans la plupart des affections articulaires. Comme Lister, comme Nussbaum, Volkmann, Schede, il est pour l'ouverture large et hâtive des arthrites suppurées traumatiques, affections dans lesquelles l'amputation et la résection ne lui ont donné que de fort mauvais résultats; il conseille avec non moins de netteté l'ouverture précoce des arthrites suppurées puerpérales, varioleuses, etc. Il commence en même temps à modifier un peu l'arthrotomie dans les tumeurs blanches; une fois, il a hardi-

ment extirpé les fongosités (1876); c'est l'arthroxésis de Letiévant (1879), l'arthrectomie de Volkmann que nous trouvons là en germe. Nous arrivons ainsi à des opérations bien plus graves et complexes où l'arthrotomie n'est plus qu'un temps, capital il est vrai, mais préliminaire.

A partir du mémoire d'Albert, bientôt suivi et complété par un compendieux travail de Scriba (1877), l'arthrotomie antiseptique, née en Angleterre, s'est acclimatée en Allemagne où, plus ou moins modifiée, elle tend à remplacer dans le traitement des tumeurs blanches ces résections hâtives dont les chirurgiens allemands ont tant abusé.

En France, frappé des merveilleux résultats obtenus par Lister, M. Championnière se faisait dès 1869 l'apôtre actif, convaincu et persévérant des nouvelles méthodes. Prêchant d'exemple il ouvrait largement les arthrites suppurées et, en 1879, son élève, Marchandé, faisait une thèse sur ces observations. L'année suivante, notre excellent collègue et ami Piéchaud concluait à l'incision non seulement pour les suppurations aiguës, mais encore pour les suppurations chroniques avec menace d'ouverture spontanée ou d'abcès voisins.

Dans notre pays cependant, malgré un article remarquable où Eug. Bœckel adopte pour les tumeurs blanches les conclusions d'Albert, de Scriba (1877), les observations d'arthrotomie pour arthrites fongueuses restaient relativement rares. C'est parmi nous toutefois que s'installa surtout, sous le nom d'arthroxésis, et grâce à Letiévant (de Lyon), l'arthrotomie avec abrasion des fongosités, c'est-à-dire l'ouverture large des articulations pour « enlever le mal, rien que le mal, en respectant ce qui est sain, tout ce qui est sain. »

En résumé, nous ouvrons aujourd'hui aussi vite que possible les abcès chauds ou froids des articulations. De

même, nous n'hésitons pas à fendre largement la synoviale pour aller à la recherche d'un corps étranger. Notre arsenal de pansements nous permet d'en revenir à l'incision directe, dont la simplicité avait séduit nos ancêtres. Et il nous autorise aussi à traiter sans danger certaines hydarthroses rebelles par la méthode à laquelle, au risque d'accidents aujourd'hui disparus, ces mêmes chirurgiens anciens avaient assez souvent recours. Aussi aurons-nous à faire un court chapitre sur l'arthrotomie dans l'hydarthrose. Mais là les matériaux sont encore trop peu nombreux pour que nous puissions présenter ici des considérations historiques générales sur le mode d'intervention chirurgicale.

CHAPITRE DEUXIÈME

DE L'ARTHROTOMIE DANS LES ARTHRITES SUPPURÉES

I

Avant d'étudier les indications de l'arthrotomie dans les inflammations aiguës suppurées des jointures, il importe d'établir brièvement quelques types cliniques. Il est de toute évidence aujourd'hui que les arthrites aiguës suppurées ont une origine infectieuse. Tantôt le germe morbide pénètre directement dans l'article par une solution de continuité, accidentelle ou chirurgicale; tantôt, au contraire, introduit dans l'organisme par une porte d'entrée connue ou inconnue, il s'installe dans la cavité séreuse par un mécanisme dont le détail nous échappe trop souvent.

Point n'est besoin d'insister davantage sur les arthrites suppurées par plaies articulaires simples, ou par armes à feu. Point n'est besoin non plus de démontrer la nature infectieuse des suppurations articulaires qui surviennent au cours des diverses maladies pyohémiques. Fréquentes dans l'infection purulente chirurgicale, elles sont plus fréquentes encore, sans que nous sachions pourquoi, lorsque l'appareil uro-génital est le point de départ du produit septique, et nous énumérerons les arthrites de la fièvre puerpérale, de la fièvre urinaire, et même celles qui, fort exceptionnellement, suppurent au cours d'une blennorrhagie. Nous signalerons encore sous ce chef les inflammations purulentes qui envahissent les jointures pendant les fièvres éruptives graves, ou, d'une manière générale, pendant tous les états infectieux. Parmi ces états, il en est de bien caractérisés; d'autres nous

même, nous n'hésitons pas à fendre largement la synoviale pour aller à la recherche d'un corps étranger. Notre arsenal de pansements nous permet d'en revenir à l'incision directe, dont la simplicité avait séduit nos ancêtres. Et il nous autorise aussi à traiter sans danger certaines hydarthroses rebelles par la méthode à laquelle, au risque d'accidents aujourd'hui disparus, ces mêmes chirurgiens anciens avaient assez souvent recours. Aussi aurons-nous à faire un court chapitre sur l'arthrotomie dans l'hydarthrose. Mais là les matériaux sont encore trop peu nombreux pour que nous puissions présenter ici des considérations historiques générales sur le mode d'intervention chirurgicale.

CHAPITRE DEUXIÈME

DE L'ARTHROTOMIE DANS LES ARTHRITES SUPPURÉES

I

Avant d'étudier les indications de l'arthrotomie dans les inflammations aiguës suppurées des jointures, il importe d'établir brièvement quelques types cliniques. Il est de toute évidence aujourd'hui que les arthrites aiguës suppurées ont une origine infectieuse. Tantôt le germe morbide pénètre directement dans l'article par une solution de continuité, accidentelle ou chirurgicale; tantôt, au contraire, introduit dans l'organisme par une porte d'entrée connue ou inconnue, il s'installe dans la cavité séreuse par un mécanisme dont le détail nous échappe trop souvent.

Point n'est besoin d'insister davantage sur les arthrites suppurées par plaies articulaires simples, ou par armes à feu. Point n'est besoin non plus de démontrer la nature infectieuse des suppurations articulaires qui surviennent au cours des diverses maladies pyohémiques. Fréquentes dans l'infection purulente chirurgicale, elles sont plus fréquentes encore, sans que nous sachions pourquoi, lorsque l'appareil uro-génital est le point de départ du produit septique, et nous énumérerons les arthrites de la fièvre puerpérale, de la fièvre urinaire, et même celles qui, fort exceptionnellement, suppurent au cours d'une blennorrhagie. Nous signalerons encore sous ce chef les inflammations purulentes qui envahissent les jointures pendant les fièvres éruptives graves, ou, d'une manière générale, pendant tous les états infectieux. Parmi ces états, il en est de bien caractérisés; d'autres nous

échappent encore dans leur nature intime. De là semble relever ce que, pendant longtemps, on a appelé les rhumatismes articulaires aigus suppurés ; ce que M. le professeur Bouchard et son élève, M. Bourcy (1), ont étudié depuis sous le nom de pseudo-rhumatisme infectieux ; ce que les Allemands appellent encore synovite catarrhale aiguë suppurée, fréquente surtout, selon eux, chez les enfants. Nous avons toutefois étudié à part les synovites suppurées de l'enfance, car elles ont un pronostic assez spécial.

Mais parmi les suppurations articulaires aiguës de l'enfance, il faut être très réservé dans l'appréciation de la cause. On sait, en effet, combien sont fréquents les envahissements articulaires dans l'ostéomyélite, et nous ne doutons pas que, dans le jeune âge, bon nombre de prétendues synovites catarrhales suppurées ne soient la conséquence directe de cette affection. Nous avons cru devoir en faire une classe à part, parce que, s'il est vrai que, dans quelques cas exceptionnels, on ne peut saisir un lien de continuité entre l'inflammation de l'os et celle de la synoviale, il est établi cependant que ce lien existe dans l'immense majorité des cas. Cela est surtout fréquent lorsque, après un décollement épiphysaire, le pus s'épanche dans l'article. Ces cas sont donc comparables à ceux où une inflammation de voisinage quelconque fait suppurer une jointure.

Il nous reste maintenant toute une série de faits plus délicats à interpréter. On aura peut-être, été surpris que nous n'ayons pas encore parlé des arthrites suppurées survenant parfois à la suite d'une contusion, d'une entorse. Pourquoi séparer ces arthrites *traumatiques*, de celles qui résultent d'une *plaie* ? C'est que, nous le croyons

(1) P. Bourcy. Des déterminations articulaires des maladies infectieuses. Thèse inaugurale. Paris, 1883, n° 132.

fermement, le traumatisme n'est ici que cause efficiente. Le rôle principal revient à l'état général du sujet, et nous pensons trouver ici une démonstration nette de ce parasitisme microbique latent, si bien mis en lumière, il y a quelques mois, par un de nos maîtres.

II

Nous avons cherché à démontrer, dans notre aperçu historique, pour quels motifs, avant l'emploi des pansements antiseptiques, les chirurgiens les plus habiles de la période contemporaine n'incisaient largement les arthrites suppurées sans plaie que tout à fait en désespoir de cause, et sans espérer d'autre résultat heureux qu'une ankylose osseuse péniblement obtenue. Il serait injuste, cependant, de ne pas reconnaître que les partisans actuels de l'ouverture précoce ont eu au moins un précurseur.

En 1856, dans un court, mais substantiel mémoire, M. Hippolyte Blot (1), alors chef de clinique d'accouchements à la Faculté de Médecine, traite « de l'arthrite suppurée et de sa guérison possible avec conservation des mouvements. » Ce mode de terminaison, la conservation des mouvements, M. Blot ne l'a trouvé signalé dans aucun de nos traités classiques, pas plus que dans les monographies relatives aux maladies des articulations. Bien plus, il a demandé à plusieurs de ses maîtres en chirurgie, s'ils avaient quelquefois observé d'autres terminaisons que la mort par infection purulente ; ou quelquefois la guérison après amputation de la cuisse ; ou, enfin, dans les cas tout à fait favorables, la cure par ankylose ? Tous lui ont répondu par la négative. Et cepen-

(1) H. Blot. Arch. gén. méd., 1856. Mai, p. 561.

dant, M. Blot possède trois observations d'arthrites suppurées, dont une lui est personnelle et dont les deux autres lui ont été communiquées, l'une par M. G. Monod, l'autre par Nélaton. Ces trois malades, traités par des incisions précoces et largement pratiquées, dès que la présence du pus fut soupçonnée, guérèrent avec des articulations parfaitement mobiles. M. Blot attribue en grande partie ce résultat au traitement employé. Il conteste, comme plus spécieuses que bien fondées, les objections de ceux qui proserivent l'ouverture large des jointures suppurées, sous prétexte que les plaies articulaires sont d'autant plus graves que l'air communique plus facilement avec l'intérieur de la synoviale. Quand la suppuration existe, il faut en rendre les effets le moins graves possible. « Or, le meilleur moyen d'atteindre ce but, sera probablement de laisser le pus séjourner le moins possible au contact des surfaces articulaires » (page 572). On n'a de chances véritables d'obtenir la guérison sans ankylose, qu'en livrant au pus une issue facile, par des incision suffisantes « faites à un moment aussi rapproché que possible de celui où l'inflammation articulaire s'est compliquée de suppuration. »

On ne dit pas mieux aujourd'hui; ces judicieux préceptes devaient néanmoins rester sans écho. C'est que la chirurgie était encore trop faiblement armée; trop périlleuses étaient les chances à courir, et trop aléatoires les succès. On attribua à un heureux hasard les beaux résultats publiés par Blot, et on continua à n'ouvrir les jointures suppurées que tout à fait à la dernière extrémité. Les choses ont bien changé depuis quinze ans, et l'évolution s'est faite brusquement. Quelques observations d'arthrotomie précoce pour arthrite suppurée, paraissent d'abord en Angleterre : Lister (1) (1871),

(1) British med. journ., 26 août 1871, p. 232.

Nunn (1) (1871) publient, le premier, un fait d'arthrotomie pour une arthrite aiguë du poignet passant à la suppuration; le second, un cas d'arthrite suppurée traumatique (sans plaie). Ces deux opérations eurent un certain retentissement, d'autant plus qu'en même temps, la méthode antiseptique faisait ses preuves dans la chirurgie générale aussi bien que dans la chirurgie articulaire. Avec Schede (1874) (2), nous voyons commencer la série des travaux envisageant la question dans son ensemble.

Par un discours, assez médiocre du reste, prononcé le 11 avril 1874 devant le troisième Congrès de la société des chirurgiens allemands, Schede, se basant sur cinq observations d'arthrites suppurées, incisées, et dont quatre eurent une issue heureuse, se prononce pour l'incision hardie, suivie de drainage. Il faut, dit-il, agir comme pour de vulgaires abcès. Bien autrement complètes sont les indications posées par Albert (de Vienne) (3), dans son remarquable travail sur l'arthrotomie. Listérien convaincu, il traite en chirurgien d'expérience la question de l'ouverture des articulations malades, « l'arthrotomie, » pour la nommer d'un mot. Nous aurons maintes fois occasion de citer son travail, qui doit faire époque dans l'histoire de l'opération que nous étudions. Albert est d'avis qu'il faut pratiquer l'arthrotomie pour les arthrites suppurées aiguës, non métastatiques. L'opération précoce lui semble aussi indiquée dans les inflammations consécutives à une plaie articulaire. En opposition avec les résultats favorables que lui a donnés l'arthrotomie, il fait ressortir l'inanité des amputations ou des résections secondaires pratiquées sur de pareils malades.

L'incision est encore efficace, d'après lui, dans les

(1) British med. journ., 1871, 20 mai, p. 532.

(2) Schede. Arch. de Langenbeck, vol. XVII, p. 519.

(3) Albert. Wien. med. Presse, 1876, n^{os} 20 et suiv.

arthrites suppurées de la pyohémie, lorsqu'il ne s'est développé qu'une métastase articulaire; elle est impuissante lorsque plusieurs articulations sont envahies.

Quant aux arthrites puerpérales, varioliques, et aux suppurations articulaires se liant à un état général, toutes affections qu'ayant d'adopter la méthode Listérienne il abandonnait à l'ouverture spontanée, Albert les ouvre aujourd'hui sans hésiter, « car, dit-il, l'ouverture précoce me donne des succès bien plus faciles et bien plus rapides. »

Scriba (1), l'année suivante, rappelle les succès obtenus par Nussbaum, Thiersch et Volkmann, dans les arthrites suppurées aiguës, spontanées ou traumatiques. Il publie et commente leurs observations; comme Albert, il est pour l'ouverture prompte et large, mais il étend l'indication aux arthrites suppurées consécutives à l'ostéomyélite et aux inflammations des membres, à l'érysipèle par exemple. Il va même plus loin, et, s'appuyant sur une observation de Czerny, il conclut à l'ouverture des arthrites blennorrhagiques, pour peu qu'elles se manifestent par des symptômes alarmants. Il s'attache enfin à décrire et à préciser un mode d'incision et de drainage qu'il croit applicable à tous les cas; c'est là une question que nous étudierons plus loin.

La même année (1877) voyait paraître une série de dix opérations d'arthrotomie pratiquées avec succès par Hagedorn, à la clinique de Magdebourg, et, dans le nombre, trois arthrites suppurées dues à l'ostéomyélite. Heinecke (2), qui publie et commente ces observations, insiste, comme Albert et comme Scriba, sur l'importance d'une intervention prompte et sur la nécessité d'obéir à la méthode antiseptique dans toute sa rigueur.

A dater de ces trois publications (Albert, Scriba, Hei-

(1) Scriba. Berl. Klin. Wochen, n° 32, 1877, p. 460 et suiv.

(2) Heinecke. Deutsch-med. Wochen., 1877, p. 551.

necke), la question de l'arthrotomie pour les suppurations des jointures était chose jugée en Allemagne.

Les chirurgiens anglais, qui avaient été les premiers à inciser délibérément les articulations remplies de pus, ne restaient pas inactifs, et nous trouvons dans les publications périodiques des observations de jour en jour plus nombreuses. Nous citerons seulement les brillants succès d'Annandale (1) (1875), dans deux cas de pseudo-rhumatisme infectieux; ceux de Lister (2), Marriott (3), Rushton Parker (4), Ch. Heath (5), etc.

L'arthrotomie pour arthrites purulentes était cependant encore tenue en défiance par les chirurgiens français. Il est vrai que malgré les efforts de M. Championnière, bientôt secondé par MM. Guyon, Panas et Verneuil, la méthode antiseptique était lente à s'acclimater parmi nous. Le 16 juin 1875, rapportant devant la Société de chirurgie, un important travail du professeur Saxtorph (de Copenhague), intitulé : « Faits de pratique chirurgicale », M. Verneuil (6) fit ressortir tout l'intérêt d'une observation de ce mémoire : il s'agissait d'un jeune homme de 20 ans, qui, à la suite d'un panaris osseux, avait présenté des signes non douteux de pyohémie : abcès multiples, *double arthrite purulente des genoux*; toutes les collections purulentes, y compris celles des jointures, furent ouvertes et traitées antiseptiquement; le malade guérit complètement, ne conservant qu'un peu de raideur des genoux. De pareils faits parlent plus haut en faveur d'une méthode que les plus éloquents discours.

(1) Th. Annandale. Edimb. med. journ., 1875, t. XX, 2^e part., p. 612.

(2) Lister. Cité par Morgan, St-Geor. hosp. Rep., 1877-79, IX, p. 763.

(3) Marriott. Cité par Morgan, id.

(4) Rushton Parker, British med. journ., 1877, 16 juin, p. 742.

(5) Ch. Heath. British med. journ., 1878, t. II, p. 833.

(6) Verneuil. Bull. Soc. chir., Paris, 1875, p. 507.

D'autre part, M. Championnière, mettant en pratique les théories qu'il défendait sans relâche depuis plusieurs années, ouvrait, à Lariboisière, le 28 janvier 1877, le genou d'un homme de 33 ans, atteint d'une sorte d'infection purulente à forme externe. Depuis, nous dit-il, dans sa « Chirurgie antiseptique » (1), il a pratiqué cinq fois cette opération avec des succès remarquables. Ces observations furent publiées en 1879 dans la thèse de M. Marchandé (2), accompagnées de deux observations non moins convaincantes de M. Saxtorph, et d'un fait de M. Th. Anger. Entre temps (1877), paraissait dans la « Gazette médicale de Strasbourg, » un important mémoire de M. Eug. Bœckel (3), où il commentait et discutait les travaux d'Albert et de Scriba, dont il adopte à peu de choses près les conclusions. Pour ce qui touche aux arthrites suppurées tout au moins, M. Eug. Bœckel fournit à la méthode l'appui de sa grande autorité.

Notre excellent ami T. Piéchaud, agrégé à la Faculté de médecine de Bordeaux, dans son intéressante thèse inaugurale, ajoute deux faits nouveaux aux cas déjà connus d'arthrotomie pour arthrites purulentes (1880). Depuis lors l'opération est si bien entrée dans la pratique courante, que nous renonçons à citer tous les auteurs qui, dans ces dernières années, aussi bien en France qu'en Allemagne, en Angleterre et en Italie (4), ont publié des observations, ou se sont attachés à préciser davantage les règles de l'intervention chirurgicale et les modifications

(1) 2^e éd., 1880, p. 175.

(2) Marchandé. Du traitement de l'arthrite suppurée par l'ouverture et le pansement antiseptique. Thèse de Paris, 1879, n^o 529.

(3) Eug. Bœckel. De l'arthrotomie antiseptique et de ses indications. Gazette méd. de Strasbourg, 1877, p. 109.

(4) Mori. Sul trattamento delle sinoviti acute. Gaz. med. Ital. Lomb., Milano, 1885, n^o 29 et 33.

des procédés opératoires en rapport avec les différentes variétés d'arthrites purulentes. A ce titre, nous devons mentionner ici MM. Nicaise (1), J. Bœckel (2), Th. Weiss (3), Bœgehold (4). Enfin, et surtout, nous signalerons la thèse de M. Nicolas (5), soutenue à la Faculté de médecine de Nancy en 1883, travail riche de faits et que consulteront avec fruit tous ceux qui voudront approfondir l'histoire et les indications de l'arthrotomie antiseptique.

Toujours est-il que les opérations d'arthrotomie pour suppurations articulaires se sont énormément multipliées. Sans avoir la prétention d'avoir tout vu, il nous a été facile de réunir et d'analyser 102 observations. C'est en nous basant sur ces faits que nous allons essayer maintenant de rechercher la valeur de l'arthrotomie. Il nous faudra également examiner, après les indications, quels sont les procédés opératoires qui sont plus spécialement applicables aux différents groupes d'arthrites suppurées que nous avons établis au commencement de ce chapitre.

III.

Envisagées dans leur ensemble (V. tableaux A, B, C, D, E), les 102 observations d'arthrotomie pour arthrites suppurées nous fournissent 91 guérisons simples (89,81 0/0), 2 guérisons après *résection* consécutive (1,96 0/0);

(1) Nicaise. Bull. Soc. chir., 1881, t. VII, p. 306.

(2) J. Bœckel. Fragments de chirurgie antiseptique, 1882, p. 301 et suiv.

(3) Th. Weiss. Mélanges de clinique chirurgicale. Paris, 1883, p. 144.

(4) E. Bœgehold. Beiträge zur pathologie und Therapie der Gelenkentzündungen. Arch. f. Klin. chirurgie, 1882, t. XXVII, p. 721 et 910.

(5) Ad. Nicolas. Contribution à l'étude de l'arthrotomie antiseptique; thèse de Nancy, 1883.

D'autre part, M. Championnière, mettant en pratique les théories qu'il défendait sans relâche depuis plusieurs années, ouvrait, à Lariboisière, le 28 janvier 1877, le genou d'un homme de 33 ans, atteint d'une sorte d'infection purulente à forme externe. Depuis, nous dit-il, dans sa « Chirurgie antiseptique » (1), il a pratiqué cinq fois cette opération avec des succès remarquables. Ces observations furent publiées en 1879 dans la thèse de M. Marchandé (2), accompagnées de deux observations non moins convaincantes de M. Saxtorph, et d'un fait de M. Th. Anger. Entre temps (1877), paraissait dans la « Gazette médicale de Strasbourg, » un important mémoire de M. Eug. Bœckel (3), où il commentait et discutait les travaux d'Albert et de Scriba, dont il adopte à peu de choses près les conclusions. Pour ce qui touche aux arthrites suppurées tout au moins, M. Eug. Bœckel fournit à la méthode l'appui de sa grande autorité.

Notre excellent ami T. Piéchaud, agrégé à la Faculté de médecine de Bordeaux, dans son intéressante thèse inaugurale, ajoute deux faits nouveaux aux cas déjà connus d'arthrotomie pour arthrites purulentes (1880). Depuis lors l'opération est si bien entrée dans la pratique courante, que nous renonçons à citer tous les auteurs qui, dans ces dernières années, aussi bien en France qu'en Allemagne, en Angleterre et en Italie (4), ont publié des observations, ou se sont attachés à préciser davantage les règles de l'intervention chirurgicale et les modifications

(1) 2^e éd., 1880, p. 175.

(2) Marchandé. Du traitement de l'arthrite suppurée par l'ouverture et le pansement antiseptique. Thèse de Paris, 1879, n^o 529.

(3) Eug. Bœckel. De l'arthrotomie antiseptique et de ses indications. Gazette méd. de Strasbourg, 1877, p. 109.

(4) Mori. Sul trattamento delle sinoviti acute. Gaz. med. Ital. Lomb., Milano, 1885, n^o 29 et 33.

des procédés opératoires en rapport avec les différentes variétés d'arthrites purulentes. A ce titre, nous devons mentionner ici MM. Nicaise (1), J. Bœckel (2), Th. Weiss (3), Bœgehold (4). Enfin, et surtout, nous signalerons la thèse de M. Nicolas (5), soutenue à la Faculté de médecine de Nancy en 1883, travail riche de faits et que consulteront avec fruit tous ceux qui voudront approfondir l'histoire et les indications de l'arthrotomie antiseptique.

Toujours est-il que les opérations d'arthrotomie pour suppurations articulaires se sont énormément multipliées. Sans avoir la prétention d'avoir tout vu, il nous a été facile de réunir et d'analyser 102 observations. C'est en nous basant sur ces faits que nous allons essayer maintenant de rechercher la valeur de l'arthrotomie. Il nous faudra également examiner, après les indications, quels sont les procédés opératoires qui sont plus spécialement applicables aux différents groupes d'arthrites suppurées que nous avons établis au commencement de ce chapitre.

III.

Envisagées dans leur ensemble (V. tableaux A, B, C, D, E), les 102 observations d'arthrotomie pour arthrites suppurées nous fournissent 91 guérisons simples (89,81 0/0), 2 guérisons après *résection* consécutive (1,96 0/0);

(1) Nicaise. Bull. Soc. chir., 1881, t. VII, p. 306.

(2) J. Bœckel. Fragments de chirurgie antiseptique, 1882, p. 301 et suiv.

(3) Th. Weiss. Mélanges de clinique chirurgicale. Paris, 1883, p. 144.

(4) E. Bœgehold. Beiträge zur pathologie und Therapie der Gelenkentzündungen. Arch. f. Klin. chirurgie, 1882, t. XXVII, p. 721 et 910.

(5) Ad. Nicolas. Contribution à l'étude de l'arthrotomie antiseptique; thèse de Nancy, 1883.

et seulement 9 morts (8,22 0/0). Nous comptons parmi les cas de guérison un fait inédit qui nous a été communiqué par notre ami le professeur Th. Weiss de Nancy : sur un enfant de 3 mois, atteint d'arthrite suppurée idiopathique du genou, M. Weiss pratiqua une large arthrotomie ; le petit malade guérit parfaitement de son arthrotomie ; mais il mourut de diarrhée quelque temps après. C'était, il faut le reconnaître, un enfant chétif et mal conformé ; il avait une malformation anale pour laquelle M. Weiss avait déjà dû faire une opération. Dans tous les cas, ce n'est assurément pas une mort imputable à l'arthrotomie. Par contre, nous avons fait entrer en ligne de compte parmi nos faits malheureux une observation (J. Boeckel, obs. X), dans laquelle la guérison semblait assurée : le malade n'avait plus qu'une petite fistule, seul reliquat de l'opération d'arthrotomie, lorsqu'il fut pris d'un érysipèle parti de cette fistule, et succomba. Nous y avons compris également un fait très intéressant de Nunn (1). Guéri d'une arthrotomie, le malade prend une fièvre typhoïde, et le genou suppure de nouveau ; de nouveau, Nunn pratique l'arthrotomie ; le malade meurt d'érysipèle.

Parmi les sept autres cas de mort, nous voyons quatre morts par pyohémie, ou infection générale (deux fois il est nettement indiqué qu'il s'agissait bien d'infection purulente : *Schede*, Mém. cité, obs. V. *Bogehold*, Mém. cité, p. 720). Dans un cas de M. Eug. Boeckel (Th. Nicolas, p. 31), le malade, qui était dans un état grave, succomba le lendemain de l'opération. Le septième cas enfin, qui nous a été communiqué par M. Paul Berger, est relatif à une mort à la suite d'une amputation de cuisse rendue nécessaire par une hémorrhagie formidable de l'artère poplitée. Cette observation, du reste, sera relatée, lorsque nous discu-

(1) British med. journ., 20 mai 1871, p. 532.

terons la question du drainage poplitée dans les arthrotomies pour arthrites purulentes.

Nos 91 cas de *guérisons simples* (c'est-à-dire sans opération consécutive, et nous avons vu que deux fois seulement pareille intervention avait été nécessaire après l'arthrotomie), nous donnent en bloc :

21 cas de guérison avec ankylose complète soit 20,580/0.

17 cas de guérison avec une certaine limitation des mouvements, soit 16,66 0/0.

53 cas de guérison avec un rétablissement complet ou à peu près complet des mouvements, soit 51,96 0/0.

Nous ne possédons malheureusement pas les éléments qui nous permettraient de comparer ces résultats avec ceux des anciennes méthodes de traitement. De pareils documents sont impossibles à réunir, car l'ankylose, l'amputation ou la mort étant considérées comme la terminaison pour ainsi dire naturelle de la suppuration des grandes jointures, quel que fût le traitement employé, les observations étaient banales, et nul ne songeait à les publier. Nous faisons exception pour M. Blot, mais trois observations sont un chiffre insuffisant pour servir de point de comparaison. Nous voyons bien (1) que Civiale, sur 26 cas d'arthrites suppurées de l'infection urinaire, n'avait que 13 morts, soit une proportion de 50 0/0. Mais nous ignorons le nombre des arthrotomies qu'il a pratiquées dans ces conditions.

D'après notre statistique, l'arthrotomie antiseptique ne laisse plus mourir qu'une proportion de 9 malades sur 102, soit, 8,82 0/0. Quant à ceux qui échappaient jadis à la mort, ils étaient voués à l'ankylose, à de très rares exceptions près. Nous n'avons pour nous en convaincre qu'à nous reporter à ce que dit M. Blot à ce sujet. Or,

(1) Guyon. Leçons cliniques sur les maladies des voies urinaires, 1881, p. 449.

maintenant 21 malades seulement, d'après nos tableaux, restent privés du mouvement de leurs jointures; 70 jouissent de tout (53) ou partie (17) de la mobilité normale.

Certes, je ne m'exagère pas la valeur de cette statistique. Il est probable, il est même certain que la somme des faits publiés ne correspond que d'assez loin à la somme des opérations pratiquées; pour l'arthrotomie, comme pour toutes les opérations, on a sans doute fait connaître à peu près tous les cas heureux, tandis que bien des faits terminés d'une façon moins favorable étaient laissés dans l'ombre. Ces réserves faites, je crois que les tableaux que j'ai dressés portent avec eux plus d'une indication et plus d'un enseignement.

Et d'abord, si au lieu de considérer les résultats bruts de nos 102 observations, nous poussons un peu plus loin l'analyse, nous relevons immédiatement un certain nombre de faits intéressants.

Les *arthrites traumatiques*, qui sont représentées par le chiffre de 42 observations, nous fournissent

3 morts;
38 guérisons,
1 guérison après résection.

Parmi ces 38 faits de guérison, nous notons la proportion considérable de 14 ankyloses complètes, 4 ankyloses plus ou moins marquées et seulement 20 guérisons parfaites, ou à peu près parfaites (tableau A).

Les arthrotomies pour *suppurations articulaires consécutives à des inflammations des membres* (phlegmons, abcès, érysipèles, lymphangites) sont au nombre de 11, qui se répartissent de la façon suivante :

1 mort,
10 guérisons.

Ces 10 guérisons elles-mêmes donnent 2 ankyloses complètes, 2 ankyloses partielles plus ou moins prononcées et 6 résultats parfaits (tableau B).

Moins favorables dans leurs suites sont les arthrotomies pour *suppurations articulaires dans l'ostéomyélite* :

15 opérations : 2 morts,
13 guérisons

et, parmi ces dernières, 2 ankyloses complètes, 4 ankyloses partielles plus ou moins prononcées, 7 guérisons à peu près parfaites. (Tableau C.)

Les *arthrites puerpérales* dont nous avons réuni 8 observations, fournissent

2 morts,
6 guérisons,

dont 1 avec ankylose complète, 3 avec ankylose partielle plus ou moins prononcée et 2 seulement avec une intégrité à peu près parfaite de la mobilité. (Tableau D.)

Dans la classe que nous avons dénommée *arthrites spontanées infectieuses des adultes*, 16 arthrotomies ont fourni

1 mort,
14 guérisons,
1 guérison après résection;

et parmi les 14 cas terminés favorablement, nous relevons 2 ankyloses complètes, 3 ankyloses partielles plus ou moins prononcées et 9 résultats à peu près parfaits. (Tableau E.)

Les *arthrites suppurées* (catarrhales des Allemands) *idiopathiques des enfants*, au nombre de 10, ont donné

10 guérisons

sans une seule mort (sauf le cas de M. Weiss, sur lequel je me suis déjà expliqué) (1). Dans ces 10 cas guéris, il n'y a pas eu une seule ankylose complète; dans un cas seulement, un peu de gêne dans les mouvements; ce sont des résultats fort remarquables, dont nous rechercherons bientôt la raison. (Tableau F.)

(1) Tableau F. obs. X.

Nous voyons, en somme, que sous le rapport des résultats obtenus au moyen de l'arthrotomie, les diverses espèces d'arthrites purulentes peuvent se ranger dans l'ordre suivant, aussi bien au point de vue de la mortalité, qu'au point de vue de la qualité de la guérison.

A. Sous le rapport de la *mortalité*, l'ordre de *progression croissante* est le suivant :

	Morts.
1° Arthrites idiopathiques des enfants.....	0,00 0/0
2° Rhumatismes infectieux.....	6,25 0/0
3° Arthrites traumatiques.....	7,1 0/0
4° Arthr. consécut. aux inflamm. péri-articulaires.....	9,09 0/0
5° Arthrites de l'ostéomyélite.....	13,33 0/0
6° Arthrites puerpérales.....	25,00 0/0

B. Sous le rapport de la *perfection de la guérison*, l'ordre de *progression décroissante*.

	Guérisons parfaites.
1° Arthrites idiopathiques des enfants.....	90 00 0/0
2° Rhumatismes infectieux.....	56,25 0/0
3° Arthrites consécut. aux infl. péri-articulaires.....	54,50 0/0
4° Arthrites traumatiques.....	47,60 0/0
5° Arthrites de l'ostéomyélite.....	46,66 0/0
6° Arthrites puerpérales.....	25,08 0/0

C. Sous le rapport de l'*ankylose complète*, *progression décroissante*.

1° Arthrites traumatiques.....	33,33 0/0
2° Arthr. consécut. aux inflam. péri-articulaires.....	18,18 0/0
3° Arthrites de l'ostéomyélite.....	13,33 0/0
4° Arthrites puerpérales.....	12,50 0/0
5° Rhumatismes infectieux.....	12,50 0/0
6° Arthrites idiopathiques des enfants.....	0,00 0/0

D. Sous le rapport de l'*ankylose incomplète*, *progression décroissante*.

1° Arthrites puerpérales.....	37,50 0/0
2° Arthrites de l'ostéomyélite.....	26,66 0/0
3° Arthrites du rhumatisme infectieux.....	18,75 0/0
4° Arthr. consécut. aux infl. péri-articulaires.....	18,18 0/0
5° Arthrites idiopathiques des enfants.....	10,00 0/0
6° Arthrites traumatiques.....	9,5 0/0

Est-il possible, par l'examen des conditions dans lesquelles ont été pratiquées les opérations, d'arriver à se faire une idée suffisamment exacte de la cause de ces différences?

Nous ne pouvons bien évidemment entrer ici dans le détail des faits, et d'ailleurs les observations que nous avons dépouillées sont trop souvent bien incomplètes.

Les arthrites idiopathiques des enfants, dont la nature infectieuse n'est plus mise en doute depuis les recherches de F. Krause (1), sont caractérisées, outre la présence d'un micro-organisme particulier, par l'existence d'un épanchement plutôt séro-purulent que purulent, produit par une exsudation superficielle de la synoviale; c'est une inflammation catarrhale, nullement interstitielle. Les lésions articulaires sont peu intenses. De plus, les symptômes qui accompagnent cette arthrite sont des plus aigus; ils acquièrent immédiatement un caractère alarmant; l'intervention est précoce. En même temps, dans tous les cas que nous avons étudiés, l'arthrotomie a été large, toujours ou presque toujours accompagnée d'un drainage méthodique assurant un libre écoulement des liquides. Une détente, en général prompte, suit de près l'ouverture de l'article; débarrassée de son contenu purulent, la jointure, dont les parties nobles ne sont que très superficiellement malades, revient rapidement à son état normal; les drains peuvent être enlevés (le deuxième jour dans une observation de M. Eug. Bœckel) (2), et tout rentre dans l'ordre.

L'on sait enfin avec quelle facilité et quelle perfection se réparent les tissus et les organes des jeunes sujets.

Des conditions absolument inverses s'observent dans les arthrites puerpérales. Les femmes sont le plus sou-

(1) Fedor Krause. Berl. Klin. Woch., 27 oct. 1884, p. 681.

(2) Eug. Bœckel. Thèse de Nicolas, Nancy, 1883, p. 32. V. tableau F, obs. III.

vent fatiguées par une grossesse ou un accouchement laborieux ; tout l'organisme est profondément atteint. Fréquemment, elles présentent en même temps d'autres manifestations infectieuses ; enfin, dans plusieurs observations, on a hésité à ouvrir la jointure, soit que le diagnostic de purulence n'ait pu être immédiatement établi, soit que l'on ait eu recours d'abord à des moyens manifestement insuffisants, une ponction aspiratrice par exemple. Il en fut ainsi dans une intéressante observation de M. Championnière. Ce chirurgien fit l'arthrotomie sur une malade qui conservait depuis quatre mois du pus dans son genou, que l'on s'était borné à ponctionner. Elle guérit, avec des mouvements limités à une excursion de 80°. Ce résultat est imparfait sans doute, mais il n'en constitue pas moins un éclatant succès à l'actif de l'arthrotomie (1).

Nous comprenons également que les résultats fournis par l'opération puissent laisser à désirer dans les arthrites suppurées de l'ostéomyélite aiguë. La mortalité s'élève à 13 0/0, mais l'infection générale y revendique une part considérable ; l'arthrite n'est qu'un épi-phénomène aggravant une maladie déjà des plus sérieuses par elle-même. Parmi les guérisons, il y a encore 13 0/0 d'ankyloses complètes et 26 0/0 d'ankyloses incomplètes. Quoi d'étonnant, vu les lésions osseuses qui sont l'origine et non l'effet de l'arthrite ? Est-il donc rare de voir, après une ostéomyélite de l'extrémité inférieure du fémur, le genou rester à peu près complètement ankylosé, par simple effet de l'hypérostose consécutive, sans que la synoviale ait subi aucune inflammation suppurative ? Il faut donc s'estimer heureux d'observer encore 46 0/0 de guérisons parfaites ou peu s'en faut ; nul doute pour nous qu'il ne faille attribuer la fréquence relative de cette terminaison favorable

(1) Championnière. Marchandé. Thèse Paris, 1879, p. 28, et v. tableau D, obs. VI.

à l'énergie de l'intervention et à la jeunesse des sujets, vierges de toute tare organique, ou de toute affection constitutionnelle.

Dans les arthrites traumatiques, qui nous donnent 33 0/0 d'ankyloses complètes et 9 0/0 d'ankyloses incomplètes, les motifs de cette guérison imparfaite sont bien faciles à déterminer. Il suffit de jeter un coup d'œil sur les tableaux : sur 20 cas de plaie pénétrante des articulations pour lesquels la date de l'accident est notée, on voit que 10 malades, guéris avec ankylose complète, ne furent arthrotomisés que de trois à six semaines après la production de la plaie. Les 10 cas, au contraire, qui ont conservé une mobilité à peu près complète de leur jointure avaient été opérés à une époque beaucoup plus rapprochée du traumatisme initial ; du 2^e au 10^e jour, du 15^e au 17^e. On comprend combien sont désavantageux les faits de la première catégorie : depuis plusieurs jours, ou même plusieurs semaines, les germes infectieux s'accumulent et pullulent dans toutes les anfractuosités de la jointure. La désinfection est très difficile. Ces conditions défavorables, dont on peut triompher cependant, s'opposent à la guérison aseptique de l'arthrotomie ; la suppuration se prolonge, la synoviale s'épaissit et bourgeonne, les cartilages diarthrodiaux s'ulcèrent. De là des adhérences et des fusions plus ou moins intimes, qui conduisent sans peine à la production d'une ankylose.

Le pronostic sera moins favorable encore, lorsqu'au lieu de plaies pénétrantes simples, l'arthrotomie s'adressera aux graves arthrites de certaines fractures compliquées articulaires, ou à celles qui accompagnent les plaies des articulations par armes à feu. Les observations de MM. Kirmisson et Segond (obs. XII et XVIII) nous enseignent la part considérable que l'arthrotomie a prise à la guérison dans des cas appartenant à la première catégorie, et nous pouvions voir, il y a quelques jours à peine, dans le

service du professeur Richey, à l'Hôtel-Dieu, une malade guérie d'une fracture compliquée de l'extrémité inférieure du fémur, après avoir subi la résection des fragments et une large arthrotomie.

En ce qui concerne la chirurgie d'armée, nous ne pouvons savoir encore quelle sera dans l'avenir la place de l'arthrotomie. N'est-il pas permis de penser, cependant, que l'ouverture précoce de la jointure, l'évacuation du sang, l'extraction des projectiles, des corps étrangers et des esquilles; les résections partielles pratiquées ainsi hâtivement, grâce à une arthrotomie exploratrice en même temps que curatrice, etc., etc., permettront dans bon nombre de circonstances, non-seulement de sauver la vie au blessé, mais de lui épargner le sacrifice d'un membre? L'observation de Paci, que l'on trouvera résumée dans nos tableaux (1) (Balle dans le genou, arthrotomie, résection partielle, extraction du projectile; résultat fonctionnel parfait) nous permet de concevoir ces consolantes espérances.

Les considérations un peu arides auxquelles nous venons de nous livrer, ne seront peut-être pas inutiles, car, si elles nous font voir que toutes les variétés d'arthrites purulentes ne sont pas égales devant l'arthrotomie, elles prouvent aussi, croyons-nous, que plus l'intervention est précoce, plus les résultats sont favorables; de plus, elles nous permettent déjà de prévoir que les mêmes procédés d'arthrotomie ne seront pas indistinctement applicables à tous les cas. L'arthrite, suite de plaie pénétrante négligée, par exemple, ne sera pas justiciable des mêmes moyens que la collection purulente survenue dans ces cas singuliers de rhumatisme pseudo-infectieux, ou d'arthrite idiopathique catarrhale des jeunes enfants.

C'est ce point si intéressant de notre sujet que nous avons hâte d'aborder maintenant.

(1) Tableau A, n° 30.

IV

Les premiers qui, dans la période moderne, s'enhardirent jusqu'à intervenir dans les épanchements pathologiques des grandes articulations, le genou, par exemple, eurent recours tout d'abord à la ponction, et surtout à la ponction aspiratrice. Il ne fallut pas longtemps pour que l'insuffisance de cette méthode fût démontrée, en ce qui concerne les arthrites suppurées. On essaya alors une arthrotomie bâtarde, le drainage pur et simple de l'articulation, à travers de minimes ouvertures pratiquées au bistouri, mais des expériences de Jaschke (1) vinrent bientôt prouver qu'alors les liquides antiseptiques pénétraient difficilement dans les parties les plus reculées du genou. Il était nécessaire, sur le cadavre, non seulement d'imprimer à l'articulation des mouvements étendus et variés au moyen de manipulations énergiques, mais aussi de pratiquer la section des ligaments croisés, de manière à placer les tubes dans l'espace intercondylien. Cette section des ligaments croisés, il eût été insensé de l'entreprendre sur le vivant. Le drainage simple n'avait donc aucune chance de réussir, puisqu'il n'assurait ni l'évacuation complète ni la désinfection de la jointure. Il eût été bien simple, pourtant, de revenir purement et simplement aux deux larges incisions latérales conseillées jadis par J. L. Petit. Il n'en fut rien: les chirurgiens étrangers s'ingénierent à trouver des modifications qui étaient loin de constituer des perfectionnements. Volkman préconisa deux petites incisions placées de chaque côté de la rotule; par ces ouvertures il établissait, avec

(1) Jaschke. Deutsche Zeitschrift für Chirurgie, 1872, t. II, p. 91.

service du professeur Richey, à l'Hôtel-Dieu, une malade guérie d'une fracture compliquée de l'extrémité inférieure du fémur, après avoir subi la résection des fragments et une large arthrotomie.

En ce qui concerne la chirurgie d'armée, nous ne pouvons savoir encore quelle sera dans l'avenir la place de l'arthrotomie. N'est-il pas permis de penser, cependant, que l'ouverture précoce de la jointure, l'évacuation du sang, l'extraction des projectiles, des corps étrangers et des esquilles; les résections partielles pratiquées ainsi hâtivement, grâce à une arthrotomie exploratrice en même temps que curatrice, etc., etc., permettront dans bon nombre de circonstances, non-seulement de sauver la vie au blessé, mais de lui épargner le sacrifice d'un membre? L'observation de Paci, que l'on trouvera résumée dans nos tableaux (1) (Balle dans le genou, arthrotomie, résection partielle, extraction du projectile; résultat fonctionnel parfait) nous permet de concevoir ces consolantes espérances.

Les considérations un peu arides auxquelles nous venons de nous livrer, ne seront peut-être pas inutiles, car, si elles nous font voir que toutes les variétés d'arthrites purulentes ne sont pas égales devant l'arthrotomie, elles prouvent aussi, croyons-nous, que plus l'intervention est précoce, plus les résultats sont favorables; de plus, elles nous permettent déjà de prévoir que les mêmes procédés d'arthrotomie ne seront pas indistinctement applicables à tous les cas. L'arthrite, suite de plaie pénétrante négligée, par exemple, ne sera pas justiciable des mêmes moyens que la collection purulente survenue dans ces cas singuliers de rhumatisme pseudo-infectieux, ou d'arthrite idiopathique catarrhale des jeunes enfants.

C'est ce point si intéressant de notre sujet que nous avons hâte d'aborder maintenant.

(1) Tableau A, n° 30.

IV

Les premiers qui, dans la période moderne, s'enhardirent jusqu'à intervenir dans les épanchements pathologiques des grandes articulations, le genou, par exemple, eurent recours tout d'abord à la ponction, et surtout à la ponction aspiratrice. Il ne fallut pas longtemps pour que l'insuffisance de cette méthode fût démontrée, en ce qui concerne les arthrites suppurées. On essaya alors une arthrotomie bâtarde, le drainage pur et simple de l'articulation, à travers de minimes ouvertures pratiquées au bistouri, mais des expériences de Jaschke (1) vinrent bientôt prouver qu'alors les liquides antiseptiques pénétraient difficilement dans les parties les plus reculées du genou. Il était nécessaire, sur le cadavre, non seulement d'imprimer à l'articulation des mouvements étendus et variés au moyen de manipulations énergiques, mais aussi de pratiquer la section des ligaments croisés, de manière à placer les tubes dans l'espace intercondylien. Cette section des ligaments croisés, il eût été insensé de l'entreprendre sur le vivant. Le drainage simple n'avait donc aucune chance de réussir, puisqu'il n'assurait ni l'évacuation complète ni la désinfection de la jointure. Il eût été bien simple, pourtant, de revenir purement et simplement aux deux larges incisions latérales conseillées jadis par J. L. Petit. Il n'en fut rien: les chirurgiens étrangers s'ingénierent à trouver des modifications qui étaient loin de constituer des perfectionnements. Volkman préconisa deux petites incisions placées de chaque côté de la rotule; par ces ouvertures il établissait, avec

(1) Jaschke. Deutsche Zeitschrift für Chirurgie, 1872, t. II, p. 91.

des tubes de petit calibre, un drainage de part en part. Nussbaum ne fit qu'une incision de chaque côté, et par chacune de ces ouvertures, il plaça un drain debout.

Scriba, frappé des inconvénients de ces demi-mesures, fit faire un réel progrès à l'opération de l'arthrotomie. Comme il le dit lui-même, sa manière de faire tient le milieu entre celle de Volkmann et celle de Nussbaum. Il ouvre l'article, de chaque côté de la rotule, par une incision de trois centimètres, dans laquelle il met un gros drain. Si la bourse des extenseurs communique avec l'articulation, ce qui, pour lui, est la règle, cela suffit. Mais, et c'est là le côté vraiment original du procédé de Scriba, si le cul-de-sac sus-rotulien est isolé de l'articulation, il faut ajouter une incision médiane sur le « quadriceps », et y placer un court tube à drainage. Scriba ajoute qu'une précaution très importante consiste à introduire dans la synoviale, avant de placer les drains, une éponge imbibée d'un liquide antiseptique : l'acide phénique à 5 0/0 si la suppuration est franchement aiguë ; le chlorure de zinc à 1/12 si elle présente une mauvaise odeur. Il faut enfin, avant de faire le pansement, irriguer soigneusement la jointure, en la manipulant, jusqu'à ce que le liquide revienne absolument pur de tout mélange.

Avec Scriba, les trois actes opératoires essentiels de l'arthrotomie sont définitivement établis : assurer une large issue aux liquides purulents ; désinfecter soigneusement la jointure ; obtenir un drainage complet. Désormais, nous n'entendrons plus parler des opérations parcimonieuses et incomplètes comme en pratiquaient au début Volkmann et Nussbaum.

Divers procédés d'arthrotomie se partagent à l'heure actuelle la faveur des chirurgiens. On peut cependant les ranger, ce me semble, sous deux chefs principaux. A un premier groupe, appartiennent les arthrotomies que l'on peut appeler *simples*, qui consistent dans une seule

grande incision, pratiquée sur l'un des côtés de la jointure, en un lieu qui varie nécessairement suivant l'articulation opérée. Dans un second groupe, nous rangerons les arthrotomies que l'on peut appeler *complexes*, c'est à dire les opérations dans lesquelles, à la première incision, viennent s'ajouter des contre-ouvertures, ou mieux des incisions de décharge établies à une distance variable de la première, sur l'une ou l'autre face de l'articulation. Lorsque nous traiterons du manuel opératoire de l'arthrotomie appliquée aux diverses jointures, nous nous efforcerons de marquer la situation précise qu'il faut donner à ces ouvertures pour chaque articulation en particulier. Ici, nous envisageons la question à un point de vue plus général. Néanmoins, pour la facilité de la description, nous ferons plus particulièrement allusion au genou dans les pages qui vont suivre ; aussi bien, sur 102 opérations d'arthrotomie, en trouvons-nous 92 qui le concernent.

Dans l'immense majorité des cas, on a fait usage du bistouri. Rarement le thermocautère a été employé ; ce mode de diérèse peut cependant avoir certaines indications particulières, et l'on fera bien, croyons-nous, d'y recourir parfois.

1° *Une seule incision.* — Pour le genou, c'est en général le côté externe de la rotule qui est préféré, et cela, pour des raisons anatomiques bien faciles à apprécier. Cependant, un certain nombre d'opérateurs ont incisé en dedans ; le plus ordinairement, ils étaient alors guidés par quelque indication particulière, comme la présence d'une plaie accidentelle ou d'une collection purulente de ce côté. Mais il n'en est résulté aucun inconvénient.

Qu'elle soit pratiquée au côté interne ou au côté externe, au lieu d'élection, l'ouverture doit être large, hardie ; « elle permet au pus de sortir, aux fausses membranes

de se dégager; la *main* sera passée sous la rotule pour explorer et pour nettoyer toutes ces parties (1). MM. Saxtorph et Championnière sont grands partisans de cette incision unique. Le dernier lui donne habituellement une longueur de 10 à 12 centimètres; dans une de ses belles observations, en raison de l'extrême gravité du cas (Marchandé, th. Paris, 1879, p. 21), il n'a pas craint de fendre la région fémoro-tibiale dans une étendue de 14 centimètres! Cette conduite hardie fut suivie d'un succès complet. Cette unique incision ne sera suffisante que si elle met à découvert toute l'articulation, et si, au genou en particulier, elle intéresse, en même temps que l'articulation proprement dite, le cul-de-sac sous-tricipital: (Saxtorph) (2). Ce n'est pas seulement au genou que l'incision unique a été mise en œuvre; Lister (3) et J. L. Reverdin s'en contentent pour le poignet.

Nous verrons dans un instant que les partisans de ces immenses débridements sont aussi, pour la plupart, partisans de la suture de la plaie.

2^e Incisions multiples. — C'est surtout sur le côté interne, dans un point à peu près symétrique de celui où les opérateurs cités dans le précédent paragraphe plaçaient leur incision externe, que nous voyons pratiquer la plus simple et la plus naturelle des contre ouvertures. Ces deux incisions latérales sont très souvent notées dans nos observations. Il n'est pas besoin de donner à chacune d'elles les dimensions gigantesques qui sont la qualité première de l'incision unique. Au genou, une longueur de 4 à 6 centimètres doit le plus souvent suffire; au moins pour les cas de gravité moyenne, en

(1) L. Championnière. Chirurgie antiseptique, 1880, p. 174.

(2) Saxtorph. Marchandé, Th. de Paris, 1879, p. 33.

(3) Lister. British med. journ., 1871, p. 232.

tant que lésions locales(1), les arthrites du pseudo-rhumatisme infectieux par exemple.

Certaines indications particulières, qu'il appartient au chirurgien d'apprécier, conduiront souvent à l'établissement d'autres ouvertures de décharge. Le plus habituellement, c'est le cul-de-sac sous-tricipital que l'on incise et que l'on draine à part. Scriba avait déjà, dès 1877, conseillé de joindre cette troisième incision aux deux ouvertures latérales, mais dans le cas seulement où le cul-de-sac tricipital ne communique pas avec la synoviale. Les arthrotomies ainsi conduites sont aujourd'hui très nombreuses. Presque toutes les observations de M. J. Bœckel (2) portent que l'incision sus-rotulienne a été pratiquée. Le professeur Gross (3) (de Nancy) s'en montre aussi très partisan; enfin, mon excellent ami le professeur Th. Weiss (4) (de Nancy) m'écrit que d'après son expérience, cette ouverture du cul-de-sac tricipital est la précaution capitale dans l'arthrotomie pour arthrite suppurée du genou. Des circonstances spécialement sérieuses peuvent indiquer non plus une seule, mais deux incisions sur le cul-de-sac; ce qui donne, avec les deux incisions latérales, quatre incisions sur la demi-circonférence antérieure du genou. M. J. Bœckel (5) a obtenu ainsi un beau succès.

Enfin, il peut arriver que, ces ouvertures sur l'une des faces de la jointure paraissant manifestement insuf-

(1) Nous considérons ces arthrites comme de gravité moyenne. C'est qu'ici nous n'avons en vue que les cas chirurgicaux. Le pseudo-rumatisme infectieux tue la majorité des malades qu'il atteint, mais il s'agit ordinairement de lésions multiples dans lesquelles l'intervention opératoire est superflue. Il n'en est pas de même quand l'infection, de moyenne intensité, se localise sur une jointure unique.

(2) Jules Bœckel. Observ. inédites.

(3) Gross. Observ. inédites XIII et XIV.

(4) Th. Weiss. Communic. écrite.

(5) Jules Bœckel. Observ. inédites VIII.

fisantes, l'on soit conduit à inciser en un point diamétralement opposé de l'articulation : Bøgehold a eu recours, avec succès, à ce procédé (1) pour une arthrite suppurée de l'épaule. Dans ce cas, outre une longue incision externe, il fit, en dedans, une contre-ouverture placée immédiatement en avant du paquet vasculo-nerveux; — il n'eut pas à s'en repentir. — Pour les arthrites suppurées du genou, l'incision du creux poplité suivie du *drainage* n'est mentionnée que 3 fois. Les choses se passèrent bien dans les observations de M. Richet (2), et d'un chirurgien italien, Mori (3) de (Brescia). Dans un troisième fait, dont je dois la communication à mon cher maître et ami Paul Berger, le drainage poplité, pratiqué pour une arthrite purulente d'une gravité extrême, détermina de terribles accidents que nous exposerons en détail, lorsque nous traiterons du drainage articulaire après l'arthrotomie.

Ces arthrotomies complexes, remarquables par la multiplicité des incisions, ont été faites plus souvent que l'arthrotomie au moyen d'une seule incision, si séduisante pourtant par sa simplicité. Nous rechercherons s'il est possible d'expliquer cette prédilection et nous nous demanderons si elle est justifiée. Mais nous tenons, toutefois, à bien établir dès à présent que nous repoussons toute systématisation étroite. Ici, comme partout ailleurs, du reste, en chirurgie, les indications fournies par chaque cas particulier doivent guider et régler notre intervention. Aussi reconnaissons-nous bien volontiers qu'il pourra être nécessaire, dans bien des circonstances, de pratiquer toute une série de contre-ouvertures.

Après avoir ainsi largement ouvert la jointure suppurée, et avoir évacué les produits morbides, il faut

(1) E. Bøgehold. Arch. f. Klin. Chir., 1882, t. XXVII, p. 915.

(2) Richet. Observ. inédite XXIV.

(3) Mori. Gaz. med. Ital. Lomb., 1885 n° 33.

avoir soin de la nettoyer minutieusement; des éponges imbibées d'acide phénique (Championnière) (1) ou de chlorure de zinc (Scriba, etc.) seront à plusieurs reprises introduites dans l'articulation; on peut, d'après M. Championnière, les frotter sans crainte contre la paroi de l'articulation suppurée. Bøgehold, toutefois, repousse cette manœuvre. Non-seulement il la croit inutile, mais il pense que l'on risque ainsi de provoquer des hémorrhagies, et de voir ultérieurement les caillots obstruer les tubes à drainage. Notons en passant que nous n'avons trouvé cet accident signalé dans aucune de nos observations d'arthrite suppurée. Quel que soit d'ailleurs le liquide antiseptique employé : acide phénique, chlorure de zinc, sublimé (et je ne fais aucune difficulté d'avouer mes préférences pour les deux derniers), il faut avant tout que la désinfection soit complète, et qu'aucun repli de la synoviale ne puisse échapper à l'action de l'agent germicide.

Dans quelques circonstances, on ne s'en tiendra pas là. Si la suppuration dure depuis longtemps, ainsi qu'il arrive souvent à la suite des plaies pénétrantes négligées, la synoviale étant épaissie, boursoufflée, couverte de bourgeons charnus, il pourra être avantageux d'ajouter à la désinfection un véritable curage de l'articulation pratiqué au moyen d'une cuiller tranchante. Cette manière de faire a donné à Bergmann (2) un excellent résultat. De même M. Dudon (3), de Bordeaux, n'a eu qu'à se louer, dans un cas analogue, d'avoir enlevé toute une portion sphacélée de la synoviale.

Ces indications une fois remplies, quelle sera la conduite du chirurgien?

(1) Championnière. Chir. antiseptique, p. 174.

(2) Bergmann. St-Petersb. med. Wochens., 1885, n° 35, p. 294.

(3) Dudon. Observ. inédite XI.

Laissera-t-il simplement les plaies largement béantes, avec ou sans drainage?

Et s'il se décide pour le drainage, fera-t-il ou ne fera-t-il pas la suture?

D'une manière générale, les chirurgiens sont d'accord pour pratiquer le drainage après une arthrotomie pour arthrite suppurée; cette précaution n'est cependant pas absolument indispensable, ainsi que le démontrent deux observations, sans suture il est vrai: l'une de M. Th. Weiss, l'autre de M. L. Labbé (1). Il est cependant préférable, croyons-nous, de recourir au drainage, en règle générale.

Drainage. Je n'insisterai pas sur l'espèce de drain que l'on doit préférer; c'est un point sans importance: pourvu qu'un tube assure le libre écoulement des liquides, il remplit les conditions voulues. Les tubes de caoutchouc sont les plus employés. Saxtorph (2) s'est servi dans un cas d'un tube de verre, et Ch. Heath (3), d'une mèche de crins de cheval.

Il est autrement intéressant de savoir comment on placera le tube: l'introduira-t-on profondément dans les jointures? ou bien prendra-t-on soin d'enfoncer seulement des bouts de tube, juste assez pour qu'une des extrémités pénètre dans l'article? Enfin, combien de temps laissera-t-on les drains en place?

Il y a là autant de problèmes que nous voudrions pouvoir résoudre; malheureusement, la plupart des faits que nous avons compulsés ne sont que très peu explicites à cet égard.

M. Championnière est d'avis qu'il faut se contenter d'un ou de deux bouts de tube, et s'abstenir (à moins de conditions particulières) du drainage de part en part. D'un

(1) Labbé. Obs. inéd. XXIII.

(2) Saxtorph. Marchandé, th. Paris, 1879, p. 31.

(3) Ch. Heath. British med. journ., décembre 1878, t. II, p. 833.

autre côté, nous trouvons ce procédé appliqué couramment par MM. Jules Bœckel, Richet, Bœgehold, etc... et d'une façon générale par tous ceux qui donnent la préférence aux ouvertures multiples. Un fait important, et qui paraît aujourd'hui définitivement acquis, c'est qu'il peut être nuisible à la *restitutio ad integrum* de la jointure de laisser celle-ci trop longtemps en contact avec un tube profondément engagé dans sa cavité. Aussi inclinons-nous fort à penser que si, comme cela nous paraît devoir être souvent avantageux, le drainage profond ou de part en part ont été employés, il faut en abrégier autant que possible la durée et se hâter d'arriver à l'usage des simples bouts de tube. M. J. Bœckel, dans un cas, enleva après quarante-huit heures les drains qui traversaient la jointure et les remplaça par des tubes courts.

Mais, quels que soient la nature et le nombre des drainages, les tubes doivent être disposés de manière à assurer un écoulement facile des produits sécrétés, et plus particulièrement des liquides qui peuvent s'accumuler dans le cul-de-sac tricéphal. Il faut aussi que les tubes soient volumineux. Les drains de petit calibre que conseillaient Volkmann et Nussbaum ne sont plus de mise aujourd'hui.

Quant à l'époque de l'ablation définitive des drains, il ne nous est pas possible de formuler des règles précises: il y a là une question d'appréciation, dont les éléments se tirent aussi bien de l'état de l'article au moment de l'arthrotomie, que de la quantité et de la nature des liquides exsudés pendant les jours suivants. M. J. Bœckel, dans un cas, a pu les supprimer sans inconvénient dès le troisième jour; dans une autre observation, le même auteur les enleva successivement le troisième, le sixième et le dixième jour; Championnière (Th. Marchandé, p. 31) les troisième, sixième, vingt-

unième jours; le professeur Gross (obs. XIII), le dix-septième jour; Ch. Monod (obs. XV) fut obligé de les laisser deux mois et demi. M. Richey (obs. XXIV) a procédé successivement à l'enlèvement des drains, le dixième, trentième et quarante-cinquième jour. Dans une autre circonstance (Th. Marchandé), M. Championnière, partisan déclaré cependant de l'ablation précoce, laissa ses tubes en permanence pendant un mois et demi. Il n'y a donc pas de règle fixe. Nous pouvons dire qu'en moyenne c'est du quinzième au vingtième jour que les drains peuvent être définitivement enlevés; nos conclusions sous ce rapport ne diffèrent pas de celles de M. Nicolas (1).

Il n'est pas indifférent de prolonger ou d'abrèger le séjour des tubes à drainage dans les articulations. En effet, l'étude des observations nous montre que tous les cas, presque sans exception, dans lesquels l'ablation des drains a été retardée, se sont terminés par ankylose; tandis qu'un mode de guérison beaucoup plus favorable a été obtenu pour ceux dans lesquels la suppression a été précoce. Je sais bien qu'il ne faut pas être absolu à cet égard, par la raison que la plupart des faits du premier groupe étaient en eux-mêmes sensiblement plus graves que ceux du second. Aussi terminerons-nous en répétant qu'on ne peut évidemment pas poser de règle; tant qu'il y aura un écoulement il faudra maintenir le tube; — au chirurgien d'apprécier le moment favorable.

Nous n'avons jusqu'ici pas fait allusion, et c'est à dessein, à un mode de drainage qui n'a pas été employé souvent, si nous en croyons nos relevés où il n'est indiqué que trois fois (Berger (obs. I), Richey (obs. XXIV), Mori). Nous voulons parler du passage des drains au travers du creux poplité pour le genou, du creux axillaire

(1) Nicolas. Th. de Nancy, 1883, p. 139.

pour l'épaule. Ce dernier cas ne saurait nous arrêter; nous n'en connaissons en effet qu'une observation, celle de Bøgehold, citée déjà plus haut; il ne s'est présenté, du reste, rien de spécial. Il en a été tout autrement pour le drainage poplité: l'observation de M. Paul Berger à laquelle nous avons déjà fait allusion porte avec elle des enseignements d'une haute valeur.

Sur un malade atteint d'arthrite purulente grave du genou, M. P. Berger, après avoir pratiqué deux incisions de 6 centimètres des deux côtés de la rotule, fit porter une troisième incision sur l'extrémité supérieure du cul-de-sac sous-tricipital. Enfin, passant au travers de l'articulation deux gros tubes à drainage, il les fit ressortir l'un au côté externe, l'autre au côté interne du creux poplité par deux incisions « aussi latérales que possible. »

Malgré une rémission de deux jours, dans la marche de la température et de la fièvre, malgré la disparition presque complète de la suppuration, aucune amélioration réelle ne suivit cette opération. Le huitième jour apparut une parotidite suppurée, et, le douzième jour, on s'aperçut qu'il s'était écoulé un peu de sang par deux des incisions placées sur la partie antérieure du membre. M. Berger résolut aussitôt d'enlever les tubes à drainage, craignant qu'ils n'eussent déterminé quelque travail d'ulcération. A peine le tube qui traversait en dedans le creux poplité eut-il été retiré, qu'un énorme jet de sang, une trombe véritable, sortit par l'orifice laissé libre. L'artère poplitée était manifestement la source de cette hémorrhagie: on appliqua la bande d'Esmarch et l'amputation de cuisse fut pratiquée. Le malade succomba le cinquième jour après l'amputation, et l'autopsie révéla de profondes lésions viscérales. On avait déjà vu, à la dissection du membre, que l'artère et la veine poplitées présentaient chacune une perforation des dimensions d'une lentille; ces perforations procédaient manifestement d'un travail

d'ulcération; elles siégeaient au côté interne des vaisseaux, précisément au niveau de l'interligne; elles correspondaient exactement au point où le tube à drainage interne passait en dedans d'eux, après avoir traversé le ligament postérieur de l'articulation.

« Il ne peut y avoir aucune espèce de doute, m'écrit M. Berger, sur la relation de cette ulcération des vaisseaux avec le contact prolongé du drain qui en a été la cause évidente. Cette observation est donc propre à démontrer les dangers que présente le drainage pratiqué au moyen d'un tube traversant l'articulation et sortant par le creux poplité. On remarquera, en outre, que l'ouverture de l'articulation, les lavages et les pansements antiseptiques, n'ont pu enrayer la marche des phénomènes septiques qui étaient déjà très manifestes à l'entrée du malade à l'hôpital. Cet insuccès est dû, peut-être, aux incisions trop peu étendues, quoique très multipliées, que j'avais pratiquées. Une seule très longue incision permettant de mettre à nu toute la cavité articulaire, de l'évacuer et de la modifier, dès l'abord, eût probablement mieux rempli l'indication. Je dois, toutefois, faire observer que l'état général de ce malade était fort grave lorsqu'il fut admis à l'hôpital, qu'il était déjà sous le coup d'une infection générale évidente, et qu'il était, en outre, depuis longtemps débilité. C'est à ces conditions mauvaises qu'il faut attribuer, je pense, l'insuccès du traitement, et, en grande partie au moins, l'accident imprévu qui nécessita l'amputation de la cuisse (1). » (P. Berger.)

Je ne saurais assez remercier M. Berger de m'avoir fourni l'occasion de publier cette si importante et si instructive observation. Devant de pareils faits, il ne me paraît pas douteux que l'on ne doive se montrer très circonspect dans la pratique du drainage poplité. Il faut

(1) P. Berger. Communication écrite.

le réserver à certains cas particuliers; aux arthrites suppurées de l'ostéomyélite, par exemple, lorsque l'extrémité inférieure du fémur, tout entière, est baignée par la suppuration. Il nous paraît même absolument indiqué en pareil cas de ne point traverser d'avant en arrière la cavité articulaire, mais d'imiter plutôt la conduite de M. le prof. Richet. Dans une remarquable observation qu'il a bien voulu nous donner, notre maître passa, à travers la jointure, un drain depuis la partie supéro-interne du cul-de-sac rotulien, jusqu'au côté inféro-interne du creux poplité. Voici le procédé de M. le professeur Richet. « Prenez un trocart courbe de Chassaignac, poussez-le, après avoir pris la précaution de cacher la pointe, tout autour du fémur entre le périoste décollé et l'os, descendez ainsi obliquement en serrant l'os au plus près, jusqu'à la rencontre de la rainure intercondylienne et allez faire saillir l'extrémité mousse de votre instrument sur le côté interne du losange poplité; incisez sur la saillie ainsi formée et passez un gros tube à drainage; vous avez ainsi la certitude, si votre instrument n'a point quitté le contour de l'os, d'être resté loin de l'artère et de la veine poplitées. Entre la face antérieure des vaisseaux et le tube à drainage, se trouve toute l'épaisseur du ligament postérieur se continuant avec le périoste décollé (1). » Ce procédé si sûr ne peut malheureusement pas être employé dans tous les cas d'arthrite suppurée; il n'est applicable que dans certaines conditions, les arthrites suppurées de l'ostéomyélite, par exemple. « Dans les cas où le pus accumulé entre le périoste et l'os a décollé circonférentiellement le périoste, et s'est frayé un passage dans l'articulation, l'abcès sous-périostique et la cavité articulaire suppurée

(1) Richet. Communication orale.

communiquent largement et ne forment plus qu'une même cavité purulente. » (Prof. Richet.)

Le passage direct d'avant en arrière du drain ou des drains, à travers une articulation du genou, ne peut s'effectuer que par l'espace inter-condylien. Un tube dirigé vers le côté interne appuiera fatalement sur le côté interne de l'artère et de la veine. L'observation de M. Berger nous a démontré les funestes effets de ce contact prolongé. Nous pensons donc que le drainage poplité interne (le drain passant à travers l'espace inter-condylien) doit être désormais proscrit. Un drain externe aurait de moindres inconvénients, à condition de suivre exactement les règles exposées par Lister à propos de son procédé de drainage lors d'arthrotomie pour la *suture de la rotule* : « On introduit dans l'articulation, vers la partie la plus déclive de la face externe, une pince à pansement dont a soin de tenir les mors fermés; on enfonce alors l'instrument au travers de la synoviale, de la capsule et du fascia, jusque sous la peau; celle-ci est incisée sur l'extrémité de la pince qui est ainsi poussée au dehors. On écarte les branches de la pince de manière à élargir, sans risquer d'hémorrhagie, le trajet creusé à travers les parties profondes; il ne reste plus qu'à saisir le drain et à l'entraîner dans la jointure (1). »

Ce procédé, que nous avons eu récemment l'occasion de mettre en œuvre à l'hôpital Trousseau où nous avons l'honneur de suppléer M. le prof. Lannelongue, nous a semblé d'une exécution facile, et nous le croyons exempt de tout danger. Il s'agissait d'une arthrite suppurée par ostéomyélite; l'arthrotomie fut faite largement et suivie de la trépanation du fémur qui contenait une notable quantité de pus. Aujourd'hui (25 mai), notre opéré est en

(1) Lister. Med. Soc. of London, 29 octobre 1883; Lancet, 3 novembre 1883, p. 762.

bonne voie de guérison; notre intervention date du 18 avril. Elle nous a enseigné que les drains souples sont serrés et aplatis contre les os par le ligament latéral externe. Il serait donc bon d'employer alors des tubes rigides. Le procédé de M. le professeur Richet, qui unit à une grande facilité d'exécution une sécurité absolue, nous paraît aussi parfaitement applicable en pareil cas.

Mentionnons enfin que récemment C. Kaufmann (1) (de Zurich) a proposé et décrit un procédé de drainage du genou au moyen d'incisions pratiquées sur la face postérieure, au côté postéro-interne et au côté postéro-externe. Nous décrirons et apprécierons cet ingénieux procédé lorsque nous traiterons du manuel opératoire.

Suture après l'arthrotomie. — Les divers travaux ou mémoires que nous avons pu consulter (Schede, Scriba, Bøgehold) sont muets sur ce qui a trait à l'opportunité de la suture après l'opération de l'arthrotomie. Seul, M. Championnière est parfaitement explicite à cet égard, sans être exclusif cependant : nous en trouvons la preuve dans son livre et dans sa pratique. Il écrit en effet (page 175) : « On suture et on draine avec soin, » et plus loin : « J'ai fait cette opération cinq fois avec des résultats remarquables. » Deux nouveaux faits, qu'il nous a très obligeamment communiqués, ne se sont pas terminés d'une façon moins favorable. Aucun de ses opérés n'a eu d'accidents, et six sur sept ont guéri avec une articulation mobile; le seul cas dans lequel l'ankylose se soit produite (cité par Marchandé, Th. de Paris 1879, page 31) était exceptionnellement grave. Il est aisé de comprendre qu'après une telle série heureuse, M. Championnière tienne à sa méthode, et cherche à en vulgariser

(1) C. Kaufmann. Corresp. bl. f. Schw. Ärzte, 1^{er} décembre 1885, p. 561.

l'application. C'est, sans doute, à l'étendue de l'incision, et à la façon dont il assure la désinfection et le drainage, qu'il est redevable de ses succès. Nous avons cherché à dresser par nous-même le bilan de la suture en nous reportant à notre tableau d'observations; c'est à peine si, en dehors de M. Championnière, nous avons pu trouver quelques chirurgiens qui aient procédé de cette manière, et plusieurs ont été moins heureux que lui. Bergmann (1), après avoir incisé une arthrite suppurée traumatique, et avoir laissé les plaies sans réunion pendant quatre jours, eut la singulière idée de faire la suture secondaire; des accidents graves éclatèrent, qui l'obligèrent bientôt à désunir la plaie. M. Th. Weiss (2), après avoir fait une longue incision externe, plaça deux gros drains et pratiqua la suture; le cinquième jour, il fut contraint de faire deux contre-ouvertures, une au côté interne, l'autre sur le cul-de-sac tricipital; son malade guérit, mais avec une ankylose complète.

A côté de ces observations qui montrent, qu'à tout prendre, la suture peut n'être pas sans danger, nous trouvons une observation de M. Saxtorph (cité par Marchandé, p. 31) dans laquelle la suture n'eut aucun inconvénient. Signalons enfin deux observations étonnantes de deux chirurgiens italiens, Mori et Paci, qui n'eurent pas à se repentir, le premier d'avoir établi deux plans de sutures accompagnées d'un très faible drainage; le second d'avoir complètement suturé sans le moindre drainage; il s'agissait, dans ce dernier cas, d'une arthrite purulente, suite de plaie du genou par arme à feu!

Nous nous abstenons de conclure, n'ayant pas par devers nous un nombre suffisant de faits, pour avoir le droit de nous prononcer en faveur de la suture, ou

(1) Bergmann. St-Petersb. med. Woch, 1885, n° 35, p. 294.

(2) Th. Weiss. Mélanges de clinique chirurgicale, 1833, p. 144.

contre elle. S'il nous fallait cependant, bien que notre expérience personnelle soit bien faible sur ce point, exprimer un avis, nous dirions qu'il nous paraît plus sage, quoique moins brillant, de laisser les plaies béantes après les avoir soigneusement drainées. La plupart des chirurgiens, du reste, n'agissent pas autrement, ainsi qu'on peut s'en convaincre par la lecture des observations que nous avons recueillies, ou qui nous ont été si gracieusement envoyées.

Arrivé au terme de ce chapitre, après avoir successivement examiné les variétés d'arthrites purulentes qui sont justiciables de l'arthrotomie, et exposé, un peu longuement peut-être, les différents détails de l'opération, nous voudrions essayer maintenant de montrer que tous les procédés ne conviennent pas également pour tous les cas.

Et d'abord, une arthrite aiguë purulente est-elle fatalement du ressort de l'arthrotomie? Nous n'hésitons pas à répondre par l'affirmative. Quand le diagnostic de l'épanchement purulent est posé, et rien n'est moins obscur à l'ordinaire qu'un pareil diagnostic, il faut intervenir sans retard; si l'on conserve quelques doutes, rien ne s'oppose d'ailleurs à ce que l'on s'assure, par une ponction exploratrice, de la nature exacte du contenu de l'articulation. Nous n'avons donc qu'à étendre à la généralité des arthrites suppurées ce que M. Lannelongue nous enseignait en 1879 pour les arthrites de l'ostéomyélite. Lorsque, dans ces cas, on constate un épanchement articulaire: « Une ponction exploratrice doit être immédiatement pratiquée; retire-t-on un liquide purulent ou simplement louche et riche en globules de pus, sans retard on doit procéder à l'ouverture de l'articulation dans les lieux les plus favorables, et à son drainage (1). »

(1) Lannelongue. De l'ostéomyélite aiguë, etc. Paris, 1879, p. 85.

On peut, ce me semble, au point de vue spécial du mode opératoire, ranger sous quatre chefs principaux les arthrites suppurées :

- 1° Les arthrites traumatiques.
- 2° Les arthrites consécutives à des inflammations péri-articulaires, y compris celles qui accompagnent l'ostéomyélite aiguë.
- 3° Les arthrites des rhumatismes infectieux, de la pyohémie, de la puerpéralité, etc.
- 4° Enfin les arthrites idiopathiques des enfants.

Cette division pourra sembler peut-être un peu schématique et arbitraire (1); nous croyons cependant qu'elle est jusqu'à un certain point légitime, en tenant compte de nombreuses exceptions bien entendu. Nous avons déjà insisté sur la différence de gravité des lésions articulaires et péri-articulaires, dans ces divers groupes. C'est encore cette notion qui me paraît devoir guider pour le choix du procédé d'arthrotomie.

Je considère que les arthrites traumatiques sont plus particulièrement justiciables des deux larges incisions latérales, en y joignant une ou deux ouvertures de décharge sur le cul-de-sac tricipital. On devra toujours, lorsqu'il y aura plaie accidentelle, l'utiliser en l'agrandissant. A ces cas, également, conviennent les désinfectants énergiques, le chlorure de zinc en particulier. Un drainage de part en part, remplacé le plus promptement possible par des drains debout, complétera l'opération.

Dans certaines circonstances particulièrement graves, on pourra recourir d'emblée, ou consécutivement, à l'*arthrotomie totale*, c'est-à-dire à l'ouverture de l'articulation au moyen d'un large lambeau à base supérieure et

(1) Nous avons déjà exposé les motifs de pratique pure, qui nous ont fait séparer les synovites suppurées des enfants des pseudo-rhumatismes infectieux.

comprenant la rotule (J. Boeckel, tabl. A, obs. IX) et, dans ces conditions, on se trouvera bien de l'emploi du pansement antiseptique ouvert.

C'est à une de ces arthrotomies larges que l'on sera, sans doute, souvent conduit à recourir lorsque, à la suite d'une fracture épiphysaire compliquée de plaie, la cavité synoviale se trouvera envahie par la suppuration.

Une indication non moins formelle de leur emploi se rencontrera naturellement dans les cas de plaies par armes à feu. M. Nicaise (1) nous disait récemment, que la seule guérison qu'il ait observée, dans ces circonstances, pendant la guerre de 1870-1871, se rapportait à un blessé auquel il avait pratiqué l'*arthrotomie totale* du genou.

Il sera bon, dans quelques-uns de ces cas graves, d'employer le thermo-cautère de préférence au bistouri.

Les arthrites de l'ostéomyélite, comme celles qui surviennent dans le cours des inflammations péri-articulaires, réclament aussi les deux incisions latérales suivies ou non, suivant le cas, d'une ou plusieurs incisions de décharge, soit sur le cul-de-sac du triceps, soit dans le creux poplité; pour cette dernière, on n'oubliera pas le dangereux voisinage des vaisseaux, et l'on se trouvera bien de recourir soit au procédé du professeur Richet, soit à celui de Lister. Ici encore les drains de part en part me semblent de rigueur, au moins pendant les premiers jours. L'emploi du thermocautère paraît également devoir être favorable dans beaucoup de ces cas.

Quant aux suppurations du pseudo-rumatisme infectieux ou à leurs analogues, nous proposerions volontiers de leur réserver la longue incision unique, placée de préférence au côté externe de la rotule, s'il s'agit du genou; mais il est de toute nécessité qu'elle intéresse l'étendue entière de cette face de la jointure, c'est-à-dire que, partie

(1) Nicaise. Comm. orale.

du point le plus élevé du cul-de-sac sous-tricipital, elle ne finisse que notablement au-dessous de la rotule. Dans ce procédé, qui est celui de M. Championnière, nous comprenons parfaitement que l'on réunisse complètement ou incomplètement la plaie, quoique, ainsi que nous l'avons déjà indiqué, nous préférons, pour notre part, laisser l'ouverture largement béante. On placera des drains en canon de fusil double, gros et courts, et pénétrant sous la rotule. On les enlèvera le plus tôt possible.

Notre dernière classe, les arthrites idiopathiques des enfants, qui sont les plus bénignes dans leurs suites, demandent un procédé un peu spécial: deux ouvertures latérales, modérément étendues, drainage avec des bouts de tube supprimés après peu de jours.

Je rappellerai enfin, désirant être complet, que quelquefois l'arthrotomie devra être modifiée en vue d'une opération complémentaire; je fais ici allusion aux deux observations de Segond et de Kirmisson qui, l'un et l'autre, ayant à inciser une arthrite suppurée du genou compliquée de fracture de la rotule, combinèrent leurs opérations de façon à pouvoir suturer les fragments osseux.

Je ne quitterai pas cette question si intéressante de l'arthrotomie pour arthrites suppurées, sans dire un mot du traitement et des soins consécutifs.

Il va de soi que les pansements ultérieurs, dont la fréquence sera déterminée par l'examen attentif de l'état local et de la température, devront toujours être rigoureusement antiseptiques.

En ce qui concerne l'immobilisation, les avis sont partagés: les uns, avec M. Championnière, la considèrent comme inutile et se dispensent d'y recourir; les autres, et c'est la majorité des chirurgiens, je dois le dire, ne manquent pas de l'employer. Je la crois formellement indiquée, pour ma part; l'immobilité est un puissant anti-

phlogistique dans toutes les affections articulaires et, d'ailleurs, il ne faut pas oublier que, pendant le cours du traitement, des déviations, des subluxations pourraient facilement se produire. On appliquera donc après l'opération soit une gouttière, soit une attelle à pédale de Bœckel, soit l'attelle à résection du genou de L. Championnière; je crois que, dans beaucoup de cas, l'extension continue dont les preuves comme agent thérapeutique ne sont plus à faire, pourra rendre de signalés services, en supprimant toute contracture musculaire, et en assurant une immobilité aussi parfaite que n'importe quel appareil inamovible, sans compter qu'elle se prête à merveille aux lavages et aux pansements réguliers de la région opérée. Je n'en dirai pas plus long sur ce sujet; ce serait, à mon avis, sortir des limites de mon travail.

CHAPITRE TROISIÈME

DE L'ARTHROTOMIE DANS LES ÉPANCHEMENTS NON PURULENTS DES JOINTURES.

1.

Arthrites séreuses aiguës.

A côté des arthrites aiguës suppurées que nous avons étudiées avec quelque détail au point de vue des indications et des résultats de l'arthrotomie, viennent se placer d'abord, et tout naturellement, les collections séreuses aiguës des jointures. Nous avons déjà fait allusion à ces cas à propos de la remarquable observation de Lister, dans laquelle ce chirurgien, voyant apparaître les signes indiquant le début d'une transformation purulente, n'hésita pas, au plus grand bénéfice de la malade, à inciser largement l'articulation du poignet. C'est en rappelant ce cas, qui date de 1870 (1), que, dans une communication faite au 39^{me} congrès annuel de la « British medical Association », réuni à Plymouth au mois d'août 1871, Lister s'exprimait ainsi au sujet de l'intervention dans les arthrites aiguës non suppurées : « Comme nous pouvons ouvrir les articulations sans danger, il nous est permis de faire de larges incisions avant l'établissement de la suppuration ; or, j'ai remarqué que ce mode de traitement est extrêmement puissant pour prévenir la transformation purulente (2). »

Depuis cette époque, Lister a plusieurs fois mis en pratique les préceptes qu'il formulait. Nous voyons en effet, dans la collection de ses *OEuvres choisies* (3), qu'en 1875, alors qu'il professait à Edimbourg, il incisa et draina

(1) Lister. *OEuvres choisies*. Trad. G. Barginon, 1882, p. 301.

(2) Lister. *British med. Journ.*, 26 août 1871, t. II, p. 232.

(3) Lister. *OEuvres choisies*. Trad. G. Barginon, 1882, p. 454.

avec succès, chez un homme de 26 ans, une arthrite séreuse aiguë datant de onze jours et s'accompagnant de douleurs violentes et d'élévation de la température. Watson-Cheyne (1) nous apprend, d'autre part, que, depuis qu'il est fixé à Londres, Lister a pratiqué trois fois, à King's College, l'arthrotomie pour des hydropisies aiguës du genou ; les trois opérés guérissent sans la moindre suppuration, et, pour deux d'entre eux, le rétablissement des fonctions fut complet ; chez le dernier, il persista un relâchement de l'appareil ligamenteux.

Lister n'est pas seul en Angleterre à se comporter ainsi. Barwell (2), il est vrai, dans son traité des maladies articulaires, ne fait même pas mention de l'arthrotomie en cas de synovites séreuses aiguës, et cependant dès le mois de février 1871, antérieurement non à l'opération, mais à la communication de Lister, Jessop (3), dans une leçon clinique, disait que, sans vouloir généraliser toutefois, il préférerait pour les arthrites très aiguës l'incision rigoureusement antiseptique à la simple ponction. En agissant ainsi, disait Jessop, on prévient beaucoup plus sûrement la suppuration et l'on évite la tension exagérée de la synoviale, qui peut amener des désordres graves dans l'articulation. Il citait, à l'appui, 3 observations dans lesquelles il n'avait eu qu'à se féliciter d'avoir agi de la sorte. J. H. Morgan (4) préconise la même opération et considère l'arthrotomie comme la meilleure manière de calmer instantanément la douleur excessive qui accompagne la distension rapide et extrême d'une jointure.

(1) Watson Cheyne. *Antiseptic Surgery*, 1882, p. 442.

(2) R. Barwell. *Maladies des articulations*. In *Encyclop. Internat. de chir.*, 1885, t. IV, p. 311.

(3) Jessop. *British med. Journ.*, 25 février 1871, p. 189.

(4) J. H. Morgan. *De l'ouverture et du drainage des articulations*. *St-Georges Hosp. Rep.* 1877-79, t. IX, p. 763.

E. Albert (de Vienne) partage entièrement les vues de Lister ; il ne paraît pas cependant qu'il soit jamais intervenu dans ces circonstances (1).

Paul Heinecke (1877) rapporte un fait d'arthrite séreuse aiguë du genou, incisée et drainée en 1877 par Hagedom. Le soulagement fut immédiat et durable : on enleva le tube le dixième jour et, le seizième jour, la cicatrisation était complète ; la malade, qui était âgée de 19 ans, fut revue depuis à plusieurs reprises, et la guérison resta parfaite (2).

Telles sont les seules opérations qu'il nous ait été donné de recueillir ; elles sont au nombre de 8 : 4 appartiennent à Lister, 3 à Jessop, 1 à Hagedom ; nous faisons abstraction du premier cas (1870) de Lister, que nous avons rapporté ailleurs, le considérant comme une arthrite suppurée tout à fait au début. D'autres auteurs admettent cependant, sans citer d'observations, l'efficacité possible de cette opération.

Scriba (3) est d'avis, par exemple, que dans les arthrites séreuses aiguës on doit traiter par l'arthrotomie les cas exceptionnels qui s'accompagnent de douleurs anormales, avec troubles de l'état général (il fait ici allusion au premier cas de Lister) : « Dans ces circonstances, dit-il, lorsque tous les moyens ont échoué, l'arthrotomie peut être considérée comme le meilleur remède, mais aussi *le dernier*. »

Quant à Bøgehold (4), c'est à la ponction qu'il donne ses préférences ; mais il faut se tenir prêt à inciser, pour peu que les symptômes restent menaçants.

Cette question n'a pas jusqu'ici attiré l'attention des

(1) E. Albert. Mém. cité. Wien. med. Presse, 1876.

(2) P. Heinecke. Deutsch. med. Wochenschr., 1877, p. 564.

(3) Scriba. Mém. cité. Berl. Klin. Woch., 1877, n° 32, p. 460.

(4) Bøgehold. Mém. cité. Arch. f. Kl. chir., 1882, t. XXVII, p. 914.

chirurgiens français, et dans les divers travaux que nous avons pu consulter (Piéchaud (1), Nicolas (2), Carbon (3), Schmitt) (4), les indications de l'arthrotomie pour épanchements séreux non purulents des jointures sont totalement laissées dans l'ombre.

Si j'en juge par ce qu'écrivit Mori (5) (de Brescia), il semble qu'en Italie, au contraire, on soit assez enclin à ce mode d'intervention. Mori conseille en effet, en cas de synovite aiguë, traumatique ou blennorrhagique, de pratiquer d'abord une ponction et de se décider à ouvrir largement la jointure si le liquide articulaire est fibrineux et floconneux ; il pense, par ce moyen, beaucoup plus sûrement que par la simple ponction, prévenir la tendance à l'ankylose.

Je rapprocherai cette opinion de Mori de la manière de voir de M. Nicaise (6). Ce chirurgien, en effet, serait assez disposé à traiter ainsi certaines arthrites blennorrhagiques, à condition toutefois que le mal fût localisé sur une seule articulation. Suivant lui, le pronostic est si grave quand ces variétés prennent la forme fibrineuse et ankylosante, que l'on est parfaitement autorisé à pratiquer l'arthrotomie en vue d'éviter une aussi fâcheuse terminaison.

On voit, qu'en somme, les documents n'abondent pas sur ce point de l'histoire et des indications de l'arthrotomie. Les huit observations que j'ai citées plus haut se sont favorablement terminées, il est vrai ; mais d'un aussi

(1) Piéchaud. Th. de Paris, 1880.

(2) Nicolas. Th. de Nancy, 1883.

(3) Carbon. Th. de Paris, 1884.

(4) Schmitt. Th. de Nancy, 1884.

(5) Mori (de Brescia). Traitement des synovites aiguës. Gaz. med. Ital. Lomb. Milano, 1885, nos 29 et 33.

(6) Nicaise. Comm. orale.

petit nombre de faits, il n'est pas permis de tirer des conclusions. Je devais, je pense, me borner à exposer l'état de la question sans aborder le chapitre des indications et des contre-indications.

Quant aux procédés opératoires qui ont pu être mis en pratique dans les divers cas, ils ont toujours consisté en une seule incision large (*free*) suivie du drainage antiseptique.

Ni Lister, ni Jessop, ni Heinecke ne font mention du lavage.

Il ne paraît pas que la suture de la plaie ait jamais été pratiquée.

L'immobilisation, non plus, n'est pas signalée.

Je ne chercherai pas à en dire plus long sur ce sujet, laissant à l'avenir et aux observations ultérieures le soin de décider s'il vaut mieux en pareille occurrence recourir d'emblée à l'incision large ou s'en tenir simplement à la ponction suivie ou non du lavage antiseptique. Je ferai observer toutefois, en terminant, que les opinions de Mori (de Brescia) et de Nicaise, au sujet des arthrites aiguës fibrineuses et de l'arthrite blennorrhagique en particulier, me paraissent devoir être prises en très sérieuse considération.

II.

Hémarthroses.

Plus rares encore sont les arthrotomies pratiquées en vue d'évacuer le sang accumulé dans les grandes cavités articulaires.

M. Nicolas (1), dans sa thèse, ne cite qu'une seule opération : celle de Zielewicz de Posen. Nous la résumons plus loin. M. Nicolas, songeant à une observation

(1) Nicolas. Th. de Nancy, 1883, p. 42.

communiquée par M. Nicaise (Société de chirurgie, novembre 1876) et dans laquelle on trouva à l'autopsie, chez un homme en traitement depuis 18 mois, la synoviale distendue par un caillot volumineux, s'exprime ainsi : « Dans ces circonstances, si au bout d'un certain temps l'épanchement paraît rester stationnaire, nous croyons que l'ouverture large de l'articulation suivie du lavage de la cavité pour la débarrasser de tout élément étranger est parfaitement indiquée ; mais ici nous ne pouvons raisonner que par analogie, car les observations nous manquent. » Le desideratum qu'indique là M. Nicolas demeure tout entier ; car les quatre observations que nous pouvons joindre à celle qu'il relate ne nous semblent pas suffisantes pour permettre de porter un jugement sur cette question. Voici d'abord, à titre de documents et d'indications bibliographiques, un résumé succinct de ces cinq observations.

Obs. I. — Hagedom, 1876. (Cité par Heinecke. *Berlin. Medicinische Wochenschrift* 1877, p. 655.)

Femme de 46 ans. Hémarthrose du genou. Incision au côté externe de l'articulation. Issue de sang, en partie coagulé, en partie fluide et mélangé à de la synovie. Drain peu volumineux. Pansement phéniqué. Le drain est enlevé le deuxième jour. Le deuxième pansement est fait 6 jours plus tard. Guérison sans accidents en trois semaines.

Obs. II. — Lister, 1876. (Cité par Watson Cheyne. *Antiseptic Surgery*, 1882, p. 428-429.)

Homme de 16 ans. Hémarthrose de l'articulation tibio-tarsienne gauche.
Arthrotomie. Extraction de caillots.
Guérison radicale. Mouvements normaux.

Obs. III. — Lister, 1878. (Cité par Watson Cheyne. *Antiseptic Surgery*, 1882, p. 430, 431.)

Garçon de 5 ans. *Hémophile* : Hémarthrose de l'articulation tibio-tarsienne.
Jalaguier.

Deux incisions latérales ; issue d'un sang épais. Drainage avec des crins de cheval.

Hémorragies pendant trois jours, par intervalles. Pas de suppuration.

Guérison avec rétablissement complet des mouvements.

Obs. IV. — **Saxtorph.** (*Thèse de Piéchaud. Paris, 1880, p. 63.*)

Homme de 46 ans. Arthrites rhumatismales multiples qui guérissent ; puis tuméfaction des genoux, peu marquée à droite, très considérable à gauche.

Ponction avec trocart à hydrocèle. *Sang pur.* Appareil inamovible. Aucun accident.

L'épanchement se reproduit après une seconde et une troisième ponction.

Arthrotomie qui donne issue à un liquide très sanguinolent mais sans caillots. Drain volumineux. Pansement phéniqué. Ablation du drain le vingt-troisième jour.

Le malade marche au bout de trois semaines. Mais il reste des mouvements de latéralité.

(Cette observation paraît être un exemple de pachysynovite hémorrhagique. A. J.)

Obs. V. — **Zielewicz** (de Posen). (Cité par Nicolas. *Thèse de Nancy, 1883, p. 42.*) (*Centralbl. f. Chir. 1880, p. 43.*)

Garçon de 5 ans. *Hémophile.* Epanchement traumatique du genou datant de quatre semaines.

Ponction. Issue de sang clair et fluide. Appareil plâtré.

A l'ablation de l'appareil, douleurs violentes. Genou toujours gonflé. Etat général mauvais. Deux jours plus tard, arthrotomie. Précautions antiseptiques. Incision de chaque côté de la rotule. Irruption de sang. Tamponnement avec des éponges trempées dans une solution d'acétate d'alumine.

Comme le genou restait toujours aussi gonflé, Zielewicz explora la jointure avec l'index, et constata la présence de caillots adhérent assez solidement à la capsule. Il pratiqua alors une troisième incision au niveau du cul-de-sac sous-tricipital pour permettre de le débarrasser des caillots qui le remplissaient. Trois drains. Irrigation avec solution d'acétate d'alumine.

L'écoulement sanguin était réduit à un léger suintement.

Deux heures après l'opération, on trouve l'opéré baignant littéralement dans son sang. Collapsus considérable. Compression de la fémorale.

Mort vingt heures après l'opération.

La mère, apprit à Zielewicz que l'enfant était hémophile : Quelque temps auparavant une simple extraction de dent avait été suivie d'une hémorrhagie de six semaines.

Certes une pareille éventualité n'était guère à prévoir, et on serait mal venu d'arguer d'un tel fait pour juger sans appel le procès de l'arthrotomie pratiquée pour remédier aux épanchements sanguins des jointures.

Est-il cependant aussi évident que semble l'admettre M. Nicolas, qu'ici nul autre moyen que l'ouverture n'eût pu amener la guérison ? Ce n'est pas mon sentiment. En effet, l'histoire de ce malade, bien que très incomplète pour tout ce qui n'est pas l'opération, nous montre qu'il avait été ponctionné puis immobilisé dans un appareil plâtré ; mais on ne nous dit pas pendant combien de temps cet appareil était resté en place. Nous ignorons aussi si la compression ouatée méthodique, qui, en semblable occurrence, est la condition presque essentielle du succès, avait été pratiquée après la ponction. Pourquoi, d'ailleurs, une nouvelle ponction suivie d'une nouvelle immobilisation n'a-t-elle pas été faite lorsque sont survenues ces violentes douleurs dues, bien évidemment, à l'issue d'une nouvelle quantité de sang, provoquée par une mobilisation prématurée ? C'est là, ce me semble, ce qu'il importait de tenter tout d'abord, au lieu de s'empresse d'ouvrir la jointure. Quant à admettre que les caillots fussent fatalement voués à s'éterniser dans la synoviale, les exemples de résorption de sang coagulé au bout d'un temps plus ou moins long ne sont pas si rares que l'on soit autorisé à considérer cette éventualité comme impossible, avant d'avoir mis en œuvre les moyens rationnels que nous connaissons bien aujourd'hui.

Quoiqu'il en soit, si nous laissons de côté ce cas si intéressant, mais si exceptionnel, — remarquons cependant qu'un des malades de Lister était hémophile, lui aussi, et qu'il y eut des hémorragies sérieuses après l'arthrotomie, — si nous laissons ce cas et que nous nous reportions à nos quatre premières observations, est-il possible d'en déduire quelques renseignements sur la valeur de l'ar-

throtomie dans l'hémarthrose? Non, sans doute. Les quatre opérés ont bien guéri, c'est vrai! mais peut-on compter les faits d'épanchements sanguins intra-articulaires guéris par la seule compression ouatée méthodiquement faite, surtout si elle a été précédée d'une ponction aspiratrice. Cette pratique, s'il faut en croire plusieurs de nos maîtres et aussi les faits publiés, jouit d'une innocuité parfaite, et abrège beaucoup la durée du traitement. Aussi, croyons-nous qu'il ne faut accepter qu'avec la plus grande réserve les paroles d'un chirurgien anglais, le D^r J. Fagan (1), qui espère, après avoir célébré cependant les bons effets de la ponction, « qu'un temps viendra où l'arthrotomie, cet héroïque mais rationnel mode de traitement, causera moins de crainte que la ponction n'en a causé autrefois. » Nous réserverions l'arthrotomie pour les seuls faits dans lesquels il serait démontré, après de patientes et méthodiques manœuvres thérapeutiques, que le sang coagulé ne se résorbera pas, ainsi qu'il est arrivé dans le cas tout à fait rare, mais bien instructif cependant, observé par M. Nicaise. Tout au plus peut-on admettre, comme le dit M. le D^r Müller (2) (de Strasbourg) dans son important travail sur l'étiologie des arthrophytes, que « la fibrine peut, en se coagulant, donner naissance à de petits corps volumineux multiples, et rarement à un corps unique et volumineux. Ces concrétions fibrineuses peuvent s'imprégner de sels calcaires, mais ne présenteront jamais aucune espèce d'organisation. D'après Fischer (3), ces corps sont de nature peu durable, ne

(1) Fagan. British med. Journ., 22 septembre 1883, p. 561.

(2) J. Müller. De l'étiologie des arthrophytes. Gaz. méd. de Strasbourg, 1886, n° 2.

Nous sommes heureux d'adresser ici à M. J. Müller nos plus sincères remerciements pour l'obligeance extrême qu'il a mise à nous communiquer de précieux documents relatifs à l'histoire des arthrophytes.

(3) Fischer. Deutsch Zeitschrift für Chir., Bd XII, S. 340.

s'incrument jamais beaucoup et disparaissent d'habitude, d'une manière spontanée, *au bout d'un an* » (Müller).

Cette connaissance du mode d'évolution de la fibrine a bien son intérêt; elle doit engager les chirurgiens à attendre pour intervenir, autrement que par l'expectation méthodique ou la ponction aspiratrice, un temps assez long pour qu'il soit certain que les coagulations sanguines ne disparaîtront plus.

III.

Hydarthroses (1).

« Ce qui distingue de l'hydarthrose les épanchements qui dépendent d'une arthrite, c'est que ceux-ci ne rentrent dans la classe des hydarthroses proprement dites qu'autant qu'ils sont, d'une part, assez abondants pour fournir des indications spéciales de traitement, et que, d'autre part, la phlegmasie, par son peu d'intensité, ne constitue pas l'élément principal de la maladie articulaire » (Panas) (2).

Nous ne nous attarderons pas aux questions épineuses de pathogénie et de physiologie pathologique; nous ne rechercherons pas non plus s'il y a lieu de distinguer ces épanchements chroniques, suite d'arthrites, du groupe des hydarthroses proprement dites: nous retiendrons seulement ce caractère commun que M. le professeur Panas assigne à ces collections articulaires, savoir: l'identité des indications qu'elles fournissent et l'uniformité des traitements qui leur conviennent.

(1) Je ne considère pas comme arthrotomies les ablations de kystes synoviaux accompagnés ou non d'hydarthrose.

(2) Panas. Article ARTICULATION, in Dict. de méd. et chir. pratiq., t. III, p. 355, 1865.

throtomie dans l'hémarthrose? Non, sans doute. Les quatre opérés ont bien guéri, c'est vrai! mais peut-on compter les faits d'épanchements sanguins intra-articulaires guéris par la seule compression ouatée méthodiquement faite, surtout si elle a été précédée d'une ponction aspiratrice. Cette pratique, s'il faut en croire plusieurs de nos maîtres et aussi les faits publiés, jouit d'une innocuité parfaite, et abrège beaucoup la durée du traitement. Aussi, croyons-nous qu'il ne faut accepter qu'avec la plus grande réserve les paroles d'un chirurgien anglais, le D^r J. Fagan (1), qui espère, après avoir célébré cependant les bons effets de la ponction, « qu'un temps viendra où l'arthrotomie, cet héroïque mais rationnel mode de traitement, causera moins de crainte que la ponction n'en a causé autrefois. » Nous réserverions l'arthrotomie pour les seuls faits dans lesquels il serait démontré, après de patientes et méthodiques manœuvres thérapeutiques, que le sang coagulé ne se résorbera pas, ainsi qu'il est arrivé dans le cas tout à fait rare, mais bien instructif cependant, observé par M. Nicaise. Tout au plus peut-on admettre, comme le dit M. le D^r Müller (2) (de Strasbourg) dans son important travail sur l'étiologie des arthrophytes, que « la fibrine peut, en se coagulant, donner naissance à de petits corps volumineux multiples, et rarement à un corps unique et volumineux. Ces concrétions fibrineuses peuvent s'imprégner de sels calcaires, mais ne présenteront jamais aucune espèce d'organisation. D'après Fischer (3), ces corps sont de nature peu durable, ne

(1) Fagan. British med. Journ., 22 septembre 1883, p. 561.

(2) J. Müller. De l'étiologie des arthrophytes. Gaz. méd. de Strasbourg, 1886, n° 2.

Nous sommes heureux d'adresser ici à M. J. Müller nos plus sincères remerciements pour l'obligeance extrême qu'il a mise à nous communiquer de précieux documents relatifs à l'histoire des arthrophytes.

(3) Fischer. Deutsch Zeitschrift für Chir., Bd XII, S. 340.

s'incrument jamais beaucoup et disparaissent d'habitude, d'une manière spontanée, *au bout d'un an* » (Müller).

Cette connaissance du mode d'évolution de la fibrine a bien son intérêt; elle doit engager les chirurgiens à attendre pour intervenir, autrement que par l'expectation méthodique ou la ponction aspiratrice, un temps assez long pour qu'il soit certain que les coagulations sanguines ne disparaîtront plus.

III.

Hydarthroses (1).

« Ce qui distingue de l'hydarthrose les épanchements qui dépendent d'une arthrite, c'est que ceux-ci ne rentrent dans la classe des hydarthroses proprement dites qu'autant qu'ils sont, d'une part, assez abondants pour fournir des indications spéciales de traitement, et que, d'autre part, la phlegmasie, par son peu d'intensité, ne constitue pas l'élément principal de la maladie articulaire » (Panas) (2).

Nous ne nous attarderons pas aux questions épineuses de pathogénie et de physiologie pathologique; nous ne rechercherons pas non plus s'il y a lieu de distinguer ces épanchements chroniques, suite d'arthrites, du groupe des hydarthroses proprement dites: nous retiendrons seulement ce caractère commun que M. le professeur Panas assigne à ces collections articulaires, savoir: l'identité des indications qu'elles fournissent et l'uniformité des traitements qui leur conviennent.

(1) Je ne considère pas comme arthrotomies les ablations de kystes synoviaux accompagnés ou non d'hydarthrose.

(2) Panas. Article ARTICULATION, in Dict. de méd. et chir. pratiq., t. III, p. 355, 1865.

Après avoir examiné l'arthrotomie au point de vue d'un certain nombre d'affections articulaires, M. Championnière écrit : « Une opération qui paraît bien plus téméraire encore est celle pratiquée souvent par le professeur Lister pour les hydarthroses rebelles.

« Elle surprend vivement au premier abord, et frappa vivement M. N. Guéneau de Mussy, assistant comme moi à une des démonstrations de M. Lister en 1875. — Elle consiste à ouvrir largement la cavité articulaire, à la vider avec soin, même à y passer le doigt pour cela, et à la drainer convenablement par la méthode décrite. On détermine ainsi la cure radicale de l'hydarthrose du genou sans ankylose (1). »

Ces quelques lignes résument l'ensemble du chapitre qu'il nous reste maintenant à écrire : l'histoire, le manuel opératoire, les indications et enfin le résultat de l'arthrotomie pour hydarthrose.

Nous ne reviendrons pas sur l'histoire *ancienne* de l'arthrotomie dans l'hydarthrose. Nous pensons, en effet, que la place que nous lui avons réservée au début de notre travail est très suffisante et nous nous bornons à renvoyer à notre étude historique pour tout ce qui n'est pas arthrotomie antiseptique.

Ce ne fut pas sans quelque hésitation que les chirurgiens, ceux de notre pays surtout, suivirent sur « ce terrain (ouverture à ciel ouvert des grandes articulations) les partisans de la méthode de Lister, tellement l'enseignement classique leur avait inspiré de terreur quand il s'agissait de toucher à un genou (2). » Aujourd'hui l'opération est acceptée en général, mais il faut que les indications en soient précises ; il est, du reste, aisé de les

(1) L. Championnière. Chirurgie antiseptique, 1880, p. 173.

(2) Panas. Du pansement antiseptique de Lister. Gaz. hebdomadaire, 31 mai 1878, p. 347.

exprimer d'un mot : pour qu'elles soient justiciables de l'arthrotomie, les hydarthroses doivent être *rebelles*. Cette condition se rencontrant peu fréquemment, on comprend que malgré les éclatants succès des promoteurs de la méthode, les arthrotomies pour hydarthroses soient restées relativement rares.

En dépit d'investigations minutieuses, nous n'avons pu rassembler, tant en France qu'à l'étranger, que le chiffre bien modeste de quinze observations (et encore, un malade, celui de M. Nicaise, opéré des deux genoux, compte-t-il pour deux). Par bonheur, la plupart d'entre elles sont assez explicites ; nous nous efforcerons donc, en les passant successivement en revue et en les résumant, de donner un aperçu des origines, du développement et des indications de l'arthrotomie antiseptique dans les cas d'hydarthroses. Aussi bien recueillerons-nous, ainsi, chemin faisant, d'intéressants détails qui nous permettront de marquer les points principaux du manuel opératoire.

C'est vers 1875 que Lister pratiqua ses premières arthrotomies ; voici d'après Watson Cheyne (1) un résumé de ces deux faits :

Obs. I. (Lister) 1875. — Hydarthrose chronique de l'articulation du genou. — Incision de l'articulation et introduction d'un tube à drainage, ablation du drain le quatrième jour. — La plaie était cicatrisée quelques jours plus tard et le succès complet.

Obs. II. (Lister) — 1875. Hydarthrose chronique du genou — même opération, que dans le cas précédent — ablation du tube au bout de quelques jours. Guérison complète en cinq semaines.

Voilà assurément deux brillants résultats : ils firent quelque bruit ; une de ces observations répond sans

(1) Watson Cheyne. Antiseptic Surgery, 1882, p. 442.

doute à celle que nous trouvons mentionnée dans l'ouvrage de M. Championnière.

L'exemple de Lister fut suivi, presque aussitôt, en Allemagne : Nussbaum et Hagedom pratiquèrent à peu près simultanément la même opération

Obs. III. (Nussbaum) (1). — Femme de 20 ans, atteinte d'une hydarthrose du genou datant de quinze semaines et traitée par tous les moyens. Arthrotomie antiseptique le 20 décembre 1875. Guérie sans accident au bout d'un mois : résultat excellent.

Obs. IV. (Hagedom) (2). — 1876. Femme de 19 ans. Hydarthrose du genou. Large incision au côté externe. Écoulement de sérosité, mélangée à des flocons de fibrine et de petits corps riziformes, qu'on enlève en partie avec le doigt introduit dans l'articulation.

Lavage phéniqué. 2 forts drains. Pansement phéniqué.

Le troisième jour, élévation de température due à l'oblitération des drains par les coagulations fibrineuses ; premier pansement : lavage des drains. Tout va bien malgré un peu d'intoxication phéniquée.

Le huitième jour, second pansement. Les drains sont encore bouchés. Hagedom pratique une large ouverture au côté interne, et, après avoir enlevé avec les doigts des flocons de fibrine, il place un très gros drain. Malgré de nombreux lavages, les caillots, de fibrine continuent à se former pendant quelques jours.

Le dix-septième jour on enlève le drain externe, le vingt-huitième jour, le drain interne.

Au bout d'un mois et demi, guérison complète ; toutefois il est resté un peu d'épanchement. La malade, revue depuis, fut complètement guérie, et put danser sans aucune incommodité.

Heinecke fait suivre cette curieuse relation d'un exposé des principes opératoires qui guideront à l'avenir Hagedom dans des cas analogues ; nous les signalerons plus loin.

(1) Lindpaintner. Ergebnisse der Lister'schen Wundbehandlung, etc. Deutsch. Zeitsch. f. Chir., 1876-77, t. VII, p. 187.

(2) Heinecke. Deutsch. med. Wochen., 1877, p. 565.

Obs. V. (Volkman) (1) 1876. — Homme de 45 ans. Hydarthrose ancienne du coude. Insuccès des ponctions et injections iodées. Relâchement des ligaments. Impotence absolue.

Incision de chaque côté de l'olécrâne. Deux drains. Pansement antiseptique.

Immobilisation sur l'attelle de Volkman.

L'enlèvement des drains est retardé jusqu'au quinzième jour par une abondante sécrétion séreuse. Guérison rapide et rétablissement de la fonction.

Retenons que le liquide se reproduisait avec opiniâtreté, et que la mobilité anormale n'était nullement influencée par l'injection iodée. Très peu de temps après l'arthrotomie, le relâchement ligamenteux avait entièrement disparu.

Obs. VI. (Volkman) 1876. — Homme de 19 ans. Hydarthrose du poignet datant de quatre mois. Quantité énorme de l'épanchement. Laxité des ligaments. Impotence absolue de la main.

Ouverture de l'articulation par deux incisions latérales de 4 centimètres. Lavage phéniqué à 5 0/0 ; un drain dans chaque incision ; au moment de l'incision il s'était écoulé une grande quantité de grains riziformes.

Le cinquième jour, les tubes sont enlevés. Guérison très rapide.

On revoit le malade trois ou quatre mois plus tard ; l'articulation est normale ; c'est à peine si les mouvements actifs ne sont pas tout à fait aussi complets que du côté opposé.

Aucune opération semblable n'avait encore été faite en France quand le professeur Panas (2), qui s'était montré, dès l'abord, l'un des plus fervents adeptes des méthodes antiseptiques, trouva l'occasion, le 24 novembre 1877, de traiter par l'arthrotomie un malade affecté d'hydarthrose. Voici un résumé de cette première observation française :

Obs. VII. (Panas) 1877. — Leclère, âgé de 31 ans. Hydarthrose subaiguë, volumineuse, du genou droit, probablement d'origine traumatique, datant de sept mois. La distension qui est énorme porte surtout sur le cul-de-sac supérieur de la synoviale.

(1) Ranke. Berl. Klin. Woch., 1877, n° 35, p. 513.

(2) Panas. Gaz. hebdomadaire, 31 mai 1878, p. 347.

Le 24 novembre 1877. Ouverture du genou au côté interne; incision longitudinale de 6 centimètres; écoulement de synovie mêlée de pseudo-membranes; exploration au doigt de l'intérieur de l'articulation qui présente d'énormes bosselures indurées formées par des replis synoviaux hypertrophiés.

Lavage à l'acide phénique au 1/40.

Drain de 15 centimètres; quatre points de suture métallique.

Du 25 au 30 novembre la température oscille entre 37 et 38,5.

Le 30. Le malade a souffert la nuit. Accumulation de synovie dans le cul-de-sac externe de la séreuse articulaire qui ne se vide qu'incomplètement par le drain; incision de 2 centimètres, second drain; lavage phéniqué.

Dès le lendemain, la température était définitivement tombée.

Le trente-septième jour (10 janvier 1878). On supprime le drain externe; huit jours plus tard le drain interne.

Le malade se lève le 25 janvier et quitte l'hôpital le 1^{er} février 1888.

Revu il y a quelques jours (mai 1878), état excellent, la guérison ne laisse rien à désirer.

Cette observation a d'autant plus d'importance que, grâce à la bienveillance de M. Panas, nous possédons quelques renseignements complémentaires. Le malade s'est présenté à l'Hôtel-Dieu environ cinq ans après l'opération, et M. Panas (1) a pu constater que le résultat était toujours parfait: la synoviale qui avait, lors de l'opération, une énorme épaisseur, *un travers de pouce*, avait repris toute sa souplesse et sa minceur normales. Le genou opéré était en tout, aux cicatrices près, semblable à son congénère. L'articulation ne contenait pas traces de liquide: la mobilité était absolument normale.

Nous n'avons eu jusqu'ici à enregistrer que des succès: voici maintenant un cas malheureux:

Obs. VIII. (Smith) (2) 1878. — Femme de 16 ans. Hydarthrose du genou, rebelle à l'immobilisation, l'extension, les révulsifs; incision de chaque côté de la rotule. Mort en dix jours, d'infection purulente. On trouve, à l'autopsie, l'articulation remplie de pus.

(1) Panas. Comm. orale, mars 1886.

(2) Smith. The Lancet, novembre 1878, t. II, p. 620.

L'observation étant des plus sommaires, nous devons renoncer à espérer pénétrer le secret de cette complication fatale.

Obs. IX. (Poinsot) (1) (de Bordeaux) 1879. — Homme de 55 ans. Hydarthrose chronique datant de plusieurs mois. Traitée du 6 mai au 18 septembre 1879. Incision de 8 centimètres de chaque côté de la rotule.

Les plaies saignent abondamment; 8 ou 10 ligatures au catgut sont nécessaires.

Il s'écoule une grande quantité de sérosité. *Synoviale dure, altérée*: les rebords des condyles du fémur sont recouverts d'ostéophytes. Lavage de l'articulation.

Contre-ouverture dans le creux poplité.

Drainage au crin de cheval.

Suture des plaies latérales après drainage.

Immobilisation dans une gouttière.

Le lendemain, premier pansement. Un peu de gonflement à la partie interne, un peu de douleur. Un point de suture est enlevé. On retire quelques crins pour diminuer le volume des drains le troisième jour.

Jusqu'au sixième jour, pas d'accident. Ce jour là, 40° pouls. 120. Cette élévation de température paraît due à un accès de fièvre intermittente.

Les jours suivants, points grisâtres sur la plaie.

Le vingt-septième jour, cicatrisation complète. Mais bientôt l'articulation devient volumineuse; on craint de voir évoluer une tumeur blanche. L'articulation s'ouvre, il sort du pus grumeleux; puis, tout semble rentrer dans l'ordre. Opéré le 6 septembre, le malade ne peut marcher que le 16 novembre.

Il ne s'agissait évidemment pas ici d'une simple hydarthrose. Etant donnés l'âge du malade et l'état des extrémités osseuses qui furent trouvées, au moment de l'opération, couvertes d'ostéophytes, je croirais assez volontiers qu'il s'agissait d'une arthrite déformante. Il est fâcheux que le malade n'ait pu être suivi. Quel a été le résultat définitif? Il est bien à craindre que l'affection n'ait continué son évolution.

(1) Th. Piéchaud. Th. de Paris, 1880, p. 61.

Obs. X (Bøgehold) (1) 1879. — Femme de 43 ans. Hydarthrose rebelle datant de 7 ans.

Incisions. Ecoulement de 150 grammes de liquide séreux. Lavage phéniqué à 5 0/0.

Drainage de part en part.

Ablation du tube le sixième jour.

Sort guérie au bout d'un mois. Mais elle se fatigue et l'affection *récidive*.

C'est là le seul cas de *récidive* qui se soit présenté à nous. L'observation est muette sur l'état de la synoviale et des ligaments.

Obs. XI. (Mac Cormac) (2) 188... (?). — Jeune sujet; hydarthrose rebelle du genou datant de 7 ans. Incision. Liquide très épais. Lavage phéniqué à 5 0/0. Drainage. A part un petit abcès localisé près du tube à drainage, la guérison se fait régulièrement et le genou opéré redevint aussi mobile que l'autre.

C'est l'unique cas de suppuration superficielle que nous trouvions à signaler.

Obs. XII. (Nicaise) (3) (1881). — Hydarthrose double des genoux, résistant depuis 4 mois aux moyens ordinaires. Immobilisation, vésicatoires, compression, etc.

Le 10 juin 1881. *Genou gauche*. Incision au dessus et en dedans de la rotule.

Injection phéniquée 1/40 dans l'intérieur de la jointure.

Drainage enfoncé de 2 centimètres seulement. Pansement de Lister. Un point de suture.

Immobilisation dans une gouttière.

Le deuxième jour, 38°. Douleurs vives le long de la cuisse.

Gonflement et douleur des ganglions inguinaux.

Le troisième jour, tout se calme, premier pansement. Ablation du point de suture. Drain raccourci.

Le cinquième jour, ablation du drain.

Plaie cicatrisée le septième jour.

Le neuvième jour, suppression de la gouttière.

Le malade se lève le dix-neuvième jour. Un peu de raideur qui disparut rapidement.

(1) E. Bøgehold. Beitrage zur Pathol. und Therap. der Gelenkentzündungen. Arch. f. klin. Chir., 1882, t. XXVII, p. 913.

(2) Mac Cormac. Man. de chir. antiseptique, 1882, p. 23.

(3) Nicaise. Bull. Soc. chir., 16 nov. 1881, t. VII, p. 830.

Trois mois et demi plus tard, opération semblable sur le *genou droit*. Drainage. Pas de suture. Drain raccourci le troisième jour, enlevé le cinquième.

Immobilisation supprimée le neuvième jour.

Plaie cicatrisée le dixième jour.

Le malade se lève le quinzième jour.

Présenté à la société de chirurgie le 16 mars 1881. Un mois après l'opération.

M. Nicaise (4) dit: « J'ai préféré l'arthrotomie à la ponction pour faire dans l'articulation une injection irritante antiseptique. Quant au résultat obtenu, je l'attribue tout entier à la méthode antiseptique; si je n'avais pas eu cette méthode à ma disposition, je n'aurais pas voulu entreprendre une pareille opération sur une grande articulation, et je ne conseillerais à personne de faire dans des cas semblables l'arthrotomie en dehors des règles de la méthode antiseptique. »

Obs. XIII. (Championnière) (2) 1883. — Homme de 27 ans. Hydarthrose rebelle ayant résisté à bien des modes de traitement.

21 août 1883, large incision au côté externe. Issue de liquide trouble avec quelques membranes. Drainage (suture?).

Sort guéri, marchant bien, le 25 septembre.

Le malade reste guéri un peu plus de deux ans, puis revient à l'hôpital Tenon avec un genou rempli de fongosités.

Résection du genou le 29 octobre 1885.

Quitte l'hôpital marchant assez bien; mais présentant des lésions tuberculeuses manifestes dans le poumon, et une tumeur blanche de l'articulation sterno-claviculaire gauche.

Il s'agit très vraisemblablement ici d'une hydarthrose symptomatique de lésions tuberculeuses cachées de la synoviale. Malgré la *récidive*, ou mieux la continuation de la maladie, il est bon de signaler l'influence heureuse de l'arthrotomie antiseptique, qui a produit sinon la guérison, du moins un temps d'arrêt de *deux ans* dans la tuberculose articulaire.

(1) Nicaise. Bull. Soc. chir., 16 nov. 1881, t. VII, p. 831.

(2) Championnière. Bull. Soc. chir.

Obs XIV. (Championnière) (1) 1885. — Brest (Henri), homme de 50 ans. Ancienne arthrite déformante du genou droit, ayant déterminé une déviation de la jambe en dehors, avec relâchement des ligaments articulaires. Epanchement assez considérable dans la jointure et augmentation de volume des extrémités osseuses.

Arthrotomie le 27 août 1885. Incision externe au-dessus de la rotule. Issue d'un peu de liquide et d'une série de corps pédiculés ressemblant à des grains riziformes et ayant une consistance lipomateuse. Curage de l'articulation, on retire avec la curette le plus possible de ces grains.

Lavage de l'articulation.

Drainage. Suture. Lister.

Guérison de l'arthrite sans trace de suppuration.

Le malade dut subir la résection du genou, le 31 octobre 1885, pour remédier à la déviation de sa jambe, déviation telle que la marche était devenue très difficile. Il est bien guéri aujourd'hui (mai 1886).

Ces observations, au fur et à mesure qu'elles étaient connues, provoquaient l'écllosion de divers travaux ou mémoires : tout au moins les auteurs qui écrivaient sur l'arthrotomie en général consacraient-ils à l'hydarthrose une mention ou quelques lignes de commentaires. C'est ce que font Scriba (2), à propos des observations de Nussbaum et de Volkmann ; et Heinecke, à l'occasion de celle d'Hagedom (3). — Dans la *Gazette hebdomadaire de méd. et chir.* (28 mai 1878), le professeur Panas publiait lui-même son opération. Bientôt après, 1880, M. T. Piéchaud réunit dans sa thèse les quatre observations parues jusqu'alors. Nous nous bornons à signaler, pour la suite : la thèse de Nicolas (Nancy, 1883), déjà si souvent citée ; enfin celle de M. Carbou (Paris, 1884), inspirée par M. Nicaise et présidée par le professeur Panas ; et, la

(1) Championnière. Obs. inédite.

(2) Scriba. Mém. cité. Berl. kl. Wochen., 1877, n° 32, p. 460 et suiv.

(3) Heinecke. Deutsch med. Wochen., 1877, p. 565 et suiv.

même année, une bonne thèse de Nancy, celle de Schmitt, où l'on trouvera de nombreux documents relatifs à l'incision, mais surtout à la ponction de l'hydarthrose.

A part Scriba qui, plein d'enthousiasme, recommande l'incision et le drainage de préférence à tout autre mode d'intervention, dans les cas d'arthrites chroniques séreuses, l'avis à peu près unanime restait, il faut bien le dire, que l'arthrotomie devait être réservée aux cas invétérés et à ceux-là seulement. La ponction, suivie ou non de lavage antiseptique, restait comme la méthode de choix à employer contre les épanchements chroniques séreux des jointures lorsqu'ils résistaient aux autres moyens habituels de traitement. Cette petite opération, au sujet de laquelle il semble que l'accord tende de plus en plus à se faire parmi les chirurgiens, malgré de légères divergences sous le rapport de quelques détails, cette opération de la ponction, d'après ce que nous avons pu lire, donne des résultats vraiment satisfaisants. Voici, en effet, M. le professeur Saxtorph (1) qui, de 1869 à 1875, a pratiqué plus de cent fois la ponction des articulations et cela sans aucun accident, aussi bien pour les simples hydarthroses que pour les épanchements sanguins.

Depuis (2), il a presque constamment employé la ponction avec un trocart ordinaire, sans aspiration, mais en prenant toutes les précautions antiseptiques ; très rarement il a recours à la ponction suivie d'injection phéniquée. — Voici, d'autre part, M. Bœckel (3) (1884), qui nous donne une statistique de 23 cas personnels suivis de succès.

M. Delens a bien voulu me communiquer un mémoire, encore inédit, qu'il a présenté, il y a deux ans, à l'Aca-

(1) Verneuil. Bull. de la Soc. de chir., 1875, p. 507.

(2) Saxtorph. Comm. écrite, 21 avril 1886.

(3) Bœckel. Gaz. des hôp., 15 déc. 1884.

démie de médecine. Nous y trouvons 29 observations personnelles, toutes suivies d'un résultat parfait, sauf une dans laquelle, après l'injection phéniquée, une arthrite purulente se produisit. Nous avons relaté cette observation sous le nom de *P. Second*, dans notre tableau des arthrites purulentes. Tableau A, n° 39.

Tout récemment (1886), un chirurgien américain, Weir (1), s'appuyant sur une statistique de 37 cas, dont 6 personnels, tous heureux, sauf celui d'un tuberculeux (Rinne) qui succomba peu après l'opération, porte très haut les avantages de la ponction suivie d'injections phéniquées.

MM. Le Dentu, L. Labbé ont obtenu des succès analogues. Tout dernièrement enfin nous pouvions constater nous-même, dans le service du professeur Richet, à l'Hôtel-Dieu, les excellents effets de la ponction simple suivie d'une injection de liqueur de van Swieten.

M. F. Terrier (2) est d'avis que la ponction antiseptique, absolument inoffensive, doit être employée tout d'abord. Il considère l'arthrotomie comme la dernière ressource en cas d'hydarthrose.

N'ayant, du reste, à traiter ici que de la taille articulaire, nous en resterons là pour ce qui a trait à la ponction : nous tenions seulement à montrer que cette méthode entrainait de jour en jour davantage dans la pratique des chirurgiens, tant en France que dans les pays étrangers. Nous chercherons à préciser bientôt quelles sont les raisons qui, dans certaines hydarthroses, peuvent militer plutôt en faveur de l'un que de l'autre mode d'intervention. Nous ne pouvons songer, du reste, à comparer ces deux méthodes dans leurs résultats, car si, d'un côté,

(1) Robert F. Weir. New-York med. Journ., 20 fév. 1886, p. 201.

(2) Communication de M. Terrier.

les ponctions se comptent aujourd'hui par centaines, les arthrotomies n'ont à leur opposer qu'un chiffre très restreint. D'un autre côté, les conditions mêmes dans lesquelles les deux opérations sont entreprises, établissent un désavantage manifeste pour l'arthrotomie, qui a été jusqu'ici réservée à des cas graves et dont la plupart avaient résisté à tous les modes de traitement, quelquefois même à la ponction. Il n'y a donc pas lieu, je crois, d'établir un parallèle entre la ponction et l'incision, chacune ayant ses indications particulières.

Si nous cherchons quelles ont pu être les indications de l'arthrotomie dans les divers cas que nous avons cités plus haut, nous y trouvons tantôt une tendance de l'hydarthrose à s'éterniser (7 ans (Bøgehold et Mae-Cormac), 7 mois (Panas), 4 mois (Nicaise), 3 mois, etc.), tantôt une gravité extrême des lésions locales, ou des troubles fonctionnels très accusés. Ici, il s'agit d'épanchements d'un volume considérable (Panas, Poinsot, Volkmann); là, des relâchements ligamenteux entraînent une perte absolue de la fonction (2 obs. de Volkmann). D'autres fois ce sont des douleurs très vives comme dans l'un des cas de Lister. Ailleurs, comme dans le cas de Nicaise, les deux genoux sont pris; et un homme de 18 ans, véritable infirme, est mis dans l'impossibilité absolue de subvenir à ses besoins.

Vainement nous avons cherché une observation d'incision précoce pratiquée pour une hydarthrose simple, il nous a été impossible de la découvrir. Tous les chirurgiens qui ont fait l'arthrotomie ont obéi à une indication pressante, tous les cas pour lesquels ils sont intervenus étaient graves; tous avaient été préalablement soumis avec patience et méthode au traitement classique de l'hydarthrose; même, dans 1 cas, celui de Volkmann (obs. V), on avait essayé des ponctions et des injections iodées. L'épanchement se reproduisait avec une désespérante

ténacité et, au lieu de diminuer, la laxité articulaire (il s'agissait du coude) ne faisait qu'augmenter. — Rien ne démontre mieux l'efficacité de l'arthrotomie antiseptique et du drainage, que ce succès obtenu par eux là où la ponction suivie d'injection avait totalement échoué.

En pareils cas, nous ne craignons pas de le dire, nous partageons l'opinion de MM. Panas, Nicaise, Championnière, etc. Nous pensons que la ponction doit céder alors le pas à l'arthrotomie, qui nous paraît absolument justifiée. Nous n'hésiterions pas à pratiquer celle-ci le cas échéant, mais avec les précautions antiseptiques les plus complètes et les plus minutieuses.

C'est, qu'en effet, les résultats fournis par l'examen des observations sont des plus encourageants.

Il y a bien eu une mort par infection purulente: mais la nature seule de cette complication nous permet de douter que l'antisepsie ait été exactement réalisée; il a dû se manifester, soit pendant soit après l'acte opératoire, quelque circonstance particulière qui expliquerait le développement de la pyohémie.

En somme, pour 15 opérations pratiquées sur 14 malades (celui de M. Nicaise a été opéré des deux genoux), nous trouvons :

10 guérisons parfaites.

1 guérison avec impotence (Boegehold, obs. X) par suite d'une récurrence de l'hydarthrose très probablement imputable à la malade elle-même.

1 guérison, avec un résultat définitif inconnu (Poincot, obs. IX).

1 guérison maintenue pendant deux ans, mais suivie du développement d'une arthrite tuberculeuse ayant nécessité la résection du genou. (Championnière, observation XIII).

1 guérison de l'arthrotomie sans suppuration; mais dans laquelle des désordres du côté des extrémités osseuses et des ligaments (arthrite déformante) ont conduit à faire la résection du genou, 2 mois 1/2 après l'arthrotomie (Championnière, obs. XIV).

1 seul cas de mort imputable à l'opération (Smith, obs. VIII). Pyohémie.

Dans les 10 cas terminés par une guérison parfaite, la cicatrisation complète de la plaie a demandé :

8 jours pour la première arthrotomie du malade de *Nicaise* (obs. XII).

10 jours pour la seconde opération pratiquée sur le même malade.

Quelques jours, pour le malade de *Lister* (obs. I).

Quelques jours pour les deux opérés de *Volkmann* (obs. V et VI) et pour celui de *Mac Cormac* (obs. XI).

1 mois, dans le cas de *Lindpaintner* (obs. III).

1 mois et demi, dans le cas de *Hagedorn* (obs. IV).

45 jours pour le second malade de *Lister* (obs. II).

56 jours dans le cas du professeur *Panas* (obs. VII).

Est-il possible de se rendre compte de la raison de ces différences?

Pour la plupart des opérés, c'est dans l'état de l'articulation ou dans la nature de son contenu qu'il faut en chercher l'explication.

M. Panas trouva une synoviale d'une épaisseur énorme, et dont la face interne était couverte de boursoufflures épaisses et dures. Le liquide était mélangé de fausses membranes. Il fallut pratiquer le sixième jour une contre-ouverture sur le cul-de-sac externe de la synoviale qui se vidait mal, ce qui se comprend aisément si l'on songe à l'étendue de cette cavité rigide, et aux pseudo-membranes que le liquide renfermait.

Des considérations absolument analogues nous font

comprendre le retard de la cicatrisation chez l'opéré de Hagedom.

Là aussi, le liquide était remarquablement épais et chargé de flocons de fibrine; là aussi, une large contre-ouverture fut nécessaire pour remédier à l'obstruction des drains.

L'opéré de M. Nicaise, au contraire, ne présentait pas ces conditions défavorables; aussi fut-il guéri, de sa première opération, en 8 jours; de la seconde, en 10.

Au point de vue des incidents post-opératoires, rien de bien sérieux n'est à noter. A part les deux cas de Hagedom et Panas, et aussi celui de Poinso, qui nous montrent quelques accidents de rétention, nous n'avons à signaler que des douleurs survenues le lendemain de l'opération dans le cas de M. Nicaise; et un petit abcès superficiel développé au voisinage du tube à drainage chez l'opéré de Mac Cormac. L'opérée de Hagedom seule vit l'épanchement intra-articulaire se reproduire et persister quelque temps après la cicatrisation; du reste, tout rentra bientôt dans l'ordre.

La méthode opératoire suivie a été très analogue pour toutes les opérations; à quelques variantes près. Bøgehold, M. Championnière, Lister, M. Nicaise, se sont contentés d'une seule incision qui fut suffisante.

M. Panas comme Hagedom, dut au bout de quelques jours se résoudre à faire une contre-ouverture. Volkmann, Bøgehold pratiquèrent d'emblée deux incisions: le premier, une de chaque côté du poignet dans un cas; de chaque côté de l'olécrâne, dans l'autre; Bøgehold, de chaque côté de la rotule. M. Poinso, après avoir largement incisé de chaque côté de la rotule, établit le drainage poplité en pratiquant une ouverture sur l'extrémité d'une pince à polype passée au travers de l'articulation, et saillante sous les téguments du creux poplité.

Drainage. — Il a toujours été soigneusement établi. Tantôt, comme Bøgehold, on a placé un drain de part en part; tantôt, comme M. Panas, Hagedom, Volkmann, les tubes ont été profondément enfoncés dans la jointure. M. Nicaise spécifie au contraire qu'il n'a introduit le tube que de deux centimètres seulement; encore a-t-il pris soin de le raccourcir dès le troisième jour et de l'enlever tout à fait dès le cinquième. Pour M. Championnière (1), il importe de ne pas dépasser le milieu de la face articulaire de la rotule, avec l'extrémité profonde du tube à drainage.

On ne saurait établir de règles fixes à ce point de vue; il peut être nécessaire, en effet, suivant les circonstances, de placer un ou plusieurs tubes pénétrant plus ou moins dans la cavité de l'article. De même pour l'époque de l'ablation: autant de cas particuliers, autant d'indications différentes; l'état de la synoviale, la qualité et la quantité des liquides sécrétés serviront de guide à cet égard. Il ne paraît pas que la durée du séjour du drain ait beaucoup influé sur la mobilité ultérieure de la jointure; le malade de M. Panas, qui conserva des tubes pendant trente-cinq et quarante-trois jours, guérit avec une mobilité parfaite, tout aussi bien que ceux de Hagedom et de Volkmann, chez lesquels le drainage ne fut supprimé que le dix-septième et le quinzième jour. Lister procède à l'ablation du drain dès le troisième jour; nous avons déjà indiqué que, pour les deux opérations de M. Nicaise, cette suppression, préparée par un raccourcissement le troisième jour, fut effectuée le cinquième.

Tous les opérateurs, ou presque tous (dans certaines opérations les renseignements font défaut), ont soigneusement lavé la jointure avec de l'eau phéniquée; une seule irrigation a généralement suffi. Cependant dans les

(1) Championnière. Comm. orale.

cas graves comme ceux de Hagedom et M. Panas, il a fallu instituer toute une série de lavages consécutifs. Il ne semble pas y avoir de divergences d'opinion sur ce point.

Une question moins nettement résolue est celle de la suture immédiate. Nous ignorons si la suture a été faite dans les deux cas de Lister. D'après la connaissance que nous pouvons avoir de la manière de faire de ce chirurgien, il est permis de penser cependant qu'il n'a pas laissé les plaies béantes. M. Championnière est partisan de la suture et n'a jamais observé d'accidents ; M. Panas et M. Poinsoy qui avaient fermé les plaies après le drainage, ont eu à combattre quelques phénomènes de rétention, sans gravité du reste. Enfin M. Nicaise, qui, lors de sa première opération avait placé un point de suture, vit son malade souffrir pendant vingt-quatre heures de douleurs vives le long de la cuisse, avec endolorissement et tuméfaction des ganglions inguinaux, phénomènes qui ressemblent beaucoup à ceux, quelquefois très intenses, qui accompagnent les injections antiseptiques dans les jointures au moyen de la ponction. On peut penser que peut-être ici le seul drain ne suffisait pas à évacuer les produits exsudés par la séreuse. Toujours est-il que, dans la deuxième opération qu'il fit subir à ce malade, M. Nicaise n'ayant pas suturé, les douleurs furent nulles et le chirurgien n'eut pas la moindre inquiétude à avoir. Il est bon de remarquer, en outre, que l'incision non suturée ne mit que dix jours à se cicatrifier : la première en avait mis huit.

Nous n'avons pas, je pense, à formuler d'opinion sur ce point discuté. Notre expérience étant nulle à cet égard et les faits que nous possédons étant très peu nombreux, nous devons nous borner à exposer l'état de la question sans nous prononcer dans un sens ni dans l'autre.

Quel parti prendre en ce qui regarde l'immobilisation ?

Ici encore, les avis sont partagés. M. Championnière veut qu'on laisse le membre sans aucun appareil inamovible. M. Panas ne pense pas autrement ; nous en voyons la preuve par ce commentaire dont il fait suivre l'exposé de ses observations de 1877. « Pendant tout le traitement qui dura juste deux mois, le membre a été placé sur un simple coussin, sans autre contention ou immobilisation. Cela revient à dire que tout le mérite de la cure, sans accidents, sans fièvre, revient au pansement de Lister (Panas). » Volkmann, d'autre part, immobilise ; il en est de même de M. Nicaise. Ce dernier toutefois enlève la gouttière le neuvième jour, c'est-à-dire après cicatrisation des plaies ; il laisse alors le membre libre dans le lit. Cette manière d'agir nous semble tout à fait rationnelle et ne peut dans tous les cas, avoir aucun inconvénient.

Nous ne trouvons noté dans aucune observation que l'on ait eu recours aux mouvements passifs ; c'est là, croyons-nous, une pratique au sujet de laquelle on ne saurait se montrer trop réservé.

Pour clore ce chapitre, nous dirons, en résumé, que, parmi les hydarthroses, nous considérons comme justiciables de l'arthrotomie les cas suivants :

1° Les hydarthroses qui se sont montrées réfractaires aux modes usuels de traitement : immobilisation rigoureuse, compression ouatée ou élastique, révulsion méthodique, et même à la ponction antiseptiquement faite.

2° Les hydarthroses qui s'accompagnent d'un épaississement considérable et de productions végétantes de la synoviale.

3° Celles enfin qui sont caractérisées par un relâchement très marqué de l'appareil ligamenteux et la présence d'une très grande quantité de liquide.

4° Quant aux hydarthroses qui accompagnent l'arthrite déformante, nous ne voyons pas pourquoi, dans les cas

graves, après avoir tenté la ponction et les injections modificatrices, on ne recourrait pas aussi à l'arthrotomie, comme l'a fait M. Championnière, quitte à prendre plus tard un parti plus énergique encore, si l'arthrotomie n'avait pas suffi.

Dans ces circonstances, seulement, et elles sont rares dans la pratique, l'opération de l'arthrotomie, croyons-nous, est parfaitement légitimée. Mais c'est affaire au chirurgien, qui sait quels graves dangers peuvent causer les moindres négligences, c'est affaire à lui, et à sa conscience, de se garder, non seulement de toute faute opératoire, mais même du plus petit péché contre l'antisepsie, aussi bien en ce qui le concerne qu'en ce qui concerne ses aides et toutes les personnes qui l'entourent.

CHAPITRE QUATRIÈME

DE L'ARTHROTOMIE POUR CORPS ÉTRANGERS ARTICULAIRES

I

C'est une étude pleine d'intérêt que celle des statistiques qui contiennent les arthrotomies entreprises pour corps étrangers articulaires; rien n'est plus apte à nous convaincre de la puissance des méthodes antiseptiques. Nous avons déjà signalé ce fait dans notre aperçu historique, quand nous avons cherché à montrer comment, en raison des succès toujours croissants fournis par les opérations antiseptiques, les ingénieux procédés de fixation qui constituaient autrefois de précieuses ressources avaient peu à peu été mis de côté. Comment aussi, et surtout, les méthodes d'extraction sous-cutanée (Goyrand) et même d'incision *oblique* avaient cédé le pas à la méthode directe, à l'arthrotomie, « *la taille articulaire* » (Verneuil) (1), employée ici dans son acception la plus vraie.

Remontons, en effet, de vingt-cinq ans en arrière : la statistique de M. Hipp. Larrey (2) attribue à l'incision à ciel ouvert une mortalité de 21,3 0/0. La méthode de Goyrand ne fournissait que 12 morts 0/0; mais en revanche les recherches infructueuses atteignaient, pour cette dernière, la forte proportion de 38,4 0/0.

Les chirurgiens prudents se résignaient donc en général aux moyens palliatifs. Puis, quand ils avaient la main forcée, ils se rabattaient sur la méthode de Goyrand

(1) Verneuil. Bull. Soc. chir. de Paris, 1878, p. 717.

(2) H. Larrey. Bull. Soc. chir. de Paris, 1861, p. 329.

graves, après avoir tenté la ponction et les injections modificatrices, on ne recourrait pas aussi à l'arthrotomie, comme l'a fait M. Championnière, quitte à prendre plus tard un parti plus énergique encore, si l'arthrotomie n'avait pas suffi.

Dans ces circonstances, seulement, et elles sont rares dans la pratique, l'opération de l'arthrotomie, croyons-nous, est parfaitement légitimée. Mais c'est affaire au chirurgien, qui sait quels graves dangers peuvent causer les moindres négligences, c'est affaire à lui, et à sa conscience, de se garder, non seulement de toute faute opératoire, mais même du plus petit péché contre l'antisepsie, aussi bien en ce qui le concerne qu'en ce qui concerne ses aides et toutes les personnes qui l'entourent.

CHAPITRE QUATRIÈME

DE L'ARTHROTOMIE POUR CORPS ÉTRANGERS ARTICULAIRES

I

C'est une étude pleine d'intérêt que celle des statistiques qui contiennent les arthrotomies entreprises pour corps étrangers articulaires; rien n'est plus apte à nous convaincre de la puissance des méthodes antiseptiques. Nous avons déjà signalé ce fait dans notre aperçu historique, quand nous avons cherché à montrer comment, en raison des succès toujours croissants fournis par les opérations antiseptiques, les ingénieux procédés de fixation qui constituaient autrefois de précieuses ressources avaient peu à peu été mis de côté. Comment aussi, et surtout, les méthodes d'extraction sous-cutanée (Goyrand) et même d'incision *oblique* avaient cédé le pas à la méthode directe, à l'arthrotomie, « *la taille articulaire* » (Verneuil) (1), employée ici dans son acception la plus vraie.

Remontons, en effet, de vingt-cinq ans en arrière : la statistique de M. Hipp. Larrey (2) attribue à l'incision à ciel ouvert une mortalité de 21,3 0/0. La méthode de Goyrand ne fournissait que 12 morts 0/0; mais en revanche les recherches infructueuses atteignaient, pour cette dernière, la forte proportion de 38,4 0/0.

Les chirurgiens prudents se résignaient donc en général aux moyens palliatifs. Puis, quand ils avaient la main forcée, ils se rabattaient sur la méthode de Goyrand

(1) Verneuil. Bull. Soc. chir. de Paris, 1878, p. 717.

(2) H. Larrey. Bull. Soc. chir. de Paris, 1861, p. 329.

malgré les déconvenues fréquentes auxquelles ils s'exposaient.

Cependant, Barwell (1), rassemblant les opérations de taille articulaire pratiquées de 1861 à 1875, ne trouvait déjà plus qu'une mortalité de 8,4 0/0!

A quel prodige attribuer une aussi notable amélioration? sinon à ce fait que les 48 cas qui constituaient cette statistique provenaient des hôpitaux de la Grande-Bretagne, et que la méthode antiseptique se vulgarisait rapidement dans ce pays où elle est née.

Une preuve non moins convaincante de ce que j'avance, se trouve aussi dans un relevé d'opérations dressé par Iversen (2). Réunissant, en 1873, les arthrotomies pratiquées par les chirurgiens danois, il arrive à un total de 31 opérés donnant 29 guérisons et 2 morts; soit une mortalité de 7,5 0/0.

Iversen démontre que l'amélioration de cette statistique comparée à celle de Larrey, en particulier, est due uniquement aux opérations pratiquées par Holmer et par Saxtorph, ardents partisans l'un et l'autre de la méthode antiseptique.

Poursuivant l'enquête dans le même sens, Morgan (3) ne trouve qu'une mort sur 18 arthrotomies pratiquées antiseptiquement de 1874 à 1879; soit seulement 5,5 0/0. En même temps, après Iversen, il insiste sur l'excellence des résultats obtenus, d'autant que 3 seulement des malades guéris avaient conservé quelques troubles fonctionnels, une raideur plus ou moins prononcée.

L'année suivante, mon excellent ami M. G. Nepveu (4), écartant d'un total de 38 arthrotomies antiseptiques 2

(1) Barwell. British. med. Journ., 11 mars 1876, p. 313.

(2) Iversen. Nordisk. med. Arkiv., 1873. Bd. V, n° 25, p. 13.

(3) Morgan. St-Georges Hosp. Rep. 1877-79, t. IX, p. 763 et suiv.

(4) Nepveu. Bull. Soc. chir. 1880, t. VI, p. 495.

morts qui ne lui paraissent pas assez directement imputables à l'opération, arrivait à 3 0/0 de mort seulement.

Ce résultat était bien remarquable comparé au nombre des désastres qui assombrissaient la statistique de Larrey. On peut cependant faire au relevé de Nepveu le reproche d'être peut-être un peu trop expurgé, car sur les 2 morts dont il ne tient pas compte (Saxtorph et Paquet), il y en a une au moins qui a été causée par un phlegmon du membre opéré (Paquet). L'opéré a succombé aux suites, *indirectes* c'est vrai, mais enfin aux suites de l'arthrotomie : on doit donc à mon avis rectifier la statistique de Nepveu et lui attribuer encore 5,4 0/0 de morts, c'est-à-dire à peu près autant qu'au relevé de Morgan.

La mortalité opératoire de la taille articulaire était donc tombée en 20 ans (1860 à 1880) de 21,3 0/0 à un peu plus de 5 0/0.

Cette rapide décroissance s'explique par l'emploi, de jour en jour plus fréquent, de la méthode antiseptique, (pansement de Lister et pansement ouaté d'Alphonse Guérin). Nous en trouvons une preuve évidente dans la statistique de M. Gaujot (1).

Ce chirurgien réunit 54 opérations où, à côté de cas traités antiseptiquement, on en voit où l'on a usé, et de pansements ouatés modifiés, que l'auteur appelle mixtes (ce ne sont plus là des *pansements ouatés*) et de pansements simples, nullement antiseptiques : la mortalité remonte à 7,4 0/0.

M. Gaujot, heureux du résultat de sa statistique, établit un parallèle entre une série de 29 opérés, traités soit-disant par le pansement de Lister et qui avaient fourni 27 guérisons et 2 morts, et une série exceptionnellement favorable d'opérés pansés *non antiseptiquement*. (Il laisse

(1) Gaujot. Rev. de chir., 10 juin 1881, p. 466.

à part le pansement ouaté de M. A. Guérin qui, employé trois fois jusqu'alors, n'a fourni aucun insuccès). Cela lui sert à poser en principe que les deux manières de faire se valent au point de vue des résultats. Cette affirmation, déjà contestable au moment où elle fut émise, n'en avait pas pour bien longtemps à vivre.

En effet, d'un côté M. le D^r J. Muller, réunissant une liste de 100 opérés (les cas de M. Gaujot, antiseptiques et non antiseptiques compris), M. Muller démontre que la mortalité n'est plus que de 4 0/0. D'un autre côté, M. Kirrison, ajoutant 5 arthrotomies aux 100 cas de M. Muller, nous donne, tout dernièrement, la proportion de 3,80 0/0 seulement. M. Kirrison fait remarquer en outre que, d'après une statistique exclusivement antiseptique, établie par MM. Poulet et Vaillard, la mortalité ne serait plus que de 2,89 0/0.

J'ai recueilli, en ce qui me concerne, 105 observations (1) d'arthrotomies antiseptiques ne figurant pas dans la statistique de M. Gaujot. Si je réunis ces 105 faits aux 54 cas de M. Gaujot, j'arrive à une somme de 159 opérations d'arthrotomie tant antiseptiques que non antiseptiques.

Eh bien! les opérations antiseptiques que je rapporte ont singulièrement amélioré la statistique mixte de M. Gaujot, puisqu'elles n'augmentent que d'un seul cas les 4 cas de mort du tableau de ce chirurgien, soit : en bloc, 5 morts pour 154 opérés; ou en d'autres termes, une mortalité de 3,1 0/0.

Si d'autre part, laissant de côté les 54 cas de M. Gaujot, nous nous en tenons à nos 105 opérations d'arthrotomie antiseptique, nous n'avons plus à déplorer qu'un seul cas de mort sur 105 opérés, c'est-à-dire que, grâce à l'antiseptie, la taille articulaire donnerait aujourd'hui 99,05 0/0

(1) Tableau G.

de guérisons et seulement le chiffre infime de 0,95 0/0 de morts, c'est-à-dire, moins de 1 0/0 (1).

Que maintenant l'on veuille bien opposer ce chiffre à celui que M. Gaujot trouve dans sa série (si exceptionnellement heureuse, je le répète) des malades pansés non antiseptiquement! Le contraste est tel que je n'ai pas besoin d'insister. M. Gaujot serait mal venu de répéter, à l'heure présente, que l'innocuité actuelle ne dépend absolument pas des pansements antiseptiques « puisqu'elle a été obtenue d'une façon équivalente par les moyens ordinaires de réunion » (2).

Voilà donc pour ce qui concerne l'arthrotomie antiseptique comparée à l'ancienne ouverture à ciel ouvert.

La méthode sous-cutanée de Goyrand ne saurait lui être opposée. Nous voyons, en effet, dans la dernière statistique où ses résultats soient étudiés, 40 opérations pratiquées de 1860 à 1875. Il n'y a que 2 0/0 de morts, mais 72,5 0/0 seulement de succès; et 26,5 0/0 d'extraction impossible: aussi la méthode est-elle à peu près entièrement abandonnée aujourd'hui.

Quant à l'incision oblique de Desault, plus ou moins modifiée, c'est à peine si nous trouvons çà et là quelques rares exemples de son application: Holmer (3) l'employa pour la dernière fois en 1869; pour les sept autres opérations dont nous donnons l'analyse dans notre tableau,

(1) Par suite d'une omission regrettable, les observations de MM. Boppe et Krug-Basse (2 arthrotomies pour chaque malade), citées par M. Kirrison (Bull. Soc. Chir. 1886, n° 3, p. 183) ne figurent pas dans mon tableau.

Je m'aperçois aussi que je n'ai tenu compte ni de la double opération du cas de Lister (Tab. G., n° 51), ni de la triple opération du cas de Saxtorph (Tab. G., n° 86). Grâce à ces opérations multiples, nous nous trouvons à la tête de 142 arthrotomies. Il faut donc encore abaisser le chiffre de la mortalité fourni par notre statistique; au lieu de 0,95 0/0, il faut dire 0,89 0/0.

(2) Gaujot. Rev. chir., 10 juin 1881 (1), p. 465.

(3) Iversen. Mém. cité, p. 22.

il eut recours à l'incision directe. Schede (1), en 1874, observa des accidents de rétention après une incision oblique, et la bannit dès lors de sa pratique. Barwell (2) raconte que l'ayant employée trois fois en 1875, il éprouva les plus grandes difficultés pour atteindre les corps étrangers et que les trois malades ressentirent de violentes douleurs après l'opération. Fillenbaum (3), la même année, voyait une abondante hémorrhagie sous-cutanée et intra-articulaire suivre immédiatement l'opération; une large incision et le drainage de l'articulation furent nécessaires.

Depuis, le seul exemple que nous ayons rencontré appartient à un chirurgien américain, Gerster (4). Lui, du moins, n'eut pas d'accidents. En somme, la méthode de Desault n'est pas moins tombée en désuétude que celle de Goyrand.

La taille articulaire est devenue, grâce à l'antisepsie, plus inoffensive, en même temps que plus efficace et d'une exécution plus facile. C'est la méthode de choix et je ne sache pas qu'à l'heure actuelle, personne soit tenté de lui contester ce titre.

Je ne crois pas devoir insister davantage sur l'histoire de la taille articulaire envisagée comme méthode de traitement des corps étrangers; j'espère avoir suffisamment mis en relief les différentes étapes qu'elle a parcourues, et les progrès qu'elle a faits, avec l'aide des pansements antiseptiques.

Je me contente de renvoyer le lecteur, pour de plus amples renseignements, à l'article de M. le professeur Panas, en ce qui touche à la période ancienne; pour la période contemporaine, aux discussions de la Société de

(1) Schede. Arch. f. Klin. chir., t. XXII, p. 522.

(2) Barwell. British. med. Journ., 1876, 12 fév., p. 184.

(3) Fillenbaum. Wiener med. Wochensh., 1875, t. XVIII, p. 366.

(4) Gerster. Med. Record, New-York, 1882, t. XXI, p. 78.

chirurgie de Paris, et à diverses thèses dont les plus importantes sont: celle de Bernard (1877) relatant les brillants succès obtenus par MM. A. Guérin et Tillaux au moyen du *pansement ouaté*; de Piéchaud (1880); de Toussaint (1881), et celle, plus récente, de mon excellent ami le D^r Fibich (1883). Je dois signaler surtout, le remarquable et substantiel rapport que M. Kirrmisson lisait dernièrement devant la Société de chirurgie, à propos de plusieurs faits d'arthrotomie pour corps étrangers articulaires, communiqués par MM. Boppe et Krugg-Basse.

M. Kirrmisson se prononce résolument en faveur de l'arthrotomie directe — « le choix n'est plus douteux, » dit-il, mais hâtons-nous d'ajouter « l'arthrotomie antiseptique, » « Ce qui demande à être encore étudié, dit plus loin M. Kirrmisson, c'est le *Manuel opératoire*. »

C'est, en effet, la technique de cette opération, aujourd'hui classique, qu'il faudrait pouvoir établir. Je vais consacrer à l'étude de cette question la majeure partie de ce chapitre; heureux si je puis tirer quelques conclusions nettes et précises de l'examen comparatif des 105 observations que j'ai colligées. Il va sans dire que les pages qui suivent s'appliquent presque exclusivement au genou.

Avant d'aborder l'étude de l'opération en elle-même, je dois dire quelques mots des indications de l'arthrotomie. ®

On s'accorde à reconnaître que tous les corps mobiles intra-articulaires qui provoquent de violentes douleurs sont justiciables de l'arthrotomie. J'en dirai autant de ceux qui donnent naissance à des phénomènes d'arthrite chronique, subaiguë, ou même aiguë. On ne se résoudra

il eut recours à l'incision directe. Schede (1), en 1874, observa des accidents de rétention après une incision oblique, et la bannit dès lors de sa pratique. Barwell (2) raconte que l'ayant employée trois fois en 1875, il éprouva les plus grandes difficultés pour atteindre les corps étrangers et que les trois malades ressentirent de violentes douleurs après l'opération. Fillenbaum (3), la même année, voyait une abondante hémorrhagie sous-cutanée et intra-articulaire suivre immédiatement l'opération; une large incision et le drainage de l'articulation furent nécessaires.

Depuis, le seul exemple que nous ayons rencontré appartient à un chirurgien américain, Gerster (4). Lui, du moins, n'eut pas d'accidents. En somme, la méthode de Desault n'est pas moins tombée en désuétude que celle de Goyrand.

La taille articulaire est devenue, grâce à l'antisepsie, plus inoffensive, en même temps que plus efficace et d'une exécution plus facile. C'est la méthode de choix et je ne sache pas qu'à l'heure actuelle, personne soit tenté de lui contester ce titre.

Je ne crois pas devoir insister davantage sur l'histoire de la taille articulaire envisagée comme méthode de traitement des corps étrangers; j'espère avoir suffisamment mis en relief les différentes étapes qu'elle a parcourues, et les progrès qu'elle a faits, avec l'aide des pansements antiseptiques.

Je me contente de renvoyer le lecteur, pour de plus amples renseignements, à l'article de M. le professeur Panas, en ce qui touche à la période ancienne; pour la période contemporaine, aux discussions de la Société de

(1) Schede. Arch. f. Klin. chir., t. XXII, p. 522.

(2) Barwell. British. med. Journ., 1876, 12 fév., p. 184.

(3) Fillenbaum. Wiener med. Wochensh., 1875, t. XVIII, p. 366.

(4) Gerster. Med. Record, New-York, 1882, t. XXI, p. 78.

chirurgie de Paris, et à diverses thèses dont les plus importantes sont : celle de Bernard (1877) relatant les brillants succès obtenus par MM. A. Guérin et Tillaux au moyen du *pansement ouaté*; de Piéchaud (1880); de Toussaint (1881), et celle, plus récente, de mon excellent ami le D^r Fibich (1883). Je dois signaler surtout, le remarquable et substantiel rapport que M. Kirrnisson lisait dernièrement devant la Société de chirurgie, à propos de plusieurs faits d'arthrotomie pour corps étrangers articulaires, communiqués par MM. Boppe et Krugg-Basse.

M. Kirrnisson se prononce résolument en faveur de l'arthrotomie directe — « le choix n'est plus douteux, » dit-il, mais hâtons-nous d'ajouter « l'arthrotomie antiseptique, » « Ce qui demande à être encore étudié, dit plus loin M. Kirrnisson, c'est le *Manuel opératoire*. »

C'est, en effet, la technique de cette opération, aujourd'hui classique, qu'il faudrait pouvoir établir. Je vais consacrer à l'étude de cette question la majeure partie de ce chapitre; heureux si je puis tirer quelques conclusions nettes et précises de l'examen comparatif des 105 observations que j'ai colligées. Il va sans dire que les pages qui suivent s'appliquent presque exclusivement au genou.

Avant d'aborder l'étude de l'opération en elle-même, je dois dire quelques mots des indications de l'arthrotomie. ®

On s'accorde à reconnaître que tous les corps mobiles intra-articulaires qui provoquent de violentes douleurs sont justiciables de l'arthrotomie. J'en dirai autant de ceux qui donnent naissance à des phénomènes d'arthrite chronique, subaiguë, ou même aiguë. On ne se résoudra

toutefois à en pratiquer l'extraction que lorsqu'il sera prouvé que l'on ne peut parer, au moyen d'un appareil simple, aux accidents qui sont la conséquence de leurs déplacements.

Les corps extra-articulaires, qui n'engendrent aucune complication du côté de la jointure, devront être respectés, ce qui est d'autant plus facile que, dans ces cas, les malades ignorent presque toujours leur existence.

Quant à ceux qui sont situés mi-partie dans l'articulation mi-partie en dehors d'elle, c'est également dans l'état de l'articulation qu'il faut chercher l'indication de la thérapeutique qu'ils réclament.

Avant d'opérer, on devra encore songer à des cas d'une rareté excessive, à la vérité, mais bien intéressants; je fais allusion à certains corps étrangers qui disparaissent sous l'influence d'un traitement antisyphilitique.

Déjà M. le professeur Richet, dans le chapitre de son «*Traité des tumeurs blanches*,» qu'il consacre aux arthropathies syphilitiques, signalait deux faits de cette nature; dans l'un, il ne s'agissait très probablement que d'une induration de la synoviale; mais dans l'autre, on trouvait dans le cul-de-sac sous-tricipital, un corps étranger gros comme une amande verte. Il était parfaitement mobile. Le malade était entaché de syphilis; on administra le traitement mixte, et 41 jours plus tard, Cullerier et M. Richet constataient la disparition complète de corps étranger (1).

M. Gailleton (2) a depuis observé un cas analogue.

Enfin M. le professeur A. Poncet (de Lyon) a communiqué à M. Toussaint (3) un cas plus singulier encore.

(1) Richet. *Mém.* cité, p. 251 et 253.

(2) Toussaint. *Th.* de Paris, 1881, p. 43.

(3) Toussaint. *id.* *id.* p. 44.

Un homme de 32 ans avait depuis neuf ans, dans le genou, deux corps mobiles gros comme de petites noix. Avant d'intervenir par la taille articulaire, M. Poncet voulut le débarrasser de quelques manifestations d'aspect syphilitique. Un traitement approprié fut institué. Quelle ne fut pas la surprise de M. Poncet lorsqu'il vit, au bout de quelques jours, que les corps étrangers diminuaient de volume! Après 48 jours de traitement il n'y avait plus trace de ces arthrophytes, que l'articulation contenait depuis neuf ans. Je signale ici ces observations sans commentaires. Il faudra s'en souvenir à l'occasion.

Si l'arthrotomie a été résolue, et les modifications en sont tellement nettes que nous ne pensons pas devoir nous y attarder davantage, il est utile de prendre certaines mesures préliminaires. Lorsqu'il existe de l'hydarthrose, un bon nombre de chirurgiens, parmi lesquels je citerai Iversen, Holmer, Saxtorph, etc., considèrent presque comme une condition capitale pour le succès complet de l'opération, de traiter d'abord l'épanchement articulaire par des moyens appropriés (1). Holmer est même allé jusqu'à pratiquer l'aspiration préliminaire du liquide. N'ayant nulle expérience sur la matière, je ne me permettrai pas de juger ce point de pratique. Il ne peut qu'être avantageux, je dirai même qu'il me semble absolument indiqué, dans tous les cas où il y a coexistence d'une arthrite plus ou moins subaiguë, de prescrire pendant plusieurs jours le repos au lit; d'immobiliser la jointure et de la soumettre à quelqu'un des nombreux moyens que nous possédons pour combattre les inflammations articulaires.

Quant le moment d'opérer paraît venu, diverses questions surgissent.

Et d'abord, comment placera-t-on le membre pendant l'opération?

(1) Iversen. *Mém.* cité, p. 27.

Presque toujours on choisit l'*extension*.

Quelques chirurgiens, en particulier Holmer et Iversen, sont partisans de fixer solidement le membre sur une attelle postérieure.

Il faut ajouter que ces chirurgiens proscrivent le *chlo-roforme*; Iversen fait remarquer, non sans raison, que souvent le malade sait, mieux que personne, retrouver son corps étranger; or, si, d'aventure, l'arthrophyte vient à s'échapper au moment où l'opération commencée, si le malade est endormi, on pourra être fort en peine de ressaisir le fugitif, et il faudra remettre l'opération. M. le Dr M. W. de Schulten (agrégé à l'université d'Helsingfors) préfère, lui aussi, ne pas recourir à l'anesthésie générale. Nous pensons cependant, avec la plupart des chirurgiens, qu'il est utile d'endormir les malades, mais après avoir pris la précaution de fixer solidement le corps étranger, ainsi que nous le dirons tout à l'heure. L'opération, en effet, est souvent très douloureuse, à en juger par ce qu'affirment certaines observations d'opération sans anesthésie (Pozzi) (1). De plus il peut se produire tel incident, qui rende l'opération longue et pénible; par exemple s'il existe un pédicule, s'il y a des adhérences étendues de l'arthrophyte. Pour mener à bien l'opération sans léser la séreuse articulaire, si délicate et si impressionnable, il importe de ne point être gêné par des mouvements intempestifs de l'opéré.

L'*anesthésie locale*, soit avec l'éther, soit avec des mélanges réfrigérants (Burekardt, Saltzman), ne paraît guère convenir. Elle est insuffisante, sans compter que la réfrigération étant fatalement suivie d'une réaction violente, l'écoulement sanguin qu'il importe tant d'éviter, peut, à un moment donné, être une cause de grand embarras.

(1) Pozzi. Bull. Soc. chir., 1881, t. VII, p. 737.

Avant d'endormir le malade, avons-nous dit, il est de toute nécessité que le corps étranger, s'il est mobile et enclin à disparaître, soit reconnu et *fixé* méthodiquement.

Les malades connaissent très bien, à l'ordinaire, quelques petites manœuvres, soit une pression, soit un mouvement particulier, qui réussissent à mettre l'arthrophyte en évidence. On peut favoriser ce déplacement; par la percussion, par exemple, le malade étant couché ou debout, mais toujours la jambe étendue. Le procédé est indiqué par le regretté Maurice Notta (1) (de Lisieux) comme lui ayant parfaitement réussi chez le malade du docteur Lesigne.

Ces corps mobiles ont parfois l'habitude de venir se placer d'eux-mêmes en un point donné de l'articulation, et de n'être qu'en ce point visibles. Pour eux, on n'aura pas le choix du *terrain opératoire*, on devra aller les chercher là où ils s'obstinent à rester. D'autres vont et viennent, et se laissent diriger à peu près indifféremment dans tous les sens. Pour ceux-là, il est accepté que l'on cherchera à les extraire par la partie *supéro-externe du cul-de-sac sous-tricipital*; après les y avoir conduits, on les y maintiendra.

Il n'est pas toujours très facile de s'opposer à la fuite des corps étrangers mobiles. L'esprit des chirurgiens s'est ingénié à trouver des moyens simples et inoffensifs d'obtenir ce résultat. Des aiguilles à acupuncture ont été enfoncées au travers des parties molles jusque dans le corps étranger: le moyen a très souvent réussi, mais il n'est pas rare de le voir échouer, soit parce que l'arthrophyte lui-même est trop dur, soit parce que la portion de capsule qui le recouvre a acquis une épaisseur et une consistance telles, qu'il est nécessaire, pour la perforer, de déployer une grande force; on

(1) Notta. Union méd., 1885, p. 554.

appuie alors sur l'arthrophyte, qui glisse sur le cartilage et disparaît. Cela est arrivé dans la seconde opération de taille articulaire pratiquée par le professeur Verneuil (1). Même mésaventure est rapportée par Barwell (2). Il faut dire, du reste, que le moyen le plus simple est ordinairement aussi le meilleur. Les doigts d'un aide ou même ceux du chirurgien lui-même suffisent en général très bien pour immobiliser « la souris articulaire. » M. Nicaise a réussi à empêcher l'arthrophyte de quitter le cul-de-sac sous-tricipital, en se servant d'un simple tube en caoutchouc passé transversalement au-dessous de lui et maintenu par un aide. M. de Schulten (3) se trouve bien d'un procédé analogue. C'est là, du reste, une petite difficulté dont on triomphe le plus souvent.

Opération. — Le corps étranger étant reconnu et fixé, le malade étant endormi, on procédera à l'opération. Toutes les précautions antiseptiques les plus minutieuses seront prises. Sans aller tout à fait aussi loin que Gerster (4), qui n'admet pas qu'on incise un genou sans avoir au préalable remis à neuf et désinfecté à la solution phéniquée forte toute la salle d'opération et tout le mobilier qu'elle contient, il faut bien savoir qu'en pareil cas il vaut mieux pécher par excès, que par défaut de prudence. Aussi beaucoup de chirurgiens, Lucas-Championnière, Nicaise, Saxtorph, Verneuil etc., emploient-ils toujours le spray, lorsqu'ils font une taille articulaire.

Convient-il d'appliquer la *bande d'Esmarch*? Cette précaution se trouve notée dans quelques observations. M. le professeur A. Poncet (de Lyon) (5), me dit dans la

(1) Verneuil. Bull. Soc. chir., 28 juillet 1880, p. 493.

(2) Barwell. British med. Journ., 12 février 1876, p. 185.

(3) Schulten. Comm. écrite.

(4) Gerster. Med. Rec., New-York, 1882, t. XXI, p. 78.

(5) A. Poncet (de Lyon). Comm. écrite.

note qui accompagne les deux intéressantes observations qu'il a bien voulu m'envoyer, qu'il n'est pas partisan de la bande d'Esmarch dans les arthrotomies. En raison de l'hémorragie souvent abondante qui lui succède, du sang peut s'épancher dans l'articulation. De plus, il faudra un certain temps pour arrêter l'hémorragie, et l'on est ainsi plus exposé à infecter les plaies (Poncet) : ce sont des motifs très analogues qui nous ont fait repousser l'anesthésie locale par réfrigération.

Incision. — Toutes ces précautions prises, l'opération peut commencer. Notre description visera plus particulièrement le genou, par cette raison toute simple que les corps étrangers y sont incomparablement plus communs que partout ailleurs.

Si le corps étranger est libre et s'il obéit aux manœuvres de déplacement, on s'efforcera de l'amener sur le condyle externe du fémur, au-dessus et en dehors de la rotule, en avant du prolongement iléo-tibial du fascia lata. A ce niveau, les parties molles à traverser sont moins épaisses et moins vasculaires qu'au point symétrique du côté interne. Le vaste externe du triceps descend, en effet, moins bas que le vaste interne dont les fibres constituent en outre une couche plus épaisse. Iversen voit, à ce lieu d'élection, un autre avantage ; le condyle externe constitue une plus large surface que le condyle interne ; en même temps, par suite de la disposition réciproque des surfaces articulaires rotulienne et condylienne, le corps étranger a beaucoup moins de facilité que du côté interne à s'aller cacher sous la rotule.

Il n'y a cependant pas de réelle difficulté à pratiquer l'opération du côté interne.

La place de l'incision sera toujours réglée par le siège

(1) Iversen. Mém. cité, p. 16.

dûment constaté de l'arthrophyte; c'est là le véritable, je pourrais aussi bien dire *le seul* point de repère. Faute de se conformer à cette règle qui, à mon avis, doit être absolue, de n'inciser jamais que sur le corps étranger lui-même, on s'exposerait à de réels mécomptes en s'engageant dans une opération très hasardeuse.

C'est donc *sur le corps étranger*, et non ailleurs, que sera porté le bistouri.

D'une façon générale, la direction de l'incision doit être parallèle à l'axe du membre; dans une seule observation, celle de M. Poinsot (1), nous trouvons une incision perpendiculaire à la direction du fémur.

La longueur de cette ouverture égalera au moins le plus grand diamètre du corps étranger. Après avoir sectionné la peau et le tissu cellulaire qui la double, on traverse successivement les divers plans aponévrotiques qui s'appellent grand surtout ligamenteux du genou, expansion du fascia lata, expansion du vaste externe ou du vaste interne, et enfin les ligaments latéraux de la rotule; on distingue assez aisément chacune de ces couches. On arrive alors sur la face externe de la synoviale et on la reconnaît. Cette reconnaissance n'est pas toujours facile, ainsi qu'on en pourra juger bientôt.

En procédant ainsi, couche par couche, il est habituel, pour peu que l'incision ait quelque étendue, de couper en travers soit une ou deux des articulaires, soit quelques-unes de leurs branches. Elles doivent être soigneusement pincées au fur et à mesure et liées aussitôt avec du catgut. Cette précaution a été prise dans un bon nombre de nos observations (Richet, Royes Bell, Rivington, Terrier, Maunoury). On a dit qu'il était malaisé de saisir les artérioles qui cheminent entre ces plans fibreux. Je n'ai trouvé cette difficulté indiquée dans aucune observation. Dans

(1) Poinsot. Obs. XXX.

tous les cas, il n'y a pas à transiger: la séreuse articulaire, comme la séreuse péritonéale ou pleurale, ne doit jamais être incisée que lorsqu'elle est à *sec*.

L'hémostase assurée, il ne reste plus qu'à ouvrir la jointure: ce temps de l'opération est quelquefois moins simple qu'on ne pourrait le supposer. Il n'est pas toujours facile de savoir exactement où l'on est. Quelquefois, en effet, les parties molles qui séparent la cavité articulaire de la peau sont, au niveau du corps étranger notamment, bien plus épaissies qu'on ne l'avait supposé à la simple exploration. La profondeur qu'il faut donner à l'incision étonne souvent et cause quelque hésitation: on craint d'entrer dans la jointure sans le vouloir. Une circonstance très intéressante signalée par M. Verneuil (1), c'est l'épaississement tout particulier que présente la synoviale dans la partie de sa surface qui correspond au corps étranger. Iversen, dans son mémoire de 1873, note également cet aspect: il fait très judicieusement observer qu'il ne faut pas confondre ce *surtout blanchâtre* avec l'arthrophyte. On s'exposerait, dit-il, en s'obstinant à vouloir extraire cette apparence de corps étranger, à déterminer, par des manipulations intempestives, la fuite du « véritable *mus*. »

Dans l'immense majorité des cas cependant, ces difficultés ne se présentent pas et la face externe de la synoviale est aisément reconnue. Il ne reste plus qu'à mettre à nu le corps étranger.

On a conseillé d'accrocher l'arthrophyte avec une pince à griffes qui le maintient solidement pendant qu'on incise la capsule. Cette manœuvre a réussi à M. J. Boeckel dans un cas. Il vaut peut-être mieux, cependant, s'abstenir de toute manipulation nouvelle et se contenter du mode de fixation primitivement adopté sans chercher

(1) Verneuil. Bull. Soc. chir., 1878, p. 720.

mieux. En effet, Morgan (1), dans un cas fort curieux que nous relaterons un peu plus loin, cherchant à embrocher avec un tenaculum le corps étranger, ne réussit qu'à le faire disparaître aussitôt dans les profondeurs de l'articulation.

Il est généralement admis que la capsule doit être incisée dans toute l'étendue qui répond au corps étranger. Le bistouri rencontre parfois une certaine difficulté à pratiquer une section nette et complète sur tout son parcours. Cela tient à l'existence de rugosités ou de mamelons à la surface de l'arthrophyte. Lesring (cité par Iversen, p. 17) éprouva, de ce fait, de très réelles difficultés ; aussi proposait-il d'inciser la capsule non plus directement sur le milieu, mais près du bord du corps étranger, qui est beaucoup plus lisse en ce point que sur tout le reste de sa surface. Iversen est le seul auteur, à ma connaissance, qui ait insisté sur cette difficulté.

Quoi qu'il en soit, dès que la synoviale est ouverte, on voit s'écouler quelques gouttes, ou une quantité plus ou moins abondante de synovie.

Si l'arthrophyte *est libre*, il saute quelquefois hors de l'articulation. Cela s'observe, surtout lorsqu'il est comprimé sur sa périphérie par les doigts de l'aide ou du chirurgien. Il s'énuclée alors comme un noyau de cerise.

Assez souvent, il est nécessaire de le saisir avec une pince, ou bien de le faire basculer avec l'extrémité d'un instrument quelconque. Mais, en général, l'extraction ne souffre aucune difficulté, et ne réclame aucune manœuvre compliquée.

L'opération est alors terminée.

Quelquefois un écoulement sanguin assez notable se fait, immédiatement après l'issue du corps étranger : les lèvres de l'incision, exsangues jusque-là, deviennent le

(1) Morgan. St-Georg. Hosp. Rep., 1877-79, t. IX, p. 763.

siège d'un suintement en nappe. M. G. Maunoury, m'avait dernièrement signalé ce fait ; je l'ai aussi trouvé mentionné par Iversen. La raison de ce phénomène est aisée à découvrir : jusqu'au moment où l'arthrophyte s'échappe, les parties molles qui le recouvrent restent appliquées et tendues sur la saillie qu'il forme, et la circulation des petits vaisseaux est ralentie : dès qu'il a quitté la place, toute compression cesse brusquement, et le sang peut couler en toute liberté. Il est bon de savoir que ce petit incident peut se produire, afin d'y remédier, ou mieux, de le prévenir à l'occasion. La simple compression avec une éponge suffit toujours, d'après Iversen, à arrêter le sang.

Extractions difficiles. — Si, bien souvent, les choses se passent simplement, comme nous venons de le dire, il faut savoir que des difficultés très réelles surgissent dans bon nombre de cas. Elles tiennent, soit au *volume exagéré* de l'arthrophyte, soit à son *enclavement* entre les os ; très fréquemment aussi à des *adhérences* plus ou moins intimes avec la *capsule* et même avec les *os*.

Le *volume* est quelquefois tel qu'on a de la peine à extraire le corps étranger par une incision à laquelle on ne doit guère donner plus de 3 à 4 centimètres. Plutôt que de prolonger l'incision, et plutôt que de contondre et meurtrir les lèvres de la plaie synoviale en se livrant à des manœuvres d'extraction trop prolongées, il vaudrait mieux, je pense, sectionner, comme Schède (1), le corps étranger. On y arrivera sans peine sur un fibro-cartilage. S'il s'agissait d'un cartilage doublé d'une mince couche osseuse, on pourrait également réussir.

Les difficultés proviennent quelquefois de ce que le corps étranger est comme enclavé entre deux extrémités

(1) Gutsch. Arch. de Langenbeck, t. XXV, 1880, p. 345.

osseuses. Dans un cas, M. Saxtorph, opérant sur le coude, dut exercer de fortes tractions avec une pince pour amener à lui un corps étranger enclavé entre la cupule du radius et l'olécrane.

Quelquefois, c'est d'une sorte de cavité incomplète, creusée dans l'extrémité articulaire, qu'il faut déloger l'arthrophyte. Il est exceptionnel, du reste, qu'il y ait là une véritable source d'embarras pour le chirurgien.

Adhérences. — Au lieu d'être libre, l'arthrophyte peut être uni à la capsule par un mince pédicule, ou lui adhérer par une étendue plus ou moins considérable de sa surface. On a parfois soupçonné à l'avance cette disposition, mais le plus ordinairement, elle n'est reconnue qu'au moment où l'on cherche à faire l'extraction. S'agit-il d'un simple pédicule, il sera prudent d'y jeter, avant de le sectionner, un mince fil de catgut : pour avoir négligé cette précaution, M. Pozzi (1) a vu la jointure se remplir de sang et de graves accidents suivirent. Cette ligature du pédicule a été pratiquée avec succès par M. Jules Bœckel (2) et par M. Charles Monod (3). Comme, dans tous les cas, elle ne saurait avoir d'inconvénients, il sera bon, je crois, de ne jamais négliger d'y recourir en présence d'un corps étranger franchement pédiculé.

Lorsque l'adhérence, ou mieux la fusion est établie entre une partie de la surface de l'arthrophyte et la capsule, le mieux paraît être de faire l'excision de ce point de capsule. M. A. Poncet (4) a pu, sans complication aucune, enlever ainsi une surface de 15 mm. de large.

Bien plus rares sont les *adhérences osseuses* des arthro-

(1) Pozzi. Bull. Soc. chir., 1884, p. 737.

(2) J. Bœckel. Fragm. de chir. antis., 1882, p. 329.

(3) Fibich. Th. de Paris, 1883, p. 428.

(4) A. Poncet. Obs. XXXIV.

phytes. Quelques-uns, cependant, qui sont de véritables ostéophytes proéminents dans la cavité articulaire, tiennent assez solidement ; je n'ai pu en trouver qu'une seule observation : c'est celle que rapporte Uhtoff ; il s'agissait d'un corps étranger, dont nous ignorons absolument l'origine aussi bien que la constitution anatomique, et qui tenait très fortement au tibia.

Dans un cas bien curieux, peut-être unique dans la science, un corps étranger ostéo-cartilagineux était constitué par une portion détachée du condyle interne du fémur, restée adhérente dans une situation vicieuse. Après arthrotomie, M. Terrier enleva d'un coup de gouge le corps du délit.

Quelle que soit la variété d'adhérence et son siège, il ne faut pas oublier qu'il importe de ne jamais user que des manœuvres les plus simples et exposant le moins à léser la synoviale.

Nous avons passé en revue les temps successifs de l'opération depuis l'incision des parties molles jusqu'à l'extraction du corps étranger. Il arrive quelquefois qu'une amère déception est réservée au chirurgien, soit qu'il ait omis de fixer solidement le corps étranger, soit que cette fixation ait été imparfaite. Au moment où il pénètre dans l'articulation, le corps étranger disparaît. Quelle conduite tenir en pareil cas ? Devra-t-on se livrer à des manœuvres exploratrices prolongées, ou bien se résignera-t-on à laisser l'opération inachevée ?

Rice Morgan (1), rapportant sa propre observation, dit que Griffiths (l'opérateur) finit par trouver le corps étranger après l'avoir longtemps cherché. Lister (2), dans un cas analogue, jugea plus sage de refermer purement et simplement la plaie. De même Morgan, en pa-

(1) Rice Morgan. The Lancet, 29 sept. 1883, t. II, p. 567.

(2) Watson Cheyne. Loc. cit., p. 432-433.

reille occurrence, ne jugea pas à propos d'introduire les doigts et les instruments dans les profondeurs de la jointure; il renonça à l'extraction et pratiqua le drainage, espérant que l'arthrophyte, revenant de lui-même dans sa position première, se grefferait peut-être aux lèvres de l'incision. Son espérance ne fut pas déçue. Lorsque la plaie fut guérie il trouva le corps étranger solidement fixé à la face profonde de la cicatrice (1). Cette manière d'agir me paraît beaucoup plus sage que celle qui consisterait à prolonger ou à multiplier les incisions, à la poursuite du corps étranger. La possibilité de voir l'arthrophyte mobile venir ainsi adhérer secondairement, est une raison qui s'ajoute à toutes celles que nous avons exposées plus haut, de n'inciser jamais que sur le corps étranger lui-même et dans un endroit où il a coutume d'habiter.

Je suis persuadé, toutefois, qu'avant de s'avouer vaincu, on sera autorisé, sans péril aucun, à explorer, du doigt, minutieusement désinfecté à cet effet, les points de la jointure qui avoisinent l'incision.

D'autre part, à l'aide d'une palpation méthodique on cherchera à découvrir la nouvelle situation de l'arthrophyte. S'il est peu éloigné de l'ouverture on pourra, très prudemment, l'aller prendre avec une pince; si, au contraire, il est à une grande distance et qu'il soit impossible de le ramener, je crois qu'il ne faut pas hésiter à faire, à son niveau, une incision nouvelle plutôt que de le chercher à l'aveugle, au travers de la jointure.

Nous avons admis jusqu'ici que le corps étranger était unique et qu'il était abordable par la face antérieure du genou.

Le procédé opératoire qui vient d'être exposé, devra nécessairement être modifié si les corps étrangers sont

(1) Morgan. St-Georges Hosp. Rep., t. IX, p. 763.

multiples ou s'ils s'obstinent à rester fixés dans une autre région de la jointure.

Lorsqu'il y a deux ou plusieurs corps étrangers (nous faisons allusion ici aux corps étrangers d'un certain volume et non au cas d'arthrite sèche) lorsqu'il y a deux corps étrangers, par exemple, et qu'il est impossible de les réunir dans un même lieu, il ne faut pas hésiter à pratiquer une incision sur chacun d'eux. C'est ainsi que se conduisirent M. Verneuil (1) en 1878, pratiquant une incision de chaque côté de la rotule; et M. Saxtorph (2) qui fit au côté externe du genou deux ouvertures placées l'une au-dessus de l'autre.

Les procédés opératoires que nous venons de résumer ne diffèrent pas essentiellement. Les opinions sont, au contraire, bien loin d'être unanimes lorsqu'il s'agit des temps opératoires qui suivent l'extraction. Les uns, après avoir soigneusement assuré l'hémostase et lavé la plaie, ne font ni réunion ni suture et se contentent d'appliquer un pansement antiseptique rigoureux. Il est noté dans diverses observations de Lister, qu'il a agi de la sorte.

Nous avons pu voir nous-même, en 1878, M. le professeur Verneuil, dont nous étions alors l'interne, obtenir par ce moyen un brillant résultat. Ajoutons que notre maître avait appliqué, par-dessus une mince couche de gaze antiseptique, un pansement ouaté confectionné strictement suivant les règles formulées par M. Alph. Guérin.

Le dix-huitième jour, la guérison était complète.

D'autres, et il semble que ce soit le plus grand nombre, pratiquent la réunion suivie ou non du drainage de la plaie.

Réunion complète. — La suture véritable est seule

(1) Verneuil. Bull. Soc. chir., 1878, p. 719.

(2) Saxtorph. Obs. inédite.

de mise aujourd'hui. L'application des bandelettes collées est malencontreuse, à mon avis, dans ce cas particulier. Elle a donné à M. Pozzi un fort mauvais résultat, et elle n'est plus employée par personne. On réunit la plaie dans toute son étendue, soit au moyen de fils métalliques, soit avec des fils de catgut, de soie phéniquée (1) ou simplement avec du erin de Florence.

Divers procédés ont été souvent ici mis en œuvre.

La majorité des chirurgiens se contente d'un seul plan de suture (2) comprenant ou non (3) la synoviale.

Quelques-uns, comme M. Heurtaux (de Nantes), appliquent deux ou trois points de suture superficielle et deux ou trois de suture profonde. D'autres, et ils sont peu nombreux d'après notre relevé d'observations, établissent deux plans de suture superposés : le premier, constitué par des fils de catgut, rapproche aussi exactement que possible les deux lèvres de l'incision pratiquée à la synoviale et aux parties qui la recouvrent immédiatement, (plans aponévrotiques profonds, fibres musculaires) (4), le second plan ne rapproche que la peau et le tissu cellulaire sous-cutané. On emploie indifféremment pour ce dernier les fils métalliques ou les fils organiques résorbables.

Cette suture complète, sans drainage, est notée dans 34 seulement de nos 105 observations. Nous étudierons bientôt les résultats qu'elle a fournis.

Réunion partielle et suture suivie de drainage. — Les chirurgiens qui craignent, et à bon droit d'après nous, de fermer complètement la cavité articulaire, mais qui

(1) Iversen. Mém. cité, p. 17.

(2) Eug. Bœckel. Gaz. des Hôp., 1876, p. 155.

(3) Poinsof (de Bordeaux). Obs. XXXII.

(4) Socin. In Burekhardt. Corresp. bl. f. Schw. Aertz, 1880, p. 198.

sont néanmoins partisans de la suture, font, soit une réunion partielle, soit une réunion suivie d'un drainage soigné.

Le mode de suture n'est précisé exactement que dans de très rares observations. M. Monod s'est bien trouvé de passer ses fils à travers les parties superficielles seulement. D'autres, comme MM. Championnière et Nicaise, traversent toute l'épaisseur des lèvres de l'incision, y compris la synoviale. M. J. Bœckel (1) a employé le procédé de suture à deux plans en drainant un des angles de la plaie. M. Maunoury (2), de Chartres, dans l'opération dont il nous a communiqué la si intéressante relation, eut recours à un procédé tout à fait particulier. Remarquant que les lèvres de la plaie synoviale située à une grande profondeur se touchaient tout naturellement, et craignant de provoquer un écoulement de sang dans l'articulation en passant les fils au travers de la synoviale, M. Maunoury renonça aux sutures profondes. Il fit trois sutures superficielles dont deux comprenaient la peau et le tissu grasseux et dont la troisième n'intéressait que la peau. Au-dessous des fils, il avait placé au préalable, un tube longitudinalement dirigé, ne pénétrant pas dans l'article mais reposant simplement sur l'aponévrose incisée.

La suture partielle simple laissant béante une certaine étendue de la plaie ne nous arrêtera pas plus longtemps. Aussi bien est-elle rarement pratiquée sans drainage.

Drainage. — Deux procédés principaux ont été employés. Je laisse de côté le *drainage couché non-articulaire* de M. Maunoury ; je ne sais pas qu'aucun autre chirurgien y ait eu jusqu'ici recours. Les tubes à drainage ont été introduits soit jusque dans la jointure, soit

(1) J. Bœckel. Frag. de chir. antis., 1882, p. 329.

(2) Obs. XXX

de manière à affleurer seulement l'ouverture de la synoviale. Le premier procédé, *drainage intra-articulaire*, est le plus généralement noté dans les observations : on introduit un drain debout en ayant soin qu'il ne pénètre que de 2 à 2 cent. 1/2, au maximum. Telle est la manière de faire de MM. Championnière, Monod, Nicaise, etc. M. le professeur A. Poncet (1) fait plonger le drain dans la jointure de quelques millimètres seulement.

M. Quénu (2), dans l'observation qu'il m'a communiquée, a pris soin de n'établir qu'un drainage absolument *extra-articulaire*.

M. Nicaise (3) enfin, a combiné, dans un cas, les deux procédés : après avoir placé un drain intra-articulaire, il établit à l'autre extrémité de la plaie suturée au catgut un second tube ne pénétrant pas dans l'articulation.

Très généralement les agents du drainage ont été des tubes ordinaires. Une seule fois, d'après mon relevé, on a eu recours à des crins de cheval (4). Une autre fois (M. Saxtorph) (5) quelques fils de catgut furent mis, en guise de drain, dans l'une des extrémités de la plaie.

Quel que soit le parti adopté relativement à la suture et au drainage, lorsque l'opération est terminée, un pansement antiseptique rigoureux doit être appliqué. Il n'a pas été nécessaire, au moins dans les cas ordinaires, d'instituer le lavage de l'articulation avec quelque liquide désinfectant. C'est seulement lorsque des manœuvres prolongées d'extraction ou d'exploration ont dû être faites que l'on s'est décidé à employer ce moyen.

La grande majorité des chirurgiens est d'avis qu'il

(1) Poncet. Obs. XXXIV.

(2) Quénu. Obs. XXXVI.

(3) Nicaise. Bull. Soc. chir., 1883.

(4) Royes Bell. The Lancet, 1883, t. II, p. 457.

(5) Fibich. Th. de Paris, 1883, p. 107.

convient d'assurer ensuite une immobilisation aussi rigoureuse que possible (Verneuil, Richet, etc.).

M. Saxtorph, dont l'expérience en pareille matière ne saurait être mise en doute, puisqu'il est peut-être le chirurgien qui a le plus fait d'arthrotomies pour corps étrangers (1), immobilise toujours ses opérés. Dans un certain nombre d'autres observations (Richelot, Terrier, Segond) la même règle de conduite a été strictement suivie. Enfin, mon ami le prof. Poncet (2), de Lyon, m'écrivit qu'il est partisan d'une immobilisation absolue, non seulement de l'articulation opérée, mais même des articulations sous et sus-jacentes.

Parmi les diverses méthodes antiseptiques, celle de M. Alph. Guérin trouve ici une de ses plus heureuses applications.

Le pansement ouaté, *classique*, assure, en effet, en même temps que l'asepsie absolue de la plaie une immobilisation complète de la jointure. Outre les observations de MM. Guérin, Tillaux, Verneuil, j'ai pu réunir trois autres faits semblables. Enfin, je tiens de M. Lannelongue que, dans trois opérations restées inédites, le pansement ouaté lui a fourni les meilleurs résultats.

Sur un total de 10 arthrotomies traitées par cette méthode, l'issue a été constamment favorable.

Telle que nous venons de l'étudier, l'arthrotomie s'applique plus spécialement à l'articulation fémoro-tibiale. Dans ce cas particulier, les différents temps de l'opération ont à peu près toujours été exécutés d'une manière identique ou très-analogue.

(1) En ajoutant aux 13 observations déjà publiées en France, (Bernard, th. 1877. — Fibich, th. 1883.) 5 observations inédites qui m'ont été communiquées, au nom de M. le professeur Saxtorph par M. le D^r Bouillet, de Béziers ; la série des opérations du chirurgien danois atteint le chiffre de *dix-huit*.

(2) Poncet. Comm. écrite.

Dans quelques circonstances tout-à-fait exceptionnelles on a eu recours à d'autres procédés. C'est ainsi que M. Championnière (1), dans un cas de corps étranger du genou qu'il ne pouvait arriver à sentir que par le creux poplité, n'hésita pas à inciser profondément en dedans de la saillie du biceps pour aller chercher l'arthrophyte située dans l'espace intercondylien, en arrière des ligaments croisés.

M. le professeur J.-L. Reverdin (2) de Genève, dans un cas semblable, procéda tout différemment. Il s'agissait d'un corps étranger traduisant sa présence par des symptômes rationnels qui ne laissaient aucun doute sur le diagnostic. Mais, malgré les explorations les plus minutieuses, il fut toujours impossible de découvrir sa situation. Au dire de la malade, un médecin aurait senti, un an auparavant, l'arthrophyte dans la partie externe du genou. Comme les accidents étaient pressants M. Reverdin se décida à procéder à l'opération. Voici en propres termes et d'après l'auteur, les détails de son procédé: « Je fais une incision d'un condyle à l'autre, passant un peu au-dessus de l'insertion du tendon rotulien au tibia, comme pour la résection du genou, et relève le lambeau; l'articulation largement ouverte est facile à explorer, mais nous ne rencontrons pas le corps du délit; les ligaments croisés nous empêchent d'aller à la recherche de l'arthrophyte derrière eux, c'est probablement dans cette partie de l'articulation qu'il est logé; à l'instigation de mon assistant, je lui fais suivre le contour du condyle externe, et, arrivé à sa partie postérieure, j'ouvre la capsule sur une longueur de 2 centimètres à peine; j'aperçois un corps blanc, je le saisis avec une pince et

(1) Championnière. Journ. de méd. et de chir. pratique, août 1877, p. 256.

(2) J. L. Reverdin. Rev. méd. de la Suisse Rom., 1885 et Rec de faits, Genève, 1886, p. 42.

l'extrait; c'est un arthrophyte libre d'un peu plus de 2 centimètres de longueur sur 1 centimètre de largeur. Lavage phéniqué à 5 0/0. Je procède à la suture et je commence par réunir le tendon rotulien par trois points de suture entrecoupés, perdus, faits avec du catgut fort; je réunis de même par deux ou trois points de catgut les deux ligaments latéraux; un drain est placé dans chacun des angles de la plaie suturée au catgut. Pansement de Lister compressif; le membre est placé dans une gouttière. »

Les suites immédiates de cette opération furent simples, mais des accidents consécutifs divers se produisirent: raideur articulaire, tendance au valgus. Néanmoins, disait M. Reverdin en 1885, c'est-à-dire deux ans après l'opération, la malade pouvait travailler et gagner sa vie, et, malgré la faiblesse relative de son membre, se déclarait satisfaite. « A l'heure actuelle, m'écrivit-il, elle continue à être bien et à se servir utilement de sa jambe; il persiste cependant une notable atrophie du triceps; le valgus n'a pas reparu. Dans un cas pareil, c'est-à-dire en face d'un diagnostic certain de corps libre caché, je crois qu'il serait indiqué d'ouvrir la jointure le long du bord du condyle externe et de chercher le corps derrière les ligaments croisés sans ouvrir le genou en avant. » (J.-L. Reverdin) (1). Nous partageons absolument cette manière de voir du professeur Reverdin et, rapprochant ce fait de celui déjà cité de M. Championnière, nous pensons que l'hésitation n'est pas permise.

Les règles générales de traitement que nous venons d'étudier en détail à propos du genou ne s'appliquent pas moins aux arthrophytes développés dans d'autres jointures (poignet, coude, et même petites articulations) (2).

(1) J. L. Reverdin. Comm. écrite, 4 avril 1886.

(2) Eug. Bœckel. Corps étrangers de l'art. métacarpo-phal. du médius. Gaz. hôp., 1876, n° 20, p. 155.

Nous ne parlons ni de la hanche ni de l'épaule, car, à notre connaissance, jamais encore l'arthrotomie pour arthrophyte n'a été pratiquée sur ces jointures. En ce qui concerne l'épaule, nous trouvons bien une prétendue arthrotomie pour corps étrangers; c'est un cas opéré par Köhler (1), mais il s'agit simplement d'une résection de l'extrémité supérieure de l'humérus pour une arthrite déformante s'accompagnant d'un grand nombre de productions arthrophytiques.

Pour ces diverses articulations, comme pour le genou, le lieu d'élection de l'incision, sa direction, etc., seront déterminés par une connaissance exacte des rapports anatomiques propres à chaque jointure. Nous renvoyons pour cette étude au chapitre où nous exposons les règles opératoires spéciales à chaque articulation.

Quand plusieurs articulations sont en même temps le siège d'arthrophytes, on est parfaitement autorisé à pratiquer des arthrotomies successives. Les faits de Lister et de Saxtorph en font foi. Lister ouvrit le second genou deux jours seulement après le premier.

Il nous semble préférable d'imiter plutôt Saxtorph, qui mit un espace de quinze jours entre les opérations, chez le malade auquel il pratiqua 3 arthrotomies successives.

III

Le moment est maintenant venu de chercher à établir la valeur de la taille articulaire entreprise pour corps étrangers. Nous avons à nous demander, en nous basant sur une analyse rigoureuse des faits, quels sont les meil-

(1) Köhler. Berl. Klin. Wochensch, 1884, p. 363.

leurs procédés opératoires à employer et quelles sont aussi les conditions les plus favorables au succès de l'intervention chirurgicale. Nous essayerons aussi de combler le desideratum formulé par M. le professeur Trélat (1) à la Société de chirurgie en 1878.

Je ne ferai entrer en ligne, dans la discussion de ces points si intéressants, que les observations des 105 opérés dont j'ai résumé l'histoire dans le tableau annexé à ce travail. C'est que, en effet, dans toutes ces observations il est spécifié que l'arthrotomie a été antiseptique. Tous ces cas me paraissent donc très légitimement comparables, il n'en serait pas de même si je comptais les opérations d'arthrotomie, telles que M. Gaujot en rapporte un certain nombre, faites sans nul souci des règles les plus élémentaires de l'antisepsie.

Je rappelle que sur 105 opérés il ne s'est trouvé qu'un seul cas de mort, soit une proportion de 99,05 0/0 de guérisons à opposer à 0,95 0/0 de mortalité, et encore, si je ne craignais d'être accusé de complaisance envers ma statistique, je ferais observer que le seul cas de mort rapporté par Riedel (Deutsch. Zeitsch. f. Chir. 1878 p. 49), a trait à une malade qui succomba, cinq mois 1/2 après l'arthrotomie, aux suites d'un érysipèle, et chez laquelle on trouva à l'autopsie de profondes lésions rénales et une tuberculose généralisée.

Dans les 104 cas qui nous restent, trois fois les renseignements donnés sur le résultat définitif de l'opération sont insuffisants. Nous les laisserons, jusqu'à un certain point, de côté, et nous limiterons notre étude à 101 cas d'arthrotomies terminées d'une façon nettement spécifiée.

Ces 101 opérations nous donnent en bloc 89 guérisons sans aucune complication opératoire et 12 guéri-

(1) Trélat. Bull. Soc. chir., 1878, t. IV, p. 724.

Nous ne parlons ni de la hanche ni de l'épaule, car, à notre connaissance, jamais encore l'arthrotomie pour arthrophyte n'a été pratiquée sur ces jointures. En ce qui concerne l'épaule, nous trouvons bien une prétendue arthrotomie pour corps étrangers; c'est un cas opéré par Köhler (1), mais il s'agit simplement d'une résection de l'extrémité supérieure de l'humérus pour une arthrite déformante s'accompagnant d'un grand nombre de productions arthrophytiques.

Pour ces diverses articulations, comme pour le genou, le lieu d'élection de l'incision, sa direction, etc., seront déterminés par une connaissance exacte des rapports anatomiques propres à chaque jointure. Nous renvoyons pour cette étude au chapitre où nous exposons les règles opératoires spéciales à chaque articulation.

Quand plusieurs articulations sont en même temps le siège d'arthrophytes, on est parfaitement autorisé à pratiquer des arthrotomies successives. Les faits de Lister et de Saxtorph en font foi. Lister ouvrit le second genou deux jours seulement après le premier.

Il nous semble préférable d'imiter plutôt Saxtorph, qui mit un espace de quinze jours entre les opérations, chez le malade auquel il pratiqua 3 arthrotomies successives.

III

Le moment est maintenant venu de chercher à établir la valeur de la taille articulaire entreprise pour corps étrangers. Nous avons à nous demander, en nous basant sur une analyse rigoureuse des faits, quels sont les meil-

(1) Köhler. Berl. Klin. Wochensch, 1884, p. 363.

leurs procédés opératoires à employer et quelles sont aussi les conditions les plus favorables au succès de l'intervention chirurgicale. Nous essayerons aussi de combler le desideratum formulé par M. le professeur Trélat (1) à la Société de chirurgie en 1878.

Je ne ferai entrer en ligne, dans la discussion de ces points si intéressants, que les observations des 105 opérés dont j'ai résumé l'histoire dans le tableau annexé à ce travail. C'est que, en effet, dans toutes ces observations il est spécifié que l'arthrotomie a été antiseptique. Tous ces cas me paraissent donc très légitimement comparables, il n'en serait pas de même si je comptais les opérations d'arthrotomie, telles que M. Gaujot en rapporte un certain nombre, faites sans nul souci des règles les plus élémentaires de l'antisepsie.

Je rappelle que sur 105 opérés il ne s'est trouvé qu'un seul cas de mort, soit une proportion de 99,05 0/0 de guérisons à opposer à 0,95 0/0 de mortalité, et encore, si je ne craignais d'être accusé de complaisance envers ma statistique, je ferais observer que le seul cas de mort rapporté par Riedel (Deutsch. Zeitsch. f. Chir. 1878 p. 49), a trait à une malade qui succomba, cinq mois 1/2 après l'arthrotomie, aux suites d'un érysipèle, et chez laquelle on trouva à l'autopsie de profondes lésions rénales et une tuberculose généralisée.

Dans les 104 cas qui nous restent, trois fois les renseignements donnés sur le résultat définitif de l'opération sont insuffisants. Nous les laisserons, jusqu'à un certain point, de côté, et nous limiterons notre étude à 101 cas d'arthrotomies terminées d'une façon nettement spécifiée.

Ces 101 opérations nous donnent en bloc 89 guérisons sans aucune complication opératoire et 12 guéri-

(1) Trélat. Bull. Soc. chir., 1878, t. IV, p. 724.

sons après accidents tels que *phénomènes de rétention* ou de *suppuration articulaire* ou *superficielle*. (Je tiens à faire remarquer dès maintenant que, parmi ces 12 complications, 10 doivent être rapportées à des arthrotomies suivies d'une suture complète sans aucun drainage.)

Envisagées au point de vue du résultat fonctionnel définitif ces 101 opérations se répartissent de la façon suivante :

55 résultats qualifiés parfaits ou bons

9 » » raideurs.

3 » » ankyloses.

34 cas enfin, qualifiés simplement « guérison » ne renfermant pas de détails au point de vue qui nous occupe. Mais dans aucun il n'y a eu de complications opératoires.

Une double question très discutée, ainsi que nous l'avons fait prévoir, a trait à la *suture complète sans drainage* d'une part, et à la *suture suivie d'un drainage méthodique* d'autre part. Nous devons être nécessairement conduit à rechercher dans les observations les éléments nécessaires pour pouvoir prendre parti dans un sens ou dans l'autre. Malheureusement nous ne trouvons des renseignements sur ce point particulier que dans un peu plus de la moitié de nos observations (54 sur 105). Il est permis de supposer cependant que dans le reste des observations où rien n'est spécifié, les chirurgiens eurent recours bien plutôt à l'ouverture simple sans drainage, voire même au drainage, qu'à une suture complète. C'est en effet ce premier procédé qu'employaient presque exclusivement, les premiers arthrotomistes (antiseptiques). La suture complète a été considérée depuis, comme un perfectionnement. Nous pouvons donc admettre, avec certaines réserves cependant, que presque tous les chirurgiens qui ont adopté cette nouvelle

manière d'agir, n'ont pas dû négliger d'en faire mention dans leurs compte rendus opératoires.

Si nous comparons, *au point de vue des complications post-opératoires*, ces 54 observations dans lesquelles 34 fois la suture sans drain a été complètement faite et 20 fois la suture suivie de drainage, nous obtenons les renseignements suivants :

Les 34 opérations suivies de *réunion complète sans drainage*, ont fourni :

24 guérisons sans aucune complication opératoire, soit une proportion de 70,5 0/0;

10 accompagnées d'accidents de suppuration ou de rétention, soit 25 0/0.

Mettons en regard les résultats des 20 opérations dans lesquelles on a pratiqué la suture et méthodiquement drainé :

Dix-huit fois on ne voit aucune espèce de complication, soit 90 0/0; deux fois seulement il se produisit quelques accidents légers, soit 10 0/0.

Je ferai remarquer que, tandis que les complications signalées à propos des sutures sans drainage ont été des arthrites suppurées ou des accidents sérieux de rétention, dans les deux faits de la dernière catégorie que nous venons d'étudier (une observation de Richelot, une de J. Bœckel) tout se borna à quelques phénomènes de rétention de liquide synovial. Il ne me paraît donc pas douteux que, sous le rapport des complications post-opératoires, on ne puisse dire, sans crainte d'être contredit, que le drainage est une condition essentielle de sécurité.

Les résultats comparatifs des deux méthodes ne sont pas moins différents si on les envisage au point de vue *des résultats fonctionnels*.

Parmi les 34 opérations suivies de suture sans drainage, nous trouvons :

15 résultats excellents soit 45,4 0/0.

9 résultats imparfaits soit 24,20/0.

10 fois le résultat définitif n'est pas spécifié.

Par contre les 20 cas de suture suivis de drainage ont fourni :

13 résultats fonctionnels excellents, soit 65 0/0.

Un seul résultat incomplet soit 5 0/0.

6 fois le résultat n'est pas spécifié.

Il ne me paraît pas douteux, en conséquence, que l'opinion de M. Championnière ne soit la plus légitime et que le drainage, après l'arthrotomie, ne doive être considéré comme formellement indiqué. Nous ne pensons pas qu'il faille admettre d'exception à cette règle, pour peu que l'extraction des corps étrangers ait été difficile, pour peu aussi que des manœuvres d'exploration aient été pratiquées et pour peu qu'une certaine quantité de sang se soit épanchée dans la cavité synoviale.

Dans une seule circonstance nous pensons que, peut-être, la suture sans drain serait autorisée. C'est lorsque, dans une opération d'une simplicité parfaite, l'arthrophyte est presque sorti de lui-même de la cavité synoviale.

Je me suis demandé quelle influence la nature des corps étrangers et l'état de l'articulation qui les renferme pouvaient bien avoir sur le pronostic de l'arthrotomie.

Mais ici, je me suis heurté à des difficultés véritables. Il est, en effet, bien difficile de démêler dans beaucoup d'observations de corps étrangers réputés d'origine traumatique, s'il n'existait pas, par hasard, avant l'accident, quelques lésions d'arthrite plus ou moins chronique comme celle qui préside au développement des corps étrangers dits « spontanés » ou mieux « pathologiques. »

Il m'a semblé cependant, après examen, que je pouvais considérer comme d'origine nettement traumatique 24 cas de corps étrangers articulaires. Ces 24 cas ont

fourni 18 guérisons parfaites, 3 résultats incomplets; dans 3 cas enfin le résultat définitif n'est pas suffisamment indiqué.

En regard de ces 24 faits de corps étrangers traumatiques, je puis placer 32 observations dans lesquelles l'origine spontanée des arthrophytes n'est pas contestable. Les arthrotomies ont donné ici :

16 résultats parfaits ou à peu près parfaits;

6 résultats imparfaits;

1 mort et

5 cas dans lesquels le résultat définitif n'est pas indiqué. On voit donc que la proportion des résultats favorables est notablement supérieure dans les faits de la première catégorie à ce qu'elle est dans ceux de la seconde.

Dans un ordre d'idées absolument analogue, je devais rechercher aussi quelle pouvait bien être l'influence de l'hydarthrose sur le pronostic de l'opération. Longtemps on a cru, en effet, qu'une hydarthrose coexistant avec un arthrophyte, était une condition favorable au succès de l'opération. Nous n'avons trouvé que 28 observations dans lesquelles l'hydarthrose soit notée; or, dans les suites des arthrotomies entreprises dans ces conditions, nous ne rencontrons pas moins de *quatre résultats imparfaits dont deux après suppuration de la jointure*. C'est aussi dans cette série que nous rencontrons le seul cas de mort, qui assombrisse notre statistique.

D'autre part, les observations dans lesquelles il est noté que l'hydarthrose était absente, et qui sont au nombre de onze seulement, ont fourni dix résultats excellents. Le seul cas où la guérison n'ait pas été complète, appartient à M. Poncet (de Cluny); il n'avait pas été fait de drainage, et le mode de réunion employé semble n'avoir pas été conçu suivant les principes de la plus saine antisepsie.

Je puis ajouter que, dans des arthrotomies entreprises

pour extraire des corps étrangers accidentels (bouts d'aiguilles, balle de revolver, etc.), il ne se produisit aucune complication opératoire et que le résultat fut des plus satisfaisants.

Les chiffres que je mets en présence sont, je le sais, bien insuffisants; ils me semblent cependant de nature à permettre de dire, en terminant ce chapitre, que plus l'état de l'articulation à ouvrir se rapprochera de l'état normal, plus l'opération d'arthrotomie antiseptique aura chance de réussir d'une façon complète.

Pour conclure, il me paraît établi que l'arthrotomie antiseptique entreprise pour corps étrangers est bien près de la perfection, si l'on ne se départit pas de deux précautions, capitales à mon avis: le drainage et l'immobilisation consécutive suffisamment prolongée: cet acte opératoire réunit, en effet, ces trois qualités essentielles de toute opération vraiment recommandable, la facilité, l'efficacité, la bénignité.

— 123 —
CHAPITRE CINQUIÈME

DE L'ARTHROTOMIE DANS LES ARTHRITES
FONGUEUSES.

I

M. le professeur Richet (1) dans son beau travail sur les tumeurs blanches, écrivait « Je repousse formellement, pour en avoir vu trop souvent les mauvais effets, l'ouverture de l'articulation pratiquée largement dans le but d'empêcher le croupissement du pus. » Notre maître exprimait là, en même temps que son opinion propre, la manière de voir de tous ses contemporains. Ce précepte demeura comme un dogme indiscutable, jusqu'au jour où les faits se chargèrent de prouver que, grâce aux précautions antiseptiques, on pouvait presque impunément s'attaquer non seulement aux vastes abcès migrateurs d'origine osseuse, mais aussi aux collections purulentes symptomatiques des lésions articulaires. En même temps, l'identité de nature de ces deux ordres de lésions était démontrée. De nombreux travaux d'anatomie et de physiologie pathologique établirent peu à peu et d'une manière irrévocable cette notion si féconde en conséquences thérapeutiques. Il ne nous est pas permis d'entrer ici dans le détail de ces recherches et de ces publications; nous devons citer cependant les noms de Cornil, Grancher, Koster, Roux, Brissaud, Volkmann, et surtout M. le professeur Lannelongue, car, ainsi que

(1) A. Richet. Mémoire sur les tumeurs blanches, couronné par l'Acad. de méd. en 1851. In Mém. de l'Acad., 1853, t. XVII, p. 207.

pour extraire des corps étrangers accidentels (bouts d'aiguilles, balle de revolver, etc.), il ne se produisit aucune complication opératoire et que le résultat fut des plus satisfaisants.

Les chiffres que je mets en présence sont, je le sais, bien insuffisants; ils me semblent cependant de nature à permettre de dire, en terminant ce chapitre, que plus l'état de l'articulation à ouvrir se rapprochera de l'état normal, plus l'opération d'arthrotomie antiseptique aura chance de réussir d'une façon complète.

Pour conclure, il me paraît établi que l'arthrotomie antiseptique entreprise pour corps étrangers est bien près de la perfection, si l'on ne se départit pas de deux précautions, capitales à mon avis: le drainage et l'immobilisation consécutive suffisamment prolongée: cet acte opératoire réunit, en effet, ces trois qualités essentielles de toute opération vraiment recommandable, la facilité, l'efficacité, la bénignité.

CHAPITRE CINQUIÈME

DE L'ARTHROTOMIE DANS LES ARTHRITES
FONGUEUSES.

I

M. le professeur Richet (1) dans son beau travail sur les tumeurs blanches, écrivait « Je repousse formellement, pour en avoir vu trop souvent les mauvais effets, l'ouverture de l'articulation pratiquée largement dans le but d'empêcher le croupissement du pus. » Notre maître exprimait là, en même temps que son opinion propre, la manière de voir de tous ses contemporains. Ce précepte demeura comme un dogme indiscutable, jusqu'au jour où les faits se chargèrent de prouver que, grâce aux précautions antiseptiques, on pouvait presque impunément s'attaquer non seulement aux vastes abcès migrateurs d'origine osseuse, mais aussi aux collections purulentes symptomatiques des lésions articulaires. En même temps, l'identité de nature de ces deux ordres de lésions était démontrée. De nombreux travaux d'anatomie et de physiologie pathologique établirent peu à peu et d'une manière irrévocable cette notion si féconde en conséquences thérapeutiques. Il ne nous est pas permis d'entrer ici dans le détail de ces recherches et de ces publications; nous devons citer cependant les noms de Cornil, Grancher, Koster, Roux, Brissaud, Volkmann, et surtout M. le professeur Lannelongue, car, ainsi que

(1) A. Richet. Mémoire sur les tumeurs blanches, couronné par l'Acad. de méd. en 1851. In Mém. de l'Acad., 1853, t. XVII, p. 207.

l'écrit très justement dans sa thèse de doctorat notre ami Lucien Petitot (1), nous lui devons une méthode rationnelle pour la thérapeutique chirurgicale des affections tuberculeuses.

C'est qu'en effet, pour les tumeurs blanches en particulier, cette donnée qu'elles sont de nature tuberculeuse, domine et régit l'ensemble des indications thérapeutiques et des procédés opératoires. Comme toutes les productions tuberculeuses, les fongosités articulaires obéissent à une double tendance évolutive; elles gagnent de proche en proche, en s'assimilant, pour ainsi dire, les organes qui les avoisinent, et pendant ce temps elles sont le siège d'un véritable travail de désintégration, elles se caséifient; « envahissement d'un côté, destruction de l'autre, telle est la marche de ce singulier processus » (Lannelongue) (2). Mais il arrive aussi que « le mal s'arrête parfois, souvent même. Dans ces temps d'arrêt, de grands efforts de réparation se montrent sous plusieurs formes. Les produits tuberculeux dégénérés sont expulsés ou résorbés, les tubercules eux-mêmes, ainsi que l'a montré M. Grancher, sont susceptibles d'une métamorphose de bon aloi; d'un autre côté les exsudats inflammatoires, les fongosités simples devenues des tissus plus élevés, établissent des adhérences et comblent les vides existants. Il n'est pas jusqu'à des néoformations osseuses qui ne puissent ainsi se produire et une ankylose est alors l'aboutissant naturel de ce travail réparateur (Lannelongue) (3). »

Détruire ou arrêter dans sa marche cette néoplasie

(1) L. Petitot. De l'intervention chirurgicale dans la tuberculose externe. Th. de doctorat, Paris, 1884, p. 2.

(2) Lannelongue. Abscess froids et tuberculose osseuse, Paris, 1881, p. 35.

(3) Lannelongue. Bull. Soc. de chir., 1882, page 250.

envahissante; faire naître ou favoriser le développement des phénomènes de cure spontanée, telles doivent être et telles sont en effet aujourd'hui les indications maîtresses de la thérapeutique pour les arthrites fongueuses.

Après avoir établi ces prémisses, et j'espère pouvoir montrer bientôt que ce n'est pas un hors-d'œuvre, j'aborde immédiatement l'histoire de l'arthrotomie appliquée aux arthrites fongueuses, laissant de côté, pour le moment, la question de savoir si, dans ces conditions, l'ouverture d'une articulation fongueuse répond à l'idée que l'on doit se faire de l'arthrotomie vraie, de la taille articulaire.

Déjà avant la connaissance, aujourd'hui vulgaire, de la physiologie pathologique des fongosités articulaires, la possibilité d'un processus de guérison se substituant au processus destructeur de la néoplasie n'avait pas échappé aux chirurgiens. Dans l'espoir de faire naître artificiellement cette inflammation de bonne nature, ils mettaient en œuvre divers moyens, et, pénétrant dans l'article sans l'ouvrir largement, ils réussissaient dans bon nombre de cas. Je fais ici allusion surtout à la cautérisation ignée et plus particulièrement à l'ignipuncture qui a donné de si beaux succès à son inventeur le professeur Richet (1). Du reste, les résultats de cette méthode, à laquelle il semble que l'on tende à revenir aujourd'hui, après l'avoir un peu trop délaissée, n'ont pas été moins satisfaisants dans la pratique de M. Julliard, de Genève (2), et plus récemment, entre les mains d'un chirurgien russe, Kolomnin (3). Celui-ci, dans un travail dont nous n'avons malheureusement pu nous procurer qu'une sommaire analyse, publie dix-sept observations de tumeurs blan-

(1) Trapenard. De l'ignipuncture, th. de Paris, 1873.

(2) Julliard. Bull. Soc. méd. de la Suisse, Romande, 1874.

(3) Kolomnin (de St-Petersb.) Meditsinskoe Obozrienie, février, 1882.

chés heureusement traitées par l'ignipuncture. Ces effets salutaires de l'action d'un agent modificateur appliqué de la sorte, d'une manière pour ainsi dire indirecte, (quoique dans le procédé d'ignipuncture qu'emploie le professeur Richet, on fasse pénétrer le fer rouge dans la jointure), devaient faire naître la pensée d'aller susciter directement cette bienfaisante inflammation réactionnelle. Mais on craignait, et pour cause, d'ouvrir les articulations. Dès que l'antisepsie eut rendu cette opération à peu près innocente, on fut tout naturellement conduit à trouver dans les arthrites fongueuses des indications à l'emploi de l'arthrotomie.

C'est, croyons-nous, Schede (1) (cité par M. Nicolas (2), qui, le premier, en 1872, pénétra, de propos délibéré, dans une articulation de la hanche pour la vider de son contenu et pour la drainer; il s'agissait d'une coxalgie suppurée, *avec fistule*, chez une jeune fille de 17 ans. La guérison fut obtenue en trois mois. Sans doute, Schede entra dans l'articulation coxo-fémorale; mais peut-on dire qu'il ait vraiment fait là une arthrotomie? Que voyons-nous, en effet, dans l'observation: il y avait une fistule inguinale; avec le stylet on tombe dans l'articulation. *Au moyen du doigt, on dilate ce trajet et on pénètre dans la cavité articulaire*, qui contient deux séquestres. *On introduit la cuiller tranchante et on retire toutes les fongosités que l'on peut atteindre*. Peut-on donner le nom d'*arthrotomie* à la dilatation d'un trajet fistuleux suivie de raclage ou d'évidement? Telle est la question qui s'est dressée devant nous dès la première observation dite d'*arthrotomie* pour tumeur blanche, qu'il nous ait été permis d'étudier.

(1) Schede. Ueber den Gebrauch des scharfen Löffeln, Halle 1872.

(2) Nicolas. Th. de Nancy, 1883, p. 49.

Nos doutes n'ont été qu'en s'accroissant à mesure que nous avons examiné de nouveaux faits, et, nous en sommes maintenant convaincu, ce n'est que par un véritable abus de langage, que l'on donne le nom d'arthrotomie (*taille articulaire*) tant à un pareil mode d'intervention qu'à toute une série d'opérations.

Quoi qu'il en soit, Schede (1), très satisfait du résultat obtenu, se mit à ouvrir couramment les arthrites fongueuses. Le 9 avril 1874, dans un discours prononcé au sein du troisième congrès des chirurgiens allemands, il cite une statistique personnelle de six opérations pratiquées dans ces conditions. Sur 4 cas d'ouverture du genou suivie de drainage, il eut 3 morts par accidents pulmonaires et tuberculose généralisée. Il n'est pas fait mention dans le résumé, plus que succinct, de ces trois faits, de l'existence ou de la non-existence de fistules, au moins pour deux des malades, qui étaient des enfants; pour le troisième, sujet adulte, il est dit que l'articulation remplie de pus menaçait de se rompre. Il ne paraît pas que dans ces quatre cas on ait pratiqué le grattage ou l'évidement. Il s'agit d'incisions simples avec drainage, et l'on peut voir que les résultats (3 morts sur 4 opérés) ne parlent guère en faveur de l'opération ainsi conduite.

Nous prenons acte de cette constatation.

Schede fut plus heureux avec ses deux derniers opérés, deux enfants, l'un de 3 ans, l'autre de 15 ans; ils guérissent tous deux, conservant une articulation mobile; mais il s'agissait du coude, et, de plus, Schede avait pratiqué, outre l'incision et le drainage, le *grattage* et l'*évidement*; ce sont là deux particularités (variété d'articulation, modification du procédé opératoire) qu'il n'est pas indifférent de noter.

(1) Schede. Comm. au 3^e congrès des chir. allem., 11 avril 1874. Arch. de Langenbeck, 1874, p. 519.

Si nous poursuivons cette revue historique de l'arthrotomie adaptée aux tumeurs blanches, nous relevons deux mémoires, d'Attenburrow (1) et d'Annandale (2), l'un sur l'arthrotomie *hâtive*, l'autre sur l'arthrotomie *exploratrice*, travaux qui nous arrêteront un peu plus loin. Outre ces deux publications, qui datent de 1875, nous trouvons, après la communication de Schede, le mémoire tant de fois cité déjà d'Albert (de Vienne), aujourd'hui professeur à Vienne. Il ne paraît pas que la communication de Schede ait fait grande impression sur ce chirurgien; il semble même n'en avoir pas eu connaissance, car, à propos de l'ouverture des tumeurs blanches, il ne le cite pas et dit simplement (3): « Nussbaum m'a communiqué un cas dans lequel, pour arthrite fongueuse du genou, il pratiqua de *petites* incisions dans l'articulation malade et établit le drainage de Lister. » Le succès fut complet. « Je suis allé plus loin, ajoute Albert, j'ai *extirpé* le fungus: le cas se présentait avec des circonstances particulières, et ma confiance dans la méthode listérienne me déterminait aussi à cet acte de courage. » Il est à présumer que, depuis cette époque, Albert n'a eu que médiocrement à se louer de l'application de l'arthrotomie aux arthrites fongueuses, car il écrit tout récemment, dans son traité de chirurgie: « Les indications de l'arthrotomie sont très discutables pour les productions fongueuses; en général, quand il y a une quantité considérable de pus dans une articulation, l'évacuation est favorable. En général, le grattage qui accompagne l'ouverture de l'articulation et l'ablation des masses fongueuses, abrè-

(1) Attenburrow. Du traitement des affections de la hanche. The Lancet. 14 août 1875, II, p. 241.

(2) Th. Annandale. Des incisions antiseptiques exploratrices, Edinburg med. Journ., 1875, vol. XX, p. II, p. 612.

(3) E. Albert (de Vienne). De l'arthrotomie. Wiener med. Presse, 1876, p. 825.

gent considérablement la durée du traitement; *mais il faut se demander, comme ordinairement ces opérations se pratiquent chez les enfants, si les choses n'auraient pas tourné favorablement quand bien même on n'aurait pas eu recours à cette opération* (1). »

Jusqu'ici, Schede, Nussbaum, Albert, qui sont intervenus dans les tumeurs blanches, semblent n'avoir été mus par aucune idée théorique: ils ont ouvert les articulations surtout pour les vider de leur contenu, pus caséeux et séquestres, et s'ils ont gratté ou évidé, c'est uniquement pour mieux nettoyer la jointure; s'ils ont pratiqué des lavages, phéniqués ou autres, c'est afin de rendre aseptique la cavité synoviale; s'ils l'ont drainée, enfin, c'est pour se conformer aux préceptes de Lister. Avec Scriba (2), d'une part, Letiévant (3), de l'autre nous allons voir maintenant le drainage et l'extirpation des fongosités se présenter l'un et l'autre avec la prétention de répondre à deux indications tirées de la physiologie pathologique des productions tuberculeuses.

Scriba fut le principal promoteur du drainage simple après incision et lavage antiseptique. Connaissant la faculté que possèdent parfois les parois fongueuses d'évoluer spontanément vers la transformation fibreuse — cette tendance si heureusement formulée par le professeur Grancher dans cette simple proposition: « le tubercule est une néoplasie inflammatoire à tendance fibrocaséuse » — Scriba songea à agir sur la synoviale malade, pour modifier sa vitalité après avoir évacué son contenu. Il propose donc, après l'incision, les la-

(1) E. Albert (de Vienne). Lehrbuch der Chir., 1885, Bd. IV, p. 445.

(2) Scriba. Ueber Gonarthrotomie und ihre Indicationen. Berl. klin. Wochen., n° 32, 1877, p. 460.

(3) Letiévant. Lyon méd., 1879, t. 32, p. 370.

vages à l'eau phéniquée à 50/0. Il semble les croire capables de détruire les foyers tuberculeux, en même temps que de provoquer une inflammation réactionnelle suffisante, pour assurer leur élimination. Après les lavages, il conseille de maintenir en place dans l'intérieur de la jointure, pendant plusieurs jours, et même plusieurs semaines, un tube à drainage destiné à continuer, par sa seule action de présence; l'irritation consécutive au lavage phéniqué. A l'appui de cette manière de voir, il rapporte, outre un cas de Czerny qui guérit par ce moyen en 3 mois, avec un résultat définitif assez favorable, trois observations de Volkmann, dont deux se terminèrent par la mort: un des malades succomba à une tuberculose pulmonaire, l'autre mourut d'épuisement après résection du genou. On a le droit de s'étonner qu'avec de pareils résultats, Scriba, s'obstinant à placer sa confiance dans cette méthode, ait persisté à préconiser l'ouverture précoce des articulations fongueuses, ainsi, dit-il, que le conseille et le pratique Volkmann.

Ces idées théoriques ont un point de départ exact, cela n'est pas douteux; mais il faut reconnaître que les moyens à l'aide desquels Scriba en poursuit la réalisation sont d'une efficacité plus que contestable: c'est ce qu'a parfaitement établi Bøgehold (1) en 1882. Pour lui, ni l'injection phéniquée, ni le drainage consécutif, ne sont capables de guérir une arthrite fongueuse. D'un côté l'histologie démontre que l'infiltration tuberculeuse s'étend jusqu'aux couches les plus profondes de la capsule, et l'on ne peut vraiment espérer que le lavage phéniqué doive être suivi d'un effet curatif: « Qu'on arrose, dit-il, avec autant d'acide phénique

(1) Bøgehold. Beitrage zur Path. und Therapie der Gelenkzundungen. Arch. de Langenbeck, 1882, t. XXVII, p. 720 et 910.

que l'on voudra, des fistules ou des ulcères tuberculeux, on verra que, dans la plupart des cas, l'effet sera nul » (p. 731). D'autre part, Bøgehold fait observer que l'incision et le maintien d'un tube dans une cavité articulaire ne peuvent provoquer qu'une irritation insignifiante si l'opération a été vraiment antiseptique; il remarque d'ailleurs, très justement, en ce qui concerne l'action curatrice exercée par le drain sur les parois tuberculeuses, que, bien souvent, on laisse des tubes en contact prolongé avec des fistules et des trajets tuberculeux, sans que l'on ait occasion de noter la moindre influence modificatrice. Pour Bøgehold, il est grand temps d'en appeler des affirmations théoriques de Scriba; il faut reconnaître que l'effet principal de l'incision simple et du drainage se réduit à l'évacuation des sécrétions. Si quelques rares arthrites fongueuses ont guéri dans ces conditions, c'est que l'organisme lui-même, ainsi qu'il arrive parfois en matière de lésions tuberculeuses, s'est débarrassé spontanément des produits infectieux. Telle est aussi notre manière de voir; avec cette réserve que, dans certaines conditions bien déterminées, mais rares, les arthrites fongueuses nettement suppurées par exemple, il nous paraît que l'incision antiseptique, la désinfection, et le drainage, peuvent favoriser la tendance à la guérison spontanée que manifeste quelquefois la tuberculose articulaire.

Du reste, malgré les efforts de Scriba, l'ouverture simple et le drainage des articulations fongueuses ne prirent pas pied dans la pratique chirurgicale (1). Nous en voyons une preuve dans ce fait que, sur 76 observations plus ou moins complexes que nous avons dépouillées, nous ne trouvons que 11 ouvertures *simples* suivies de

(1) Kade. Contribution à l'étude de la tuberculose des os et des articulations. St-Petersb. med. Wochensch, 1882, nos 14 et 15.

drainage; et, soit dit en passant, ces 11 opérations n'ont fourni que de bien piètres résultats; savoir: 4 guérisons sans fistules persistantes, qui se répartissent, au point de vue de l'état fonctionnel, de la façon suivante: 1 mobilité a peu près conservée; 1 ankylose complète; 2 fois nous n'avons pas de renseignements sur l'issue définitive. Quant aux 7 autres opérations, elles ont donné 1 guérison après résection consécutive; 3 guérisons après amputation consécutive; 1 récurrence; enfin 2 morts ayant suivi de près l'opération.

Cela ne suffit-il pas pour expliquer que la méthode soit tombée en défaveur?

Il faut dire aussi que, dans cette période qui s'étend depuis les premières tentatives de Schede et de Scriba jusqu'à l'heure actuelle, plusieurs faits d'une haute importance étaient établis d'une façon définitive, touchant le point de départ et l'évolution des tubercules au sein des articulations (Lannelongue (1), Volkmann (2), Kœnig (3), etc.).

On apprit que, primitives assez souvent chez l'adulte, les lésions tuberculeuses des synoviales étaient presque toujours, chez l'enfant, consécutives à des foyers tuberculeux des épiphyses. On arriva aussi graduellement à cette conception que les fongosités tuberculeuses devaient, dans une certaine mesure, rentrer dans la catégorie des néoplasmes envahissants, et qu'elles étaient, comme telles, justiciables d'une extirpation radicale. Il semblerait que ces données eussent dû ramener à la résection précoce, la résection typique dont on abusait tant à l'étranger il y a 15 ans: mais, outre que la résec-

(1) Lannelongue. Bull. Soc. chir., 1878, 1882, etc.

(2) Volkmann. Ueber den Charakter der fungösen Gelenkentzündungen. 1879, p. 1422.

(3) Kœnig. Deutsche Leitsch. f. chir., 1880, p. 531.

tion d'une grande articulation constituait une opération grave en elle-même, les résultats fonctionnels qui l'accompagnaient laissaient beaucoup à désirer; chez les enfants surtout, où elle déterminait fatalement, par la destruction du cartilage de conjugaison, l'arrêt d'accroissement du membre. D'ailleurs, la prééminence des opérations partielles s'affirmait de jour en jour; et ce n'est pas, il ne me répugne nullement de l'avouer, sans un certain sentiment d'orgueil national, que j'ai pu constater au cours de mes investigations, cette tendance croissante à revenir à la méthode conservatrice et aux opérations partielles adjuvantes, dont on ne contestera pas, j'espère, pour la plus employée tout au moins, l'évident, l'origine absolument française. Il est piquant de voir comment les chirurgiens que l'on a spirituellement dits atteints de « *résécomanie* », les Volkmann (1), les Kœnig (2), les Leisrinc (3), jettent aujourd'hui presque par-dessus bord leur résection typique, tant prônée jadis, pour se faire les défenseurs d'opérations conservatrices telles que l'arthrotomie suivie de grattage et d'évidement, l'arthroxésis de Letiévant, et même l'arthrectomie de Volkmann.

L'arthroxésis, de Letiévant (4), est considérée par M. Poinot (5) comme une méthode nouvelle de traitement des tumeurs blanches au début. Elle lui a donné un beau succès, rapporté par lui dans la *Revue de chirurgie* de 1881. Mais ce n'est en réalité qu'une ouverture articulaire pratiquée en vue d'extirper complètement, et en ména-

(1) Richard Volkmann. Die arthrectomie am Knie. Centralbl. f. chir., 1885, n° 9, p. 137.

(2) Muller. (Assistant de la clinique Chir. de Gottingue). Zur Frage der Operationen bei Kniegelenks tuberculose der Kinder. Centralbl. f. Chir., 1885, n° 50, p. 874.

(3) Erasmus. L'arthrotomie de l'articulation du pied d'après Kœnig. Deutsche med. Wochenschr., 1885, n° 21, p. 349.

(4) Letiévant. Lyon méd., 1879, t. 32, p. 370.

(5) Poinot. Rev. de chir., 1881, p. 411.

geant soigneusement les parties saines, les fongosités de la synoviale, qui, d'après Letiéviant, serait ordinairement envahie avant les cartilages et les os. (Nous avons vu, ce qu'il faut penser aujourd'hui, de cette façon de comprendre la succession des phénomènes évolutifs des arthrites fongueuses.) Cette prétendue méthode nouvelle, que Letiéviant, ainsi qu'on peut s'en convaincre en lisant ses observations de 1879 complétées par de Laprade (1), n'appliqua du reste qu'à des tumeurs blanches anciennes, et non à des fongosités à leur début, cette *arthroxésis*, n'est qu'une arthrotomie suivie d'un raclage un peu plus soigné que celui que faisaient Schede et Albert.

L'arthroxésis diffère de l'arthrectomie de Volkmann par ce fait que Letiéviant cherchait à ménager le plus possible la capsule articulaire et les ligaments, tandis que l'arthrectomie, ainsi que le fait remarquer M. le professeur Heydenreich (2) rendant compte de l'opération de Volkmann dans la *Semaine médicale*, est l'extirpation complète de la jointure envahie par les fongosités. Pour cela, Volkmann ouvre la cavité articulaire par une incision transversale qui permet de prime abord de s'assurer si un simple drainage ou un raclage peuvent suffire, ou s'il est nécessaire de pratiquer l'arthrectomie. Dans ce dernier cas, on agrandit l'ouverture, et on scie transversalement la rotule. Des crochets attirent en haut et en bas les parties molles auxquelles adhèrent les deux moitiés de la capsule recouverte de fongosités... A l'aide du bistouri et des ciseaux on extirpe *en totalité* la synoviale et les ligaments.

Je ne m'étendrai pas davantage sur cette opération ; et personne, je pense, ne me reprochera de distinguer ici

(1) De Laprade. Th. de Paris, 1880.

(2) A. Heydenreich. De l'arthrectomie. *Semaine méd.*, 1885, n° du 25 mars, p. 91.

absolument l'arthrectomie de l'arthrotomie. Il ne me paraît pas y avoir matière à discussion sur ce point.

En ce qui concerne les autres opérations qui ne sont que des arthrotomies suivies de l'ablation des produits pathologiques par le *raclage*, le *gougeage*, l'*évidement*, la question est plus délicate, et je me suis longtemps demandé s'il convenait de les comprendre dans cette étude sur l'arthrotomie. Et même l'incision franche, simple et vraie d'une articulation atteinte de tumeur blanche est-elle une arthrotomie ? C'est ce que nous avons à étudier maintenant.

II

M. Eug. Bœckel (1), dans une communication écrite qu'il a bien voulu m'envoyer, en même temps que des documents précieux, dit, à propos de l'arthrotomie appliquée aux tumeurs blanches : « Le terme arthrotomie est très élastique, puisque l'incision d'une articulation fongueuse avec grattage des fongosités est également une arthrotomie. Dans beaucoup de ces cas, on rencontre des points osseux malades, on les gouge, sans faire de résection proprement dite ou *typique* ; dans d'autres cas on est conduit à faire l'arthrectomie, c'est-à-dire à exciser toute la synoviale. »

M. E. Bœckel, dans cette note, bien qu'il range parmi les arthrotomies ces opérations complexes, marque cependant d'une façon bien nette la différence, capitale selon moi, qui doit les en faire distinguer. Cette question de classification et de nomenclature n'est pas sans intérêt, car il importe, en chirurgie, comme dans toutes les sciences, de ne pas laisser les mots dévier du sens spé-

(1) Eug. Bœckel. Note manuscrite, 19 avril 1886.

geant soigneusement les parties saines, les fongosités de la synoviale, qui, d'après Letiéviant, serait ordinairement envahie avant les cartilages et les os. (Nous avons vu, ce qu'il faut penser aujourd'hui, de cette façon de comprendre la succession des phénomènes évolutifs des arthrites fongueuses.) Cette prétendue méthode nouvelle, que Letiéviant, ainsi qu'on peut s'en convaincre en lisant ses observations de 1879 complétées par de Laprade (1), n'appliqua du reste qu'à des tumeurs blanches anciennes, et non à des fongosités à leur début, cette *arthroxésis*, n'est qu'une arthrotomie suivie d'un raclage un peu plus soigné que celui que faisaient Schede et Albert.

L'arthroxésis diffère de l'arthrectomie de Volkmann par ce fait que Letiéviant cherchait à ménager le plus possible la capsule articulaire et les ligaments, tandis que l'arthrectomie, ainsi que le fait remarquer M. le professeur Heydenreich (2) rendant compte de l'opération de Volkmann dans la *Semaine médicale*, est l'extirpation complète de la jointure envahie par les fongosités. Pour cela, Volkmann ouvre la cavité articulaire par une incision transversale qui permet de prime abord de s'assurer si un simple drainage ou un raclage peuvent suffire, ou s'il est nécessaire de pratiquer l'arthrectomie. Dans ce dernier cas, on agrandit l'ouverture, et on scie transversalement la rotule. Des crochets attirent en haut et en bas les parties molles auxquelles adhèrent les deux moitiés de la capsule recouverte de fongosités... A l'aide du bistouri et des ciseaux on extirpe *en totalité* la synoviale et les ligaments.

Je ne m'étendrai pas davantage sur cette opération ; et personne, je pense, ne me reprochera de distinguer ici

(1) De Laprade. Th. de Paris, 1880.

(2) A. Heydenreich. De l'arthrectomie. *Semaine méd.*, 1885, n° du 25 mars, p. 91.

absolument l'arthrectomie de l'arthrotomie. Il ne me paraît pas y avoir matière à discussion sur ce point.

En ce qui concerne les autres opérations qui ne sont que des arthrotomies suivies de l'ablation des produits pathologiques par le *raclage*, le *gougeage*, l'*évidement*, la question est plus délicate, et je me suis longtemps demandé s'il convenait de les comprendre dans cette étude sur l'arthrotomie. Et même l'incision franche, simple et vraie d'une articulation atteinte de tumeur blanche est-elle une arthrotomie ? C'est ce que nous avons à étudier maintenant.

II

M. Eug. Bœckel (1), dans une communication écrite qu'il a bien voulu m'envoyer, en même temps que des documents précieux, dit, à propos de l'arthrotomie appliquée aux tumeurs blanches : « Le terme arthrotomie est très élastique, puisque l'incision d'une articulation fongueuse avec grattage des fongosités est également une arthrotomie. Dans beaucoup de ces cas, on rencontre des points osseux malades, on les gouge, sans faire de résection proprement dite ou *typique* ; dans d'autres cas on est conduit à faire l'arthrectomie, c'est-à-dire à exciser toute la synoviale. »

M. E. Bœckel, dans cette note, bien qu'il range parmi les arthrotomies ces opérations complexes, marque cependant d'une façon bien nette la différence, capitale selon moi, qui doit les en faire distinguer. Cette question de classification et de nomenclature n'est pas sans intérêt, car il importe, en chirurgie, comme dans toutes les sciences, de ne pas laisser les mots dévier du sens spé-

(1) Eug. Bœckel. Note manuscrite, 19 avril 1886.

cial en vue duquel ils ont été primitivement créés ; il faut que chaque terme corresponde à un objet nettement défini ; c'est là une condition première de clarté et de précision.

Or, le mot arthrotomie, qui signifie *taille articulaire* c'est-à-dire opération dont l'attribut unique et fondamental est l'ouverture large d'une articulation, et non autre chose, peut-il s'appliquer indifféremment à ces raglages, à ces évidements, à ces résections partielles, atypiques, comme on les a appelées ? Nous ne le croyons pas.

Déjà dans une intéressante leçon clinique publiée il y a deux ans dans la *Revue médicale de l'Est*, M. le professeur Weiss (1) (de Nancy) faisait ressortir judicieusement les défauts d'une semblable terminologie. Revenant sur la thèse de son élève, M. Nicolas (2), M. Weiss lui reproche de comprendre sous le même nom d'arthrotomie, sans cependant les confondre, et l'incision simple, et l'arthroxésis de Letiévant, et même l'évidement osseux de Volkmann.

M. Nicolas essaie de justifier ce rapprochement en disant que ces diverses méthodes opératoires visent toutes un but commun : la conservation des parties saines des jointures. Cette donnée est fort importante assurément ; mais est-elle au même titre la caractéristique des diverses opérations que M. Nicolas rapproche l'une de l'autre ? A-t-on beaucoup à se préoccuper de ne pas sacrifier, au moment de l'opération, *les parties saines de la jointure* lorsqu'on pratique l'arthrotomie pour une arthrite aiguë suppurée ou pour une hydarthrose ? Évidemment non. L'arthrotomie ici est une opération simple et qui

(1) Th. Weiss. *Revue méd. de l'Est*, 1884, t. XVI, p. 221.

(2) Nicolas. Contribution à l'étude de l'arthrotomie antiseptique. Th. de doctorat, Nancy, 1883.

se suffit à elle-même sans qu'il soit besoin de faire intervenir quelque autre opération complémentaire. Et, d'autre part, cette préoccupation de ménager les parties saines, qui ne compte véritablement pas dans les opérations dont nous venons de parler, est l'essence même du grattage et de l'évidement. Elle ne peut donc être utilisée comme caractère commun attribuable aux actes opératoires de l'une et de l'autre catégorie.

Bien plus, ce respect des parties saines est une donnée fondamentale qui distingue absolument le gougeage et le grattage de plusieurs autres méthodes thérapeutiques employées aussi, et concurremment en quelque sorte, contre les affections tuberculeuses des jointures. Enlever le mal et rien que le mal, tel est le propre du grattage et de l'évidement. Il n'en faut pas plus pour faire de l'ensemble de ces procédés une méthode foncièrement différente de la méthode qui comprend les résections osseuses typiques et l'arthrectomie qui n'est que la résection, non moins *typique*, de toutes les parties qui entrent dans la constitution d'une articulation, les extrémités osseuses exceptées.

En résumé et pour clore le débat sur ce point litigieux nous dirons : dans l'arthrotomie vraie, l'ouverture large de la synoviale est, pour ainsi dire, *tout*. Dans les opérations entreprises pour les arthrites fongueuses, l'incision de la jointure n'est *qu'accessoire*, ce n'est qu'un *temps préliminaire* d'une autre opération parfaitement définie. Nous n'avons à étudier ici ces opérations spéciales ni sous le rapport des indications ni sous celui du manuel opératoire. Ce serait entrer dans les discussions délicates et encore pendantes des indications et contre-indications opératoires chez les tuberculeux. Toutes questions que l'on ne saurait comprendre dans le cadre d'un travail où l'arthrotomie seule est visée.

Nous venons de voir comment les incisions articulaires

pour les arthrites fongueuses se séparent en général nettement, par le but qu'elles poursuivent, des arthrotomies que nous avons jusqu'ici passées en revue.

La différence n'en est pas moins grande si l'on tient compte de l'état dans lequel se trouve la cavité articulaire sur laquelle on est appelé à opérer dans l'un et dans l'autre cas. Dans la tumeur articulaire entreprise pour corps étranger par exemple, la synoviale est souvent normale ou à peu de choses près. Dans tous les cas elle a conservé ses propriétés de membrane séreuse, et c'est avec elles que le chirurgien devra toujours compter. En est-il de même lorsqu'on s'adresse à une tumeur blanche? La réponse est facile : ce n'est plus ici à une cavité synoviale que l'on a affaire, c'est à un véritable foyer tuberculeux, c'est en vue de ce foyer tuberculeux que l'opération devra être conduite et ce n'est pas à mon sens un des moindres motifs qui m'autorisent à demander que l'on sépare désormais les opérations qui s'adressent aux arthrites fongueuses des arthrotomies véritables. Il faut réserver le nom d'arthrotomie aux incisions articulaires qui pénètrent dans de véritables cavités synoviales.

Enfin, et pour terminer ce parallèle un peu long entre les deux espèces d'arthrotomies, nous relevons une différence non moins tranchée dans les procédés opératoires à l'aide desquels on pénètre dans la jointure dans l'un et l'autre cas. Tandis que dans l'opération d'arthrotomie vraie, le chirurgien suit un certain nombre de règles précises un peu variables suivant les cas particuliers, sans doute, mais immuables cependant au fond; dans l'ouverture pratiquée pour arthrites fongueuses, il en est tout autrement : chaque cas, pour ainsi dire, réclame un procédé spécial.

Tantôt, ainsi que nous l'expliquait récemment M. le professeur Lannelongue, la synoviale est fongueuse et

l'articulation vide de liquide : c'est la question d'arthroxésis ou d'arthrectomie qui vient ici se poser. Tantôt, et c'est le cas le plus fréquent, il y a un abcès extra-articulaire, qui peut être d'origine osseuse ou synoviale ou qui peut même reconnaître ce double point de départ. On commence par ouvrir l'abcès; on explore ensuite, puis, soit au travers de l'os, soit au travers de la capsule, on entre dans la jointure en agrandissant cette ouverture, et alors on explore de nouveau, pour se comporter différemment suivant que l'on rencontre des lésions de tel ou tel ordre. Tantôt, enfin, c'est la synoviale elle-même qui est remplie de produits caséeux et de pus. M. Lannelongue (1) est d'avis que dans ces circonstances l'incision est très légitime. Il convient, suivant lui, de pratiquer des incisions petites et multiples sur tous les points déclives de manière à ne laisser échapper ni clapier, ni trajet purulent. Il préconise en outre dans ces cas une large incision exploratrice et ne compte plus les succès ainsi obtenus.

M. Heurtaux (de Nantes) (2), au contraire, se contente ordinairement d'une incision unique; il choisit le côté vers lequel les lésions lui paraissent les plus graves. Il gratte alors, il évide; cela fait, il cautérise énergiquement au chlorure de zinc. Les quatre observations qu'il a bien voulu m'envoyer font le plus grand honneur à cette manière de procéder.

D'autres emploient ce qu'ils baptisent du nom d'arthrotomie ignée, ou *chauffage articulaire* (3)! Ils pénètrent dans la jointure à travers des fistules, ou bien ils y entrent directement, puis ils torréfient et calcinent le contenu de la synoviale, etc.

(1) Lannelongue. Commun. orale, 1886.

(2) Heurtaux. Commun. écrite.

(3) Vincent. De l'arthrotomie ignée et du chauffage articulaire. Rev. de chir., 1884.

Forestier. Etude clinique sur l'arthrotomie ignée et le chauffage articulaire. Th. de doctorat, Lyon, 1885.

Sont-ce là vraiment des procédés opératoires qui se puissent comparer aux arthrotomies véritables? Nous n'hésitons pas, pour ce qui nous concerne, à répondre par la négative.

Nous voudrions être parvenu à établir que l'arthrotomie pour tumeurs blanches, n'est autre chose qu'une opération préliminaire. Et même, malgré son importance, ce n'est qu'un simple temps opératoire, fournissant, il est vrai, non seulement le moyen de mener à bien l'acte essentiel de l'intervention chirurgicale, mais aussi de compléter et de préciser le diagnostic.

L'arthrotomie que l'on pratique dans les cas d'arthrites fongueuses est une arthrotomie *préliminaire* et *exploratrice*. Dans cet ordre d'idées, et dans celui-là seulement, il est permis de lui garder son nom d'arthrotomie. C'est Annandale, croyons-nous qui, dans un travail intitulé : *Antiseptic incision an aid to surgical diagnosis*, préconisa le premier, dès 1875, l'ouverture hâtive des articulations atteintes de tumeur blanche; et cela, pour éclairer le diagnostic. Il rapporte l'observation fort intéressante d'une jeune fille de 14 ans atteinte de coxalgie presque à son début; les douleurs étaient violentes; il pratiqua l'incision exploratrice; reconnut une destruction presque totale du cartilage fémoral et scia séance tenant l'extrémité osseuse; 23 jours plus tard la jeune fille était guérie. Nous avons vu que M. Lannelongue ne méconnaît pas l'avantage de cette incision exploratrice, pratiquée dans certaines conditions, bien entendu. Les indications en seront à l'ordinaire facilement reconnues, mais en matière d'arthrites fongueuses il faut toujours avoir présentes à l'esprit ces paroles de M. Lannelongue, que nous trouvons dans son livre de la

(1) Th. Annandale. Edinb. med. Journ., 1875, vol. XX, 2^e part. p. 612.

coxotuberculose, au chapitre où il compare la résection à l'abstention; elles s'appliquent avec non moins d'exactitude à l'incision des arthrites tuberculeuses: « Il y a une juste mesure à garder entre la précipitation des chirurgiens qui opèrent prématurément pour obéir à une règle formulée d'avance et sans fondement, alors que la maladie peut guérir par la méthode conservatrice, et un atermoiement indéfini qui fait attendre pour intervenir que la vie soit compromise (1). »

III

En terminant cette étude historique et critique (et c'est volontairement, après y avoir beaucoup réfléchi, et pris conseil, que je me suis déterminé à lui attribuer cette forme), il ne sera peut-être pas inutile de présenter ici un court résumé des faits que j'ai pu étudier.

Nous avons réuni et comparé 76 observations dites d'*arthrotomie*, pour arthrites fongueuses.

Parmi ces 76 observations, 22 sont inédites et nous ont été très aimablement communiquées :

- 8 par M. Eug. Bœckel.
- 6 par M. Jules Bœckel.
- 4 par M. Heurtaux.
- 3 par M. Polaillon.
- 1 par M. Segond.

Nous prions ces chirurgiens de recevoir ici nos plus vifs remerciements.

Ces faits se divisent naturellement en deux catégories, les arthrotomies *simples*, suivies de drainage antiseptique; et les arthrotomies complexes dans lesquelles on a pratiqué d'emblée, après l'incision de la synoviale, le grattage, ou l'évidement.

(1) Lannelongue. De la Coxotuberculose, Paris, 1886, p. 185.

Les premières ne sont qu'au nombre de 11, les secondes atteignent le chiffre de 65.

A. Les 11 arthrotomies simples ont donné :

- 1° 4 guérisons sans fistules, savoir :
 - 1 — avec ankylose.
 - 1 — avec mouvements conservés.
 - 2 — résultats inconnus.
- 2° 1 — après résection consécutive.
- 3° 3 — après amputation.
- 3° 1 récidive.
- 4° 2 morts.

B. Les 65 arthrotomies suivies de grattage de la synoviale, d'évidement osseux, ou de résections partielles (atypiques), ont donné :

- 1° 38 guérisons sans fistules, savoir :
 - 14 — avec ankylose.
 - 23 — avec quelques mouvements.
 - 1 — avec résultat inconnu.
- 2° 9 — avec fistules persistantes.
- 3° 3 — après résection consécutive.
- 4° 4 — après amputation consécutive.
- 4° 6 morts.
- 5° 5 récidives ou résultats inconnus.

Soit, en bloc :

- 42 guérisons sans fistules.
- 9 — avec fistules.
- 4 — après résection.
- 7 — après amputation.
- 6 récidives ou résultats inconnus.
- 8 morts.

Parmi ces 8 faits de mort, nous trouvons :

- 1 cas de méningite.
- 3 cas de tuberculose généralisée.
- 1 mort après amputation de cuisse.
- 1 — par récidive.
- 1 — par pleuro-pneumonie.
- 1 — (Kocher) par intoxication phéni-
tiquée.

J'ai recherché quelle pouvait être la valeur des opéra-

tions au point de vue de l'âge des sujets sur lesquels elles étaient pratiquées.

30 opérations sur des *sujets au-dessous de dix ans* ont donné :

- 19 guérisons sans fistules.
- 4 — avec fistules.
- 1 — après résection.
- 1 — après amputation.
- 2 résultats inconnus ou récidives.
- 3 morts.

25 opérations sur des *sujets de dix à vingt-cinq ans* ont donné :

- 11 guérisons sans fistules.
- 4 — avec fistules.
- 3 — après résection.
- 3 — après amputation.
- 2 résultats inconnus ou récidives.
- 2 morts.

9 opérations sur des *sujets de vingt-cinq à quarante ans* ont donné :

- 5 guérisons sans fistules.
- 1 — après amputation.
- 3 morts.

6 opérations sur des *sujets de quarante à soixante ans* ont donné :

- 3 guérisons sans fistules.
- 1 — avec fistule.
- 2 résultats inconnus ou récidives.

5 opérations sur des *sujets ayant dépassé soixante ans* ont donné :

- 3 guérisons sans fistules.
- 2 — après amputation.

1 opération pratiquée sur un sujet d'âge indéterminé donné :

- 1 guérison sans fistules.

Comparées au point de vue des résultats suivant l'articulation opérée, ces 76 arthrotomies ont été pratiquées :

40 fois sur le *genou* où elles ont fourni :

18 guérisons sans fistules.
4 — avec fistules.
2 — après résection.
4 — après amputation.
4 récidives ou résultats inconnus.
8 morts.

Parmi les 18 guérisons sans fistules nous trouvons :

12 ankyloses.
6 guérisons avec mouvements.

13 fois sur l'articulation *tibio-tarsienne* où elles ont fourni :

10 guérisons sans fistules.
2 — avec fistules.
1 — après amputation.

Les 10 guérisons sans fistules ont donné :

10 guérisons avec mobilité.

14 fois sur le *coude* où elles ont fourni :

8 guérisons sans fistules.
3 — avec fistules.
1 — après résection.
1 — après amputation.
1 résultat inconnu.

Parmi les 8 guérisons sans fistules nous trouvons :

2 ankyloses.
6 guérisons avec mobilité.

5 fois sur la *hanche* où elles ont fourni :

4 guérisons sans fistules.
1 — après résection.

Parmi ces 4 guérisons sans fistules nous trouvons :

1 ankylose.
3 résultats inconnus.

1 fois sur l'*épaule*.

1 guérison sans fistules, avec mobilité.

1 fois sur l'articulation *médio-tarsienne*.

1 guérison après amputation.

1 fois sur l'articulation *métatarso-phalangienne du gros orteil* :

1 guérison sans fistules.

1 fois sur l'articulation *tarso-métatarsienne*.

1 résultat inconnu.

Je donne ces résultats sans autre prétention que d'apporter un document capable de servir à l'histoire, bien incomplète encore, de l'intervention chirurgicale dans la tuberculose articulaire (1).

(1) Consulter les travaux de: Ollier 1885. Traité des résections, etc.; Paris, 1885. Caumont, Traitement des arthrites chroniques du membre inférieur. Deutsche Zeitsch. f. Chir., 1884, t. XX, p. 137. Ceccherelli, Opérations, conservatrices dans la tuberculose des os et des articulations. Ann. med. ital., Pérouse, 1885. Sem. méd., 1885, p. 323. Willemer, De la tuberculose de l'articulation du genou. Deutsch. Zeitsch. f. Chir., 1885, t. XXII, p. 268. Trélat, 1886. De la tuberculose. Série de leçons cliniques publiés par Petit-Vendol. Progrès médical, numéros 11 et suivants, 1886.

CHAPITRE SIXIÈME

PROCÉDÉS OPÉRATOIRES.

Arrivé au terme de cette étude, après avoir montré quelles sont les indications de l'arthrotomie, après avoir montré comment l'opération se modifie suivant la nature de la maladie, il ne me paraît pas inutile de donner ici un aperçu succinct sur la technique opératoire des procédés d'arthrotomie que je considère comme plus spécialement applicables à chacune des grandes articulations. On me permettra de m'en tenir à l'exposé des procédés qui d'après mes lectures et mes recherches d'amphithéâtre me semblent devoir être surtout recommandés. Je ferai remarquer toutefois qu'il appartient au chirurgien anatomiste de savoir comment il devra les adapter aux exigences de chaque cas particulier.

Pour de plus amples détails, je renverrai simplement le lecteur au chapitre, très étudié et fort bien fait, que M. Nicolas (1), dans sa thèse, a consacré à cette étude.

Les incisions de l'arthrotomie doivent être combinées de telle sorte qu'elles n'exposent à léser aucun organe important et qu'elles assurent, d'autre part, un libre et facile écoulement des liquides sécrétés. La première condition sera aisément remplie si on veut bien se reporter à l'anatomie chirurgicale de la région; la seconde, si l'on incise en un point de la région articulaire qui doive se trouver à la partie déclive lorsque l'opéré sera replacé dans son lit.

(1) Nicolas. Th. de Nancy, p. 411.

Il n'est pas indifférent non plus que les incisions superficielles et profondes restent parallèles; aussi sera-t-il bon, au moment de l'opération, de placer le membre dans l'attitude qu'il devra conserver pendant le traitement ultérieur. Ces préceptes généraux seront respectés, autant que possible, pour les diverses articulations.

ARTICULATION DE L'ÉPAULE. — L'articulation de l'épaule est abordable surtout en avant et en dehors, et aussi par sa partie postérieure. On a seulement à éviter les vaisseaux et nerfs circonflexes qui contournent le col chirurgical de l'humérus, mais qui laissent au dessus d'eux un espace largement suffisant pour permettre accès dans la jointure. Deux modes d'incision peuvent être ici mis en œuvre : une incision antérieure et une incision postérieure.

Incision antérieure. — C'est l'incision classique de la résection de l'épaule qui devra être employée. Elle n'est pas cependant sans présenter des inconvénients. En effet, pour peu que l'humérus se trouve placé en rotation en dedans, et c'est là l'attitude du repos, la capsule articulaire n'est accessible que dans une très faible étendue; d'autre part, une incision ainsi placée est absolument défavorable à l'écoulement des liquides. Je pense donc qu'il faut préférer l'incision postérieure.

Incision postérieure. — A partir de l'angle de l'acromion, on pratiquera de haut en bas une incision verticale de 5 à 6 centimètres. On traversera successivement la peau, le tissu cellulaire qui la double, les couches superficielles du deltoïde. Arrivé près de la face profonde du muscle, pour éviter sûrement la blessure des circonflexes, on remplacera le bistouri par la sonde cannelée.

On pénétrera ainsi dans le tissu cellulaire sous-deltaïdien et, remontant le plus près possible de l'angle acromial, on incisera la partie postérieure de la capsule. A vrai dire, il sera nécessaire de sacrifier ainsi tout ou partie des tendons des sous-épineux et petit rond, intimement confondus qu'ils sont à ce niveau avec la capsule ; mais il n'est pas douteux qu'après cicatrisation de cette capsule, la réunion cicatricielle de ces tendons ne soit suffisante pour assurer leur fonctionnement.

L'incision ainsi placée a un double avantage, à mon avis ; comme elle correspond au point le plus lâche de la capsule articulaire, il est facile avec le doigt introduit par l'incision d'explorer toute l'étendue des surfaces articulaires ; d'autre part, en raison de sa déclivité, elle assure beaucoup mieux que l'incision antérieure l'issue régulière des liquides secrétés.

ARTICULATION DU COUDE. — L'articulation du coude n'est accessible que par sa partie externe et par sa partie postérieure.

Incisions postérieures. — On a employé soit une incision médiane, soit beaucoup plus souvent et avec raison deux incisions latérales.

a. *Incision médiane.* — Celle-ci, qui traverse le tendon du triceps et s'arrête au niveau du sommet de l'olécrâne, ne paraît pas devoir être conseillée. En effet, elle ne donne accès que dans la partie postéro-supérieure de l'articulation ; de plus, elle traverse un tendon, en sorte que l'incision ainsi placée se trouverait incessamment bridée par la contraction et la rétraction du muscle.

b. *Incisions latérales.* — Ces deux incisions de 5 à 6 centimètres chacune, et dont le milieu devra très sen-

siblement correspondre à l'interligne articulaire, seront faites le plus près possible de l'olécrâne, en dedans surtout. En pratiquant l'incision interne, on aura toujours présente à l'esprit la position du nerf cubital ; il ne faut pas cependant qu'une crainte exagérée de léser ce nerf arrête le chirurgien ; on se souviendra qu'il est entouré d'une gaine solide de tissu cellulaire et qu'il est séparé de l'olécrâne par le faisceau olécranien du muscle cubital antérieur. Pour ces mêmes raisons on n'aura pas à redouter que la présence du tube à drainage que l'on placera à ce niveau puisse agir d'une manière fâcheuse sur la nutrition du cordon nerveux.

Dans la généralité des cas, les deux incisions postéro-latérales suffiront largement. Quelquefois cependant une incision externe pourra être nécessaire, lorsqu'il s'agit, par exemple, d'un corps étranger enclavé dans l'articulation huméro-radiale ou radio-cubitale.

Incision externe. — Cette incision, commençant à 2 ou 3 centimètres au-dessus de l'interligne articulaire, descendra directement le long du bord externe de l'humérus jusqu'au niveau de l'interligne radio-huméral. De ce point il faudra la diriger obliquement en bas et en arrière en se rappelant que la branche postérieure du nerf radial contourne la face externe du radius dans l'épaisseur du muscle court supinateur, à 3 centimètres environ au-dessous de l'interligne.

ARTICULATION DU POIGNET. — L'incision de choix est celle que M. Farabeuf (1) recommande pour la résection du poignet sous le nom d'*incision dorsale externe*. « Ce procédé, dit M. Farabeuf, a été employé avec succès en 1866 et décrit avec soin et précision par notre compatriote Eug. Bœckel en 1867. »

(1) Farabeuf. Préc. de Man. opér., 1885, p. 685.

On reconnaîtra, d'abord, le lieu de passage du tendon long extenseur du pouce et, d'autre part, la situation des tendons de l'index. Au milieu de l'espace qui sépare ces tendons, on conduira une incision de 2 à 3 centimètres en ménageant les radiaux. Farabeuf recommande pour la résection de lui donner une étendue de 9 à 12 centimètres, ce qui serait évidemment bien exagéré dans le cas qui nous occupe. L'incision de l'arthrotomie, dont le milieu correspondra à l'interligne, est loin de réclamer d'aussi grandes dimensions. Cette incision unique doit suffire en général, ainsi qu'en témoignent les observations déjà citées de Lister et de M. le professeur Reverdin.

Si l'on jugeait une autre incision nécessaire, le côté interne de l'articulation se trouverait naturellement indiqué; on ferait une incision longitudinale de 2 à 3 centimètres immédiatement en arrière du tendon cubital antérieur et parallèlement à lui en ayant soin que le milieu de l'incision corresponde à l'interligne.

ARTICULATION DE LA HANCHE. — L'ouverture de l'articulation coxo-fémorale est une opération délicate en raison du mode de constitution de cette jointure et de la grande profondeur à laquelle elle se trouve placée. On peut se proposer d'ouvrir la capsule articulaire, soit par la voie antérieure, soit par la région postérieure.

Incision antérieure. — L'incision antérieure, analogue à celle que Schede (1877) et Lücke (Farabeuf, p. 806) ont employée pour la décapitation simple du fémur, peut être pratiquée de la façon suivante : du milieu de l'espace qui sépare l'épine iliaque antérieure et supérieure du milieu de l'arcade crurale, on fait partir une incision verticale de 8 à 10 centimètres; on incise couche par couche jusqu'à l'aponévrose du psoas qui est elle-même ouverte avec précaution. Soulevant alors, avec la

sonde cannelée, la lèvres interne de l'incision aponévrotique, on reconnaît bientôt le nerf crural que l'on récline en dedans à l'aide d'un écarteur. On attire alors en dehors les fibres du muscle psoas, et l'on aborde très facilement la face antérieure de l'articulation coxo-fémorale; on incise la capsule à ce niveau. Une telle incision a de graves inconvénients :

1° L'étendue de la cavité synoviale, que l'on se trouve ainsi pouvoir explorer, est très peu considérable;

2° On sacrifie tout ou partie du faisceau supéro-externe du ligament de Bertin, dont le rôle est si important dans le mécanisme de la station;

3° Enfin, rien n'est moins propre qu'une ouverture ainsi placée à assurer le libre écoulement des liquides.

Tout au plus conseillerions-nous d'ouvrir de cette manière l'articulation coxo-fémorale dans les cas où, ainsi que M. Eug. Bœckel (1) en a rapporté un exemple au Congrès français de chirurgie, la suppuration intra-articulaire s'est propagée à la bourse et à la gaine du psoas.

Incision postérieure. — L'incision postérieure est de beaucoup préférable. Ici, comme pour la résection de la hanche, on pourra employer divers procédés d'incision. Celle que je crois devoir surtout recommander est l'incision dite de *Langenbeck*. Voici, d'après M. Farabeuf (2), les temps essentiels de cette opération : le sujet est couché sur le côté sain; la cuisse malade est fléchie à 45° sur l'extension. « L'attitude où est la cuisse est telle qu'en prolongeant la direction du fémur en ligne droite sur la fesse, on aboutit à l'épine iliaque postérieure et supérieure. »

(1) Eug. Bœckel. Congr. fr. de chir., 1885, 1^{re} session, p. 452.

(2) Farabeuf. Préc. de Man. opér., 1885, p. 799.

Incision. — « Faites une incision toujours facile à agrandir, de 8 à 10 centimètres, suivant la taille du sujet et l'épaisseur des parties molles. Que cette incision soit rectiligne, qu'elle suive la direction prolongée du fémur, parcourre le milieu même de la face externe du grand trochanter.... Divisez la peau, la graisse; exposez le grand fessier et le large tendon qu'il a commun avec le tenseur du fascia lata. Entre deux faisceaux du muscle, pénétrez avec quelque prudence, mais divisez hardiment le tendon plat et épais qui couvre le trochanter. Complétez la fente du muscle jusqu'à ce que ses lèvres se laissent entraîner par les deux écarteurs que vous poserez.

« Dans cette longue plaie du côté de la fesse, traînez le bistouri pour diviser le tissu cellulaire et voir clair. Cherchez de l'œil et du doigt l'intervalle des muscles pyramidal situé en arrière et moyen fessier placé en avant. D'un trait de bistouri, séparez ces deux muscles. Ayant reconnu que l'insertion du moyen fessier couvre celle du pyramidal, qu'elle se fait principalement près de l'angle postéro-supérieur du grand trochanter, bien exposé par un peu de rotation, introduisez votre courte lame entre les deux tendons et, dans la direction de l'incision superficielle, coupez sur la face interne, sur le bord supérieur, et sur la face externe du grand trochanter, jusqu'à l'os. Enfoncez les écarteurs; accrochez avec l'antérieur le moyen fessier, avec le postérieur le pyramidal; la capsule apparaîtra depuis le sourcil cotyloïdien, jusqu'à la zone orbiculaire. Fendez vigoureusement sur toute la longueur du col, la capsule d'abord, y compris le sourcil cotyloïdien, le périoste ensuite... »

Nous n'ajouterons pas un mot à cette description si saisissante par sa précision et par sa clarté.

Lorsque l'articulation est ainsi largement ouverte, il est aisé, après avoir débridé légèrement les deux lèvres

de l'incision capsulaire, de l'explorer dans sa presque totalité. Il suffit pour cela d'imprimer au membre quelques très faibles mouvements dans un sens ou dans l'autre.

Tel est le procédé que nous n'hésitons pas à considérer comme le procédé de choix pour l'articulation coxo-fémorale.

ARTICULATION DU GENOU. — L'arthrotomie dans l'articulation du genou nous a déjà trop souvent occupé pour que nous nous arrétions sur les procédés ordinairement employés jusqu'ici, en vue de pénétrer dans la synoviale. Nous devons cependant insister avec quelques détails sur un procédé nouveau d'arthrotomie postérieure, décrit récemment par le Dr Kaufmann, de Zurich. Ce procédé fort intéressant et appelé, je crois, à une vulgarisation rapide, mérite plus que la simple mention, que nous lui avons consacrée à propos de l'arthrotomie dans les arthrites suppurées. Kaufmann (1), connaissant les expériences cadavériques de Jaschke (1872), que nous avons citées dans un autre chapitre, considère qu'il est difficile, sans ouvrir le creux poplité, d'assurer l'écoulement des liquides articulaires. D'autre part, Kaufmann est persuadé qu'il faut tenir grand compte de la participation des bourses synoviales poplitées aux maladies de l'articulation elle-même. Il adopte en effet, les idées de Foucher et de Gruber sur l'anatomie des bourses poplitées, et pense qu'elles communiquent presque constamment avec la synoviale du genou. — Notre ami P. Poirier (2), prosecteur de la Faculté, a démontré que cette communication, qui n'a été observée que pour une seule de ces bourses, la bourse commune au jumeau interne et au demi-membraneux, loin d'être normale (Foucher, Gruber), n'existe en réalité qu'une fois sur dix, chez l'adulte, et une fois sur cinq, chez les sujets âgés.

(1) Corr. bl. f. Schw. Aerzte, déc. 1885.

(2) Poirier. Arch. génér. de méd., mai-juin 1886.

Peu importe, du reste. Le procédé de Kaufmann, que nous allons décrire maintenant, n'en subsiste pas moins, quant à ses avantages fondamentaux.

Procédé de Kaufmann. — « Sur le côté externe du genou que l'on maintient étendu, on conduit une incision de 6 centimètres en avant du tendon du biceps, bien facile à sentir, et descendant jusqu'à la tête du péroné. Section de la peau et du fascia. On imprime au genou une très légère flexion pour découvrir le bord antérieur du tendon du biceps et on l'écarte, en le ramenant en arrière avec l'index gauche ou un écarteur, de manière à mettre à nu le bord postérieur du condyle externe du fémur. Là, on ouvre la *capsule articulaire* et on la fend *depuis son insertion supérieure jusqu'au ménisque*. Le doigt contrôle l'opération; lorsqu'il est arrivé dans la bourse séreuse poplitée, on prolonge alors l'incision de la capsule jusqu'aux limites inférieures de la bourse séreuse; on ouvre ainsi cette bourse séreuse par une incision parallèle à l'*incision capsulaire* que l'on pratique le long du tibia au-dessous du ménisque. On suture au catgut la lèvre postérieure de la fente capsulaire avec la lèvre correspondante de l'incision cutanée; on en fait autant pour la boutonnière pratiquée à la bourse poplitée. Par l'orifice capsulaire on introduit dans l'article, au dessus du ménisque, et en suivant la paroi postérieure de la capsule, un drain long de 5 centimètres, et de la grosseur d'un crayon.

« Au côté interne du genou, l'interstice qui sépare les tendons des muscles droit interne et demi-tendineux est tout désigné pour pratiquer l'opération. Chez les individus amaigris, on sent très facilement rouler ces deux tendons. Chez les sujets gras, si l'on étend le genou, on fait saillir celui du demi-tendineux et l'on n'a qu'à inciser un peu en dedans de lui.

« Cette incision a la même étendue que l'incision externe, son milieu correspond à l'interligne articulaire. Quand on a coupé la peau et le fascia, on aperçoit dans la plaie le bord postérieur du muscle couturier et le tendon du droit interne qui lui adhère étroitement. Ces deux muscles sont attirés en avant, on ouvre la capsule sur le bord postérieur du condyle interne du fémur, et l'on prolonge cette incision depuis le bord du ménisque jusqu'aux insertions supérieures de la capsule. S'il existe une bourse séreuse du demi-membraneux, on la rencontre en ouvrant la capsule et, en se guidant sur le doigt, on sectionne sa paroi interne dans toute son étendue. Suture des lèvres *cutanées* et *synoviales* de la plaie. Drainage. Enfin, *drainage de la séreuse sous-tricipitale, par le procédé habituel*. La jambe est placée sur l'attelle de Volkmann; je mets le genou en légère flexion. »

Depuis deux ans et demi, Kaufmann a mis en pratique ce procédé neuf fois, et toujours avec succès.

Il enlève les drains du 4^e au 8^e jour. Nous avons pu nous assurer nous-même, à l'École pratique, de la très grande facilité d'exécution de ce procédé.

Nous ferons quelques réserves sur les points de repère donnés par Kaufmann pour l'incision interne. Ils semblent manquer un peu de précision. Il n'est pas très facile, même chez les sujets amaigris, de distinguer l'un de l'autre le tendon du demi-tendineux et celui du droit interne. A plus forte raison chez les sujets gras, même si la jambe est étendue. Si on a soin, au contraire, de fléchir sur le bassin le membre étendu, et porté un peu en abduction, on voit et on sent, même chez les sujets gras, une gouttière longitudinale dépressible qui, en bas, aboutit derrière le condyle interne. Cette gouttière est limitée en dedans par le droit interne qui *vient du pubis*, et en dehors par le demi-tendineux qui *vient de l'ischion*.

C'est dans cette gouttière qu'il faut inciser. La peau,

le tissu cellulaire sous-cutané, et l'aponévrose étant successivement coupés, on aperçoit le bord postérieur du couturier, et à *demi-caché sous lui*, le tendon du droit interne.

En dehors de ces muscles (du côté du creux poplité) on voit *superficiellement* l'étroit tendon du demi-tendineux et profondément le large tendon du demi-membraneux. C'est en dedans de ce demi-membraneux qu'il faudra inciser la capsule.

D'une incision ainsi placée, la veine saphène interne n'a rien à redouter, on ne la voit même pas. Le nerf saphène interne, qui accompagne la veine, n'est pas moins hors de l'atteinte du bistouri. Quant aux vaisseaux poplités la sécurité est absolue. Ils sont séparés de l'incision, et du drain qu'on y place ensuite, par toute l'épaisseur du demi-membraneux, et par la capsule suturée à la peau.

On ne court risque, non plus, de blesser aucune artère importante si l'on a soin de ne pas prolonger l'incision de la capsule au-dessous de l'interligne articulaire. Ceci surtout du côté externe. Du côté interne, la blessure de l'artère articulaire inférieure est moins à craindre encore, car elle est protégée par le tendon réfléchi, large et épais, du demi-membraneux sous lequel elle chemine. Pour ce qui est des articulaires supérieures on n'a pas à craindre leur ouverture, à condition de ne pas remonter au-dessus des condyles.

Avec ce procédé, non-seulement l'irrigation antiseptique de toute la jointure peut être absolument complète, mais il est impossible qu'une goutte des liquides articulaires puisse stagner dans quelque recoin de la synoviale. Pour que ces conditions pussent être remplies, il nous a semblé qu'il était nécessaire de donner à la jambe une flexion de 20° au moins.

ARTICULATION TIBIO-TARSIENNE. — On peut dire que presque toutes les incisions possibles ont été proposées. C'est ainsi que Hueter a ouvert la jointure en incisant transversalement toutes les parties molles antérieures (tendons, vaisseaux, nerfs). Je n'insisterai pas sur cette opération. Je ne m'étendrai pas davantage sur l'arthrotomie postérieure qui, outre l'inconvénient de nécessiter la section du tendon d'Achille et sa suture ultérieure, aborde l'articulation précisément par sa face la plus étroite et la plus profondément située. Aussi bien ces divers procédés, en y ajoutant ceux de Busch (de Berlin) et de bien d'autres, ne peuvent-ils convenir que pour les cas de tumeurs blanches et quand l'astragale doit être enlevé. Nous n'avons donc pas à nous étendre sur son application à l'arthrotomie telle que nous l'avons comprise.

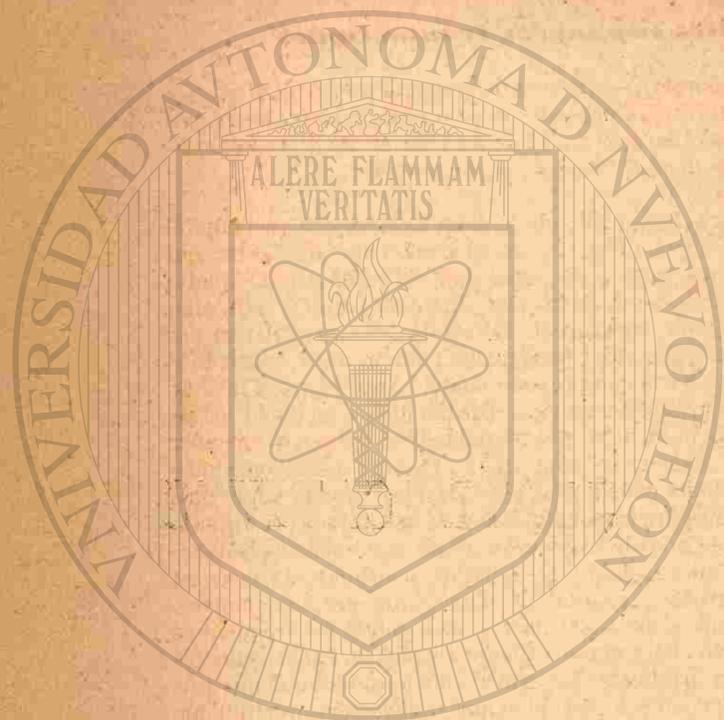
A moins d'exceptions, lorsqu'il ne s'agit que d'ouvrir la jointure pour évacuer un épanchement purulent ou hémorragique (ainsi que l'a fait Lister), il ne nous reste qu'une voie, c'est la face antérieure de l'articulation qui se recommande entre toutes par la situation superficielle de la synoviale à ce niveau et par la possibilité qu'on a de l'atteindre. On incisera donc suivant les indications, soit sur la ligne médiane, soit sur les parties latérales, en avant des malléoles interne et externe. Dans ces incisions auxquelles il ne sera pas nécessaire de donner plus de 2 ou 3 cent. d'étendue, on évitera avec soin la blessure des tendons, ainsi que celle des vaisseaux et des nerfs dont la situation anatomique est parfaitement déterminée et doit être rigoureusement connue.



PIÈCES JUSTIFICATIVES

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECA

OBSERVATIONS INÉDITES

Arthrites suppurées traumatiques

Obs. I (Paul Berger). — *Arthrite traumatique du genou droit, suppuration tardive, septicémie; ouverture du genou et drainage; hémorrhagie par ulcération de l'artère et de la veine poplitées, amputation de la cuisse, mort; autopsie.*

Le 23 mars 1886, était admis dans mon service, à l'hôpital Tenon (salle Seymour n° 12), un charretier âgé de 37 ans, qui quelques temps auparavant, avait déjà été traité par M. Gillette pour les suites d'une chute sur le genou droit; cent cinq grammes de sang auraient été retirés de cette articulation par une ponction aspiratrice; pendant un mois et demi, le membre avait été soumis à la compression ouatée. Néanmoins le malade ne sortit qu'incomplètement guéri de l'hôpital, et pendant les six mois qui suivirent, il ne put reprendre son métier ni marcher sans souffrir. Sans cause appréciable, 15 jours avant son admission, les douleurs étaient devenues de plus en plus vives, puis étaient survenus des frissons, de la fièvre, une grande prostration.

A son entrée nous le trouvons dans un état voisin de l'adynamie, avec stupeur, délire et agitation constante, la face est jaune et terreuse; coloration subictérique des conjonctives. La température dépasse 39 degrés et le pouls est fréquent et inégal. Du reste, l'examen des divers organes ne fait reconnaître aucune lésion manifeste; les urines sont normales quoique très colorées. Le genou est le siège d'une tuméfaction très notable avec fluctuation dans toute l'étendue de la synoviale; la peau, à ce niveau, est le siège d'une rougeur presque érysipélateuse, elle est très chaude; l'articulation est très douloureuse, même au repos. Il existe un œdème assez prononcé de la jambe.

Une ponction aspiratrice, pratiquée le 25 mars, amène l'évacuation de quatre à cinq cuillerées de pus bien lié, ne renfermant pas de bacilles. Le malade toussant presque constamment à l'ordinaire, et ayant perdu plusieurs enfants de méningite, on aurait pu croire à une arthrite tuberculeuse; mais l'examen de la poitrine pratiqué par M. le Dr Landouzy n'y démontra l'existence d'aucune lésion tuberculeuse. Je me rattache donc à l'idée d'une suppuration survenue tardivement dans une articulation atteinte d'arthrite traumatique ancienne, et, vu l'urgence, je pratique dès le lendemain l'ouverture et le drainage du genou.

Le malade étant endormi, je pratique deux incisions de six centimètres de long des deux côtés de la rotule; une troisième incision porte sur l'extrémité supérieure du cul-de-sac sous-tri-

capital de la synoviale. Deux gros tubes à drainage sont alors passés au travers de l'articulation vers le creux poplité où je les fais ressortir, l'un au côté externe, l'autre au côté interne de cette région, par deux incisions aussi latérales que possible. L'articulation est soumise à de grands lavages faits avec une solution phéniquée au 20°; le membre est rigoureusement immobilisé dans l'appareil à résection du genou de M. Lucas Championnière, et enveloppé d'un pansement de Lister fait avec soin.

Malgré une rémission de deux jours dans la marche de la température et de la fièvre, malgré la disparition presque complète de la suppuration, aucune amélioration réelle ne suivit cette opération.

Le malade resta dans un état d'indifférence absolue et de torpeur, la langue sèche, la respiration fréquente et pénible; le 26 et le 28 des épistaxis abondantes se produisirent; la température, qui était descendue d'abord à 38°, remonta et dépassa bientôt 39°, en même temps qu'une rougeur diffuse envahissait le membre et que, d'autre part, le 31 mars, apparaissait un gonflement œdémateux de la région parotidienne gauche: ce dernier augmentait rapidement; avant qu'il n'y eût même de tension, il survenait le 2 avril une déviation de la face vers la droite, en même temps que du pus se faisait jour par le conduit auditif externe. Une incision profonde portant sur le tissu même de la glande n'amena qu'une évacuation purulente très faible, mêlée à des lambeaux de tissu cellulaire et de glande sphacélés. Malgré cette incision, une nouvelle ouverture spontanée se faisait dans le pharynx le 5 avril.

Le jour même, l'état du malade devenant de plus en plus alarmant, je constatai qu'il s'était fait un peu d'hémorrhagie par deux des incisions placées sur la partie antérieure du membre. Je résolus d'enlever les tubes à drainage, craignant qu'ils n'eussent déterminé quelque travail d'ulcération, mais à peine eus-je retiré le tube qui traversait en dedans le creux poplité, qu'un énorme jet de sang, une trombe véritable, sortit par l'orifice laissé libre; l'artère poplitée était manifestement la source de cette hémorrhagie qui fut instantanément arrêtée par la compression digitale, puis par l'application d'une bande d'Emarch. Séance tenante, le malade fut endormi, et la cuisse fut amputée dans son tiers moyen. Il n'y avait pas de fusée purulente dans le triceps, mais il en existait une au creux poplité entre le soléaire et les muscles profonds.

Les jours suivants l'état du malade ne fit qu'empirer; il tomba dans une prostration adynamique complète, la température oscillant dans les environs de 40°, et il succomba le 10 avril, 5 jours après l'amputation.

L'autopsie a donné les résultats suivants: les poumons ne

renferment pas de tubercules, ils sont congestionnés et œdémateux; le cœur est flasque et décoloré; la rate augmentée de volume et diffuse; le foie est volumineux, il paraît stéatosé; les reins, très congestionnés, sont atteints de dégénérescence graisseuse de la substance corticale.

Le genou présente un épaissement énorme de la synoviale; la suppuration n'a franchi ses limites qu'en un point, au niveau de l'interstice des jumeaux et du soléaire, où existe une fusée peu considérable. Les ligaments sont sains et présentent leur résistance normale ainsi que les ménisques; les cartilages diarthro-diaux sont colorés en rouge, mais lisses et adhérant fortement aux os qui ne sont dénudés nulle part. La surface interne de la synoviale est tomenteuse, très injectée; elle ne renferme presque pas de pus.

L'artère et la veine poplitées présentent chacune une perforation des dimensions d'une lentille; les bords de ces perforations sont amincis; elles procèdent manifestement d'un travail d'ulcération. Au dessous de la perforation, la veine est oblitérée par un caillot solide.

Ces perforations siègent au côté interne des deux vaisseaux, précisément au niveau de l'interligne; elles correspondent exactement au point où le tube à drainage interne passait en dedans d'eux après avoir traversé le ligament postérieur de l'articulation.

Obs. II (Dr E. Bœckel, de Strasbourg). — *Arthrite suppurée traumatique* (suite de plaie pénétrante).

Rapinard (Ch.), 18 ans. Entre le 22 janvier 1883 avec une arthrite suppurée du coude, suite d'une petite plaie pénétrante datant de huit jours. Arthrotomie, désinfection, drainage. La fièvre ne tombe pas: *résection* le 27 janvier. Guérison avec mouvements étendus.

Obs. III (Dr E. Bœckel). — *Arthrite suppurée traumatique du genou* (suite de plaie pénétrante).

Entré le 2 août 1884. Blessure du genou par coup de hachette, il y a trois semaines; plaie presque cicatrisée. Rétention de liquide séro-purulent dans l'article. Arthrotomie; drainage. Guérison par ankylose.

Obs IV (Dr E. Bœckel). — *Arthrite traumatique du genou* (suite de plaie pénétrante).

Simon (Joseph), 40 ans. Entre le 28 novembre 1884 avec une arthrite suppurée, suite de plaie du genou négligée. Phlegmon de la cuisse. Incisions; arthrotomie. Guérison par ankylose.

OBS. V (D^r E. Bœckel). — *Arthrite suppurée du genou*
(kyste synovial excisé).

Joseph Z..., 12 ans. 31 janvier 1885. Arthrite suppurée du genou avec kyste synovial du demi-membraneux. Excision d'une partie de sa poche. Incisions multiples. Guérison par ankylose.

OBS VI (D^r Jules Bœckel, de Strasbourg). — *Coup de couteau dans le cul-de-sac sous-tricipital. Arthrotomie le huitième jour. Guérison avec conservation intégrale de tous les mouvements. Succès maintenu (trois ans). 1883.*

Blum (Théophile), 64 ans, boucher. En voulant désosser un quartier de viande, laisse glisser son couteau et se fait, à un travers de doigt au-dessus de la rotule gauche, une plaie oblique en bas et en dehors. Ecoulement de sang modéré. Le D^r V. (de Brumath), appelé aussitôt, désinfecte la plaie (solution phéniquée forte à 5 0/0) et immobilise le membre au moyen de bandes de tarlatane apprêtées.

Les six premiers jours, tout marche à souhait; puis survient du gonflement, de la rougeur au pourtour de la plaie. Empatement diffus dans le creux poplité. Appelé deux jours après, je constate :

8 mars 1883; le genou est chaud, tuméfié, fluctuant. La suppuration est abondante par la plaie qui mesure 5 cent. de longueur. Température du soir : 39°,8. Il y a indication à débrider le genou.

Opération. Anesthésie chloroformique. La plaie primitive est élargie, on lui donne 8 cent., 2 incisions de décharge sont faites aux côtés externe et interne de la jointure : elles mesurent 8 cent. de long et sont situées immédiatement en avant des ligaments latéraux. Deux incisions sont nécessaires dans le creux poplité : elles donnent, ainsi que les précédentes, une abondante quantité de pus sanieux et fétide. Enfin, contre-ouverture à l'extrémité supérieure du cul-de-sac sous-tricipital. Désinfection énergique (solut. phéniq. forte); drainage de part en part; pansement antiseptique improvisé avec compresses phéniquées (solut. faible), et coton salicylé. Pas d'appareil inamovible; nous n'en avons pas sous la main.

Dès le lendemain, 9 mars, la fièvre est tombée. Les suites sont des plus favorables; on supprime les drains au bout de quarante-huit heures pour les remplacer par des bouts de tube très courts, qu'on enlève les uns après les autres après, quatre, six et dix jours.

Le 20 mars, les plaies ne donnent que quelques gouttes de sérosité à peine trouble. Trois pansements suffisent encore pour

amener la cicatrisation définitive. Celle-ci est acquise le 15 avril. On commence à mobiliser la jointure. Les mouvements se rétablissent graduellement; le 15 juin, le malade dépasse l'angle droit. Dans le courant d'août, il reprend ses travaux habituels; les mouvements ont encore gagné en souplesse et en ampleur.

Trois ans après, la guérison se maintient.

OBS. VII (D^r Jules Bœckel). — *Chute sur le genou. Ouverture de l'articulation. Accidents inflammatoires, le quinzième jour, nécessitant l'arthrotomie. Guérison en quinze jours, avec rétablissement parfait de la mobilité. Succès maintenu (4 ans).*

Albert (N.), 9 ans, est amené à la consultation chirurgicale de l'hôpital civil de Strasbourg le 9 août 1882.

La personne qui l'accompagne nous raconte que l'enfant a fait, il y a quinze jours, une chute sur le genou. On se contenta, bien qu'il y eût une plaie assez profonde, de lui appliquer des compresses froides; au bout de trois jours, l'enfant, ne ressentant plus la moindre douleur, se leva pour aller jouer avec ses camarades. Mal lui en prit : huit jours après, le genou enfla; les parents inquiets le font conduire à l'hôpital.

A l'entrée, je constate au côté antéro-externe du genou droit une plaie contuse, longue de 4 cent., donnant un liquide sanieux. Culs-de-sac douloureux à la pression. Traits altérés. Je me décide à l'arthrotomie.

Arthrotomie le 24 août. Débridement de la plaie existant déjà et à laquelle je donne 8 cent.; elle contourne le bord externe de la rotule pour se rapprocher du ligament latéral externe. Contre-ouverture de 8 centim. au côté interne du genou et à l'extrémité supérieure du cul-de-sac rotulien. L'article est lavé à la solution forte, drainé par trois tubes; l'on immobilise le membre sur une attelle à pédale : pansement avec gaze iodiformée et coton hydrophile.

Le 25 août. T. m. 36°,9; t. s. 37°,2.

Le 26 août. T. m. 36°,6; t. s. 37°,4.

Premier pansement, ce jour-là, pour retirer les tubes : pas une gouttelette de pus. Ce pansement est maintenu huit jours. 3 septembre. Nouveau pansement; cautérisation au nitrate d'argent.

Le 8. On remplace l'attelle par un bandage silicaté. L'enfant quitte l'hôpital.

Le 30. Il se présente à la consultation, demandant à être débarrassé de son bandage, qui ne l'a pas empêché de marcher depuis sa sortie. On enlève l'appareil : guérison parfaite, mouvements de flexion et d'extension déjà très étendus, malgré les trois semaines d'immobilisation. Depuis lors, les mouvements

se sont tout à fait rétablis; le talon, deux mois après, arrive facilement au contact de la fesse.

Résultat maintenu (4 ans).

Obs. VIII (D^r Jules Bœckel). — *Chute sur le genou. Plaie pénétrante; arthrite suppurée consécutive. Arthrotomie au bout d'un mois. Guérison par ankylose.*

La petite N..., 7 ans, se fait en tombant sur le genou une plaie de 3 cent. à un travers de doigt au-dessous de la rotule. (Décembre 1884.) Ecoulement de synovie et d'une petite quantité de sang. Un médecin appelé se borne à prescrire le repos, des compresses froides, puis, au bout de quatre à cinq jours, des cataplasmes.

Peu après, se déclarent les symptômes d'une arthrite suppurée: genou à demi fléchi, chaud, douloureux; empatement du cul-de-sac supérieur et du creux poplité. L'aggravation s'accroît assez pour que se pose la question d'amputer. Le 8 janvier, je suis appelé pour la première fois.

Je propose, avant d'en venir à une intervention aussi radicale, de pratiquer l'arthrotomie; tout en ne dissimulant pas la gravité du cas et que l'ankylose est la terminaison la plus favorable qu'il soit possible d'obtenir.

Opération. Chloroforme. 2 incisions de 6 cent. le long des ligaments latéraux; 2 incisions sur le prolongement synovial supérieur qui est rempli d'un pus extrêmement fétide; en outre, 3 incisions inférieures, dont une dans le creux poplité. Drainage d'outre en outre, après une désinfection énergique (solut. forte); attelle à pédale. Pansement: gaze iodoformée et coton.

Sous l'influence de cette intervention, l'état général s'améliore rapidement; au bout de quinze jours, ouverture et drainage d'un nouvel abcès au côté interne du creux poplité.

Guérison définitive au bout de deux mois. Ankylose totale; genou fléchi à angle obtus. Marche avec semelle élevée.

Obs. IX (D^r Jules Bœckel). — *Plaie pénétrante du genou. Arthrite consécutive. Arthrotomie au bout de quatre semaines. Guérison par ankylose.*

N..., 24 ans, demeurant à O..., se blesse au genou gauche avec le tranchant d'une hache, dans le courant de février 1884. La plaie, située au-dessus de la rotule, mesure 4 centimètres; elle est parallèle à l'axe du membre et ne donne, lors de l'accident, qu'une petite quantité de sang.

Pansement antiseptique quelques heures après; immobilisation sur une attelle à pédale, par le D^r Kummer. Malgré ce traitement, la suppuration envahit l'article et nécessite une incision au côté externe de la jointure. Les accidents persistent; empatement diffus de tout le genou. Fièvre à 40° le soir.

Opération. Je vois le malade pour la première fois au bout d'un mois, et pratique, avec l'assistance de MM. les D^{rs} Kummer et Moritz, deux longues incisions de chaque côté de la rotule: elles mesurent 15 centimètres de longueur et laissent échapper un pus bien lié, non fétide. Plusieurs contre-ouvertures sont nécessaires au-dessus et au-dessous de l'article; la plus inférieure est située à la face postérieure du mollet, au niveau du tiers supérieur. Désinfection au chlorure de zinc, drainage, attelle à pédale.

Dans le courant de l'été, plusieurs fusées se produisent vers la jambe; les plaies de l'arthrotomie sont cicatrisées, sauf l'une d'elles, interne, qui reste fistuleuse pendant plus de dix-huit mois.

Le malade se lève et travaille depuis l'été de 1885. Aujourd'hui, guérison complète; ankylose totale.

Obs. X (D^r Jules Bœckel). — *Plaie pénétrante du genou. Arthrite suppurée. Arthrotomie au bout de six semaines. Guérison (à une fistule près). Mort, six mois après, d'érysipèle.*

Picot (A.), 48 ans. Est frappé, le 10 juillet dernier (1885), par un coup de pioche qui lui fait au genou gauche, à un travers de doigt en dehors de la rotule, une plaie de 2 centimètres de longueur, irrégulière, oblique en dedans. Pansement iodoformé.

Le quatrième jour, la suppuration s'établit. Genou tuméfié, chaud, douloureux, empatement le long du fascia lata. Le 28 juillet, ouverture et drainage du foyer en question; l'arthrite fait des progrès et nécessite une intervention plus active.

Le 13 août. Arthrotomie: deux incisions latérales le long de l'article, de chaque côté de la rotule; le pus a fusé jusqu'au voisinage de l'anneau des adducteurs; incision en ce point. Trois incisions au tiers supérieur de la jambe, incision de décharge à l'extrémité supérieure du cul-de-sac sous-tricipital. Drainage; désinfection énergique avec solution phéniquée à 5 0/0. Pansement avec gaze iodoformée et coton hydrophile; bande ordinaire, attelle à pédale.

Suites des plus favorables: l'état général, déplorable au début, s'améliore rapidement.

Le 15 septembre, les plaies sont aux trois quarts cicatrisées; les drains ont été supprimés au bout de trois jours et remplacés par des bouts de tube très courts.

Je n'ai plus de nouvelles de mon opéré, que suit le D^r Édél.

Le 10 octobre, on m'appelle en consultation. Je constate que la plaie située au voisinage de l'artère crurale donne du pus en abondance. Le genou est en parfait état; à la jambe, deux foyers que l'on incise, ainsi que le foyer de la cuisse.

Tout rentre dans l'ordre et, au bout de quinze jours, le malade

peut être considéré comme guéri. L'attelle est supprimée; le malade se lève. Vers la mi-janvier, une petite plaie située au côté externe de la cuisse, en dehors de l'article, se rouvre, et, deux jours après, se déclare un érysipèle qui envahit tout le membre, depuis le tiers moyens de la cuisse jusqu'au voisinage des malléoles. Le genou est resté bien cicatrisé. On transporte le malade à l'hôpital, toutes les médications échouent contre l'érysipèle. Mort dix jours après.

Obs. XI (Dudon, de Bordeaux). — *Arthrite traumatique du genou droit. Incision. Élimination de la synoviale. Drainage. Guérison par ankylose.*

En 1883 entra dans mon service un garçon de 20 ans pour y être traité d'une arthrite du genou.

Quelques jours avant son arrivée, ce garçon s'était donné, avec l'extrémité pointue d'une hache, un coup, au niveau du cul-de-sac sous-tricipital, en dehors du tendon du triceps. La plaie était étroite (1 centimètre), mais elle avait dû ouvrir la synoviale, car le malade prétendait qu'il s'était écoulé, après l'accident, un liquide ressemblant à de l'huile. Aucun traitement n'avait été employé; le malade avait continué à marcher. Des accidents inflammatoires, survenus cinq ou six jours après l'accident, l'amènèrent à l'hôpital. Genou très gonflé, rouge, douloureux, fluctuation, fièvre: tout indiquait l'existence d'une arthrite purulente.

Longue incision sur le côté externe de l'articulation. Écoulement d'une assez grande quantité de pus; un paquet de tissu sphacélé se présente à la plaie: je le retire avec les pinces; il est assez volumineux et représente le cul-de-sac synovial éliminé.

Désinfection de la plaie et de l'article avec le chlorure de zinc; drainage, pansement de Lister: gouttière.

La guérison s'est faite sans encombre dans un mois, et le membre est resté dans la rectitude avec une ankylose.

Obs. XII (E. Kirmisson). — *Fracture comminutive de la rotule. Arthrite suppurée du genou. Arthrotomie. Guérison.*

Le 30 août 1884, V. (Georges), âgé de 23 ans, maçon, tombe d'un échafaudage placé à la hauteur d'un 3^e étage. Il est apporté quelques heures après à la Pitié dans le service de M. Verneuil que j'avais l'honneur de suppléer. Dans sa chute, ce jeune homme s'est fait des lésions multiples. Il porte au front une plaie assez étendue, mettant à nu le périoste: le radius gauche est fracturé dans son tiers inférieur; il y a, à la jambe gauche, quelques éraflures sans importance, mais une lésion grave existe au niveau du genou gauche. On note en ce point la pré-

sence d'un gonflement considérable localisé dans la bourse séreuse prérotulienne. Ce gonflement, mollasse, pâteux, donne bien la sensation d'un épanchement sanguin, cache entièrement la rotule, et rend très difficile son exploration. Cependant, en déprimant assez fortement la partie supérieure du gonflement, il semble qu'on perçoive un enfoncement répondant à l'interstice des fragments de la rotule fracturée. La plaie de tête est pansée à la pommade borique: une attelle plâtrée est appliquée au niveau de la fracture du radius. Quant au membre inférieur gauche, il est enveloppé dans un pansement ouaté, qui reste en place jusqu'au 7 septembre.

Dès le 6 septembre, le malade accuse de vives douleurs dans l'articulation.

Le 7. Les douleurs persistent, l'appareil est supprimé. On trouve au devant du genou, une inflammation vive se traduisant par de la rougeur et du gonflement au pourtour de la collection sanguine précédemment décrite. Le membre est placé dans une gouttière, une vessie de glace est appliquée sur la partie antérieure de l'articulation.

Le 9. On trouve le genou taché par un liquide sanguinolent. L'ouverture de l'épanchement sanguin s'est faite spontanément par un pertuis étroit que l'on débride au bistouri. Il s'écoule une certaine quantité de liquide brunâtre, de couleur chocolat. Un drain est introduit dans la poche, et le genou enveloppé dans un pansement de Lister.

Le 11. La température s'élève: le 10 au soir elle était de 40°. Attribuant cette élévation thermom. à l'écoulement insuffisant du pus, l'on pratique au devant du genou une large incision cruciale, qui permet de constater directement la fracture de la rotule, et un vaste décollement de la peau sur les parties supérieures et latérales de l'articulation. La fracture rotulienne est esquilleuse: elle comprend trois fragments principaux dont un supérieur, un inférieur et un troisième, plus petit, situé au côté externe. Le doigt pénètre entre les fragments jusqu'à la gorge intercondylienne. La plaie est soigneusement lavée avec la solution phéniquée forte, et un pansement de Lister est placé.

Mais, en dépit de larges débridements et de l'emploi des antiseptiques, la situation s'aggrave au lieu de s'améliorer: le soir du 11, la température s'élève à 40,6. En présence de ces symptômes, l'arthrotomie est décidée.

Elle est pratiquée le 13. Deux incisions, longues de 8 à 10 centim. sont faites sur les parties latérales de l'articulation. Les tissus sont incisés couche par couche, et les artères liées avant de pénétrer dans la jointure. L'articulation est soigneusement débarrassée de tous les caillots qu'elle renfermait: puis elle est lavée avec une solution de chlorure de zinc au 1/10. Les fragments supérieurs et inférieurs de la rotule sont suturés avec du fil d'argent: enfin, deux gros drains, introduits par les plaies

latérales, viennent sortir de chaque côté de la rotule par l'ouverture antérieure de l'articulation. Le membre, enveloppé dans un pansement de Lister, est placé dans une gouttière.

Pendant quatre jours encore, la température oscille aux environs de 40°, mais à partir du 18, elle descend à 39°. Le 23, elle tombe aux environs de 38° pour ne plus remonter.

Pendant les premiers temps, le pansement est fait chaque jour, et des lavages à la solution forte sont pratiqués dans les deux gros drains.

A partir du 23, la suppuration est si peu abondante que le pansement n'est plus renouvelé que tous les deux jours.

Le 30. Le membre est placé dans un appareil plâtré; la suppuration est presque nulle. On enlève les deux gros drains, et on les remplace par deux petits drains placés debout dans chacune des plaies latérales de l'articulation.

L'observation s'arrête au 4 octobre: à ce moment, les plaies latérales sont réduites à une très petite étendue: la suppuration est minime, la plaie antérieure est presque cicatrisée. A partir de ce moment, est survenue une grave complication; une ostéite de l'extrémité inférieure du fémur ayant déterminé une hyperostose considérable, M. Verneuil a dû, plus tard, pratiquer la trépanation du fémur de part en part et enlever quelques esquilles.

Le malade a guéri avec une ankylose du genou.

Obs. XIII Prof. Gross (de Nancy). — *Plaie contuse à la face interne du genou droit. Arthrite suppurée consécutive. Arthrotomie antiseptique. Guérison.* (Observation recueillie par M. Knöpfner, interne du service).

Le jeune B... (Cyprien), âgé de 9 ans 1/2, de Blainville (Meurthe-et-Moselle), est apporté au service de M. le professeur Gross, le 15 avril 1885. En cherchant à monter derrière une voiture en marche, cet enfant eut le pied droit pris dans la roue de derrière. Celle-ci accrocha les téguments de la face interne du genou; le voiturier ayant arrêté à temps sa voiture, le petit blessé descendit lui-même, mais il lui fut impossible de marcher. Relevé par le voiturier il fut conduit dans sa famille. Le médecin appelé fit apporter le jeune garçon à l'hôpital.

État actuel. — C'est un enfant assez chétif, lymphatique, sans antécédents morbides. On constate une plaie contuse de la région interne du genou droit, de 0 m. 06 à 0,065 dans tous les sens; les téguments ont été arrachés et ont disparu; l'aponévrose est dilacérée; ni hémorrhagie, ni écoulement de synovie. L'articulation paraît intacte. Pourtant les mouvements de flexion déterminent de la douleur; celle-ci semble due au tiraillement des bords de la plaie.

Quelques érosions superficielles à la partie antérieure de la jambe droite. Mouvement fébrile insignifiant, T., 36 à 37,8; P., 116.

Le *diagnostic* porté est, jusqu'à preuve contraire, *plaie contuse des téguments de la partie interne du genou droit.*

Lavage de la plaie à l'eau phéniquée. Compresses phéniquées humides. Immobilisation sur une attelle de Bœckel.

Les lendemain et surlendemain, 16 et 17 avril, le thermomètre monte jusqu'à 39,2. On craint quelque complication du côté de l'articulation, due au transport à l'hôpital.

Le 18 et le 19. La fièvre tombe de nouveau, le thermomètre descend à 37,2. P. à 100°. Le petit blessé se trouve mieux, il a pu dormir. On ne constate rien de particulier du côté de l'articulation: la plaie se déterge et commence à bourgeonner, néanmoins les bourgeons restent peu marqués.

Le 19 au soir, le thermomètre monte brusquement à 39,5; le moindre mouvement imprimé au membre détermine des cris et des pleurs. Légère rougeur des téguments à la partie inférieure de la plaie; le genou est tuméfié. Un léger épanchement existe dans l'articulation.

Le 20. Le petit blessé s'est plaint toute la nuit. On le chloroformise pour pouvoir l'examiner et se rendre compte s'il existe ou non une ouverture de l'articulation. Il semble qu'en pressant légèrement sur les côtés du ligament rotulien au niveau du bourrelet synovial qui est tuméfié, on fait sortir un peu de liquide muqueux à la partie inférieure de la plaie. On pense répéter l'examen le lendemain, et si le fait se reproduit, on pratiquera immédiatement l'arthrotomie.

Le 21. Le lendemain, le petit malade se sent un peu mieux, il souffre moins; la pression sur l'articulation tuméfiée, au niveau des culs-de-sac, ne détermine plus d'écoulement analogue à celui qui a été constaté la veille, mais en pressant légèrement dans le creux poplité, on provoque un léger flot de pus. On conclut à un décollement dans le creux poplité, et on attribue à cet accident le mouvement fébrile qui existe depuis l'avant-veille. Quant à l'épanchement intra-articulaire, on attribue sa production à une irritation de voisinage.

Même état et même incertitude jusqu'au 28 avril. Pourtant, à plusieurs reprises le thermomètre monte jusqu'à 40° le soir.

A cette date, en changeant le pansement et en pressant légèrement au niveau des culs-de-sac synoviaux, on détermine bien manifestement l'écoulement par la plaie d'une certaine quantité de liquide purulent, muqueux. Il n'y a plus de doute possible, celui-ci vient de l'intérieur de l'articulation. Il existe une *arthrite suppurée* et on décide l'*arthrotomie*.

Séance tenante, on chloroformise le petit malade, puis on pratique avec le thermo-cautère deux incisions d'environ 8 centim., l'une au niveau de la plaie, l'autre sur le côté ex-

terne du genou droit; une troisième ouverture est faite dans l'axe du membre au-dessus de la rotule, de manière à ouvrir le cul-de-sac sous tricipital. Un gros drain est placé dans chacune des ouvertures faites à l'articulation. Lavage de l'intérieur de l'articulation avec la solution phéniquée faible (2 0/0). Pansement de Lister. Immobilisation sur une attelle en bois de Bœckel.

L'enfant se réveille facilement, et dit se sentir soulagé; le soir, le thermomètre ne monte plus qu'à 38,6.

Le 30. On renouvelle le pansement. Le genou n'est plus tuméfié; l'aspect de la plaie primitive s'est notablement modifié. Les bourgeons présentent bon aspect. Les incisions se détergent, le petit opéré ne souffre plus. La fièvre est tombée depuis l'arthrotomie. L'appétit est bon; l'état général excellent.

1^{er} mai. Deuxième pansement. Bon état des plaies, qui commencent à bourgeonner. Le soir, la température monte de nouveau à 40°.

Le 2 au matin, elle est de nouveau tombée à 37,8; le malade ne souffre aucunement, et se laisse approcher sans crainte.

Le soir, encore une fois, température élevée à 39,8.

Le 3. Troisième pansement. Rien de particulier ni du côté des plaies, ni du côté de l'articulation. Peut-être suppuration un peu plus abondante. Le soir, la température reste à 38°. A partir de ce jour, le thermomètre flotte entre 37° le matin et 37,5 le soir.

Le 9. Quatrième pansement. On a supprimé le drain extérieur.

Le 15. Cinquième pansement. Plaies bourgeonnantes d'excellent aspect. On enlève le drain interne. Le petit malade est toujours gai, mange et dort bien.

Le 18. Sixième pansement. On supprime le dernier drain, celui de l'ouverture du cul-de-sac sous-tricipital. Pansement à l'iodoforme et au coton salycillé.

Le 23. Les plaies ont toujours très bon aspect, sont en bonne voie de cicatrisation. Le genou présente sa forme normale.

Le 25 juin. La plaie externe est cicatrisée.

Le 4 juillet. La plaie au niveau du cul-de-sac sous-tricipital est fermée. On supprime l'attelle de Bœckel et on immobilise le membre dans un appareil plâtré, de manière à permettre au petit malade d'être levé et assis sur un fauteuil, le membre étendu sur une chaise.

A partir de ce jour, l'enfant est levé tous les jours.

Le 13. La plaie interne est cicatrisée à son tour, le petit opéré circule avec des béquilles.

Le 30. On enlève tout, appareil et pansement, l'enfant rentre dans sa famille.

Il vient se présenter de temps en temps au service. On lui conseille de commencer des mouvements de flexion du genou.

Vers la mi-août il quitte les béquilles.

Les mouvements de l'articulation sont revenus en grande partie, mais non complètement. La flexion n'arrive pas à angle droit, mais le petit garçon n'en est nullement gêné. Il court toute la journée et se livre à tous les exercices des enfants de son âge.

Il a été revu tout récemment (mars 1886), par un élève du service; la situation, paraît-il, ne s'est plus modifiée.

Obs. XIV (Clinique chirurgicale de la Faculté de médecine de Nancy, service de M. le professeur Gross). — *Contusion du genou. Phlegmon et abcès prérotulien. Arthrite suppurée. Arthrotomie. Guérison.* — (Obs. recueillie par M. Lefranc, interne du service.)

Le jeune Arthur M^{...}, âgé de 9 [ans 1/2, entre au service le 27 février 1886.

Pas d'antécédents héréditaires. A eu une bronchite il y a deux mois.

Il y a trois semaines, chute sur la face antérieure du genou gauche; gonflement du genou, douleur, difficulté de la marche.

Le D^r E. Lévy, médecin de la famille, constate un phlegmon à la face antérieure de l'articulation, traitement par des cataplasmes, l'onguent mercuriel et l'immobilité. Le gonflement s'étend à toute la région, gagne l'articulation.

Une collection se fait à la face antérieure, en avant de la rotule. Le médecin traitant croit à un hygroma suppuré. Ouverture spontanée de l'abcès. Le gonflement de l'articulation persiste; un épanchement intra-articulaire est reconnu. Le jeune blessé est adressé au service de M. Gross.

État actuel. — Enfant pâle, assez chétif, lymphatique. Douleurs assez vives dans le genou gauche. Celui-ci a considérablement augmenté de volume; sa circonférence, au-dessus de la rotule, mesure 31 centimètres 1/2 (la circonférence du genou droit est de 0^m 25); sa forme est globuleuse; les creux qui existent normalement de chaque côté de la rotule sont effacés, le cul-de-sac sous-tricipital fortement distendu; les saillies osseuses ont complètement disparu. L'articulation est remplie par un épanchement considérable.

Les téguments montrent un réseau veineux dilaté et des plaques rougeâtres, diffuses. Au devant de la rotule, existe une ulcération, arrondie, de 0^m 02 de diamètre, résultat de l'ouverture spontanée de l'abcès prérotulien, et par laquelle s'écoule une petite quantité de pus. Le genou est douloureux à la pression dans toute son étendue; au moindre mouvement l'enfant jette un cri. On diagnostique une *arthrite suppurée*.

L'état général de l'enfant laisse à désirer; celui-ci est pâle, souffre beaucoup, ne mange pas, a de la fièvre.

Le membre est immobilisé sur une attelle de Bœckel, et le genou recouvert par des compresses phéniquées humides.

Le 1^{er} mars, pendant qu'on explore le genou, et qu'on exerce quelques légères pressions sur les côtés de l'articulation, on détermine l'écoulement dans la plaie prérotulienne d'une certaine quantité de liquide purulent, visqueux. L'ouverture de l'articulation est reconnue et l'arthrotomie décidée pour le lendemain, 2 mars.

Opération. — Chloroformisation. Précautions antiseptiques ordinaires. Incision de 0^m 06 sur le côté externe de l'articulation. Même incision sur le côté interne; un flot de liquide s'échappe de l'une et de l'autre de ces incisions. Avec le doigt introduit dans l'articulation, on fait saillir le cul-de-sac sous-tricipital, et on pratique une troisième incision au sommet de celui-ci. Il s'est écoulé en tout 300 grammes d'un pus visqueux. Lavage de l'intérieur de l'articulation avec une solution phéniquée tiède de 2 0/0. On place deux drains dans chacune des trois ouvertures. L'examen de la plaie prérotulienne révèle une légère dénudation de la face antérieure de la rotule.

Les plaies sont recouvertes de gaze iodoformée, par-dessus on applique un pansement de Lister complet. Tout le membre est entouré de lames de coton et fixé sur une attelle en bois, de Bœckel.

Suites de l'opération. — Elles ont été absolument bénignes. Le petit opéré s'est réveillé sans douleurs; le soir, sa température est de 37°,8; elle a oscillé les jours suivants entre 37° et 37°,6.

Le pansement est renouvelé pour la première fois le 4 mars; on vérifie les drains, on en supprime un dans chacune des plaies. Le genou a beaucoup diminué de volume, la petite ulcération prérotulienne prend bon aspect.

11 mars. Deuxième pansement. On remplace les drains restants par d'autres d'un calibre moindre. La plaie prérotulienne est très diminuée. Les plaies des incisions sont rétrécies, bourgeonnent. Le petit opéré ne souffre pas et va tout à fait bien.

18 mars. Troisième pansement. Les plaies ont très bon aspect. On enlève les deux drains latéraux, pour ne laisser que celui du cul-de-sac supérieur.

24 mars. Quatrième pansement. Les plaies latérales sont comblées et se rétrécissent. On enlève le dernier drain.

30 mars. Cinquième pansement. Les plaies bourgeonnent bien et se rétrécissent. La plaie supérieure est presque fermée; celle de la région prérotulienne, réduite à une petite fistulette. La région de l'articulation reste légèrement tuméfiée.

Pansement les 5, 15 et 22 avril.

A cette dernière date le malade peut-être considéré comme

guéri; la cicatrisation est presque terminée. Le résultat immédiat est donc favorable. (L'opéré est encore au service) (1).

Obs. XV (Charles Monod). — *Arthrite traumatique du genou avec ouverture de l'article.* — *Arthrotomie de nécessité.* — *Drainage.* — *Guérison avec ankylose.*

S. — Jeune garçon, 11 ans. Chute dans un carreau de vitre, le 8 juin 1883, à huit heures du soir.

Je vois l'enfant à onze heures du soir le même jour. Plaie à bords écartés, de trois à quatre cent. de long siégeant à la face externe du genou. L'enveloppe aponévrotique du genou est à nu au fond de la plaie. Écoulement sanguin notable. Pas d'écoulement appréciable de synovie. On ne voit, on ne sent aucun fragment. La plaie est nette.

Je crois pouvoir faire une suture complète (cinq fils d'argent) sans drain. Pansement à la gaze phéniquée.

9 juin. Nuit sans sommeil, sans fièvre.

La fièvre s'allume vers dix heures du matin, avec douleur locale; pansement. Pas de sang, pas de tension de la ligne de suture.

10 juin. Même état. Fièvre persiste (P. 130). Nuit mauvaise; de plus, gonflement considérable et douleurs de toute l'articulation du genou. Ablation des sutures. Rien ne coule dans la plaie désunie.

11 juin. Nuit meilleure. Douleurs locales. Température soir 38° 9. Suintement considérable dans le pansement, provenant évidemment de l'articulation. Gouttière.

12 juin. Le pansement est de nouveau très mouillé, de plus, par pressions sur le genou distendu on fait sourdre par la plaie un liquide séro-sanguinolent. Température 38. 2.

Arthrotomie. Longue incision au niveau du cul-de-sac inférieur et externe de l'articulation, ouvrant largement l'article, liquide séro-sanguinolent, pas de pus.

La plaie primitive est de plus débridée, un drain, pénétrant par cette plaie, sort par l'incision qui vient d'être faite.

Je constate que l'ouverture de l'articulation, au niveau de la plaie, était plus considérable qu'on ne pensait. Attelle plâtrée postérieure. Température soir 39. 5.

13 juin. Nuit bonne, sommeil. Pas de souffrance. Température matin 38.5; soir 39. 2. Tension articulaire moindre. Peu de liquide dans le pansement.

(1) Le 16 mai 1886, M. le professeur Gross a la bonté de m'écrire que les plaies sont entièrement cicatrisées, que le genou a très-notablement diminué de volume et conserve de la mobilité. M. Gross considère que le résultat définitif sera excellent.

14 juin. Matin 38. 6; soir 38. 8.
 15 juin. » 37. 4; » 38. 9.
 16 juin. » 37. 5; » 38. 5.
 17 juin. » 38; » 38. 6.

La partie interne de l'articulation est devenue tendue et douloureuse. Par pression en ce point on fait sortir à travers le tube un liquide louche, très fluide, rosé, qui, dès le 18, est devenu franchement purulent.

18 juin. Un nouveau point douloureux se montre à la partie antérieure de la cuisse au delà des cavités apparentes de la synoviale; par pression sur ce point on fait sortir par le drain une quantité notable de pus.

La synoviale a été évidemment perforée à ce niveau, car l'inflammation gagne du côté de la cuisse. Continuation du drain.

Les autres régions de l'articulation sont relativement indemnes. La pression, de chaque côté du tendon rotulien, et sur la partie déclive interne du cul-de-sac supérieur de la synoviale, ne révèle aucune douleur.

L'inflammation paraît limitée à la partie externe et supérieure de l'articulation.

20 juin. Matin 38;	soir 38. 6.	Rien de particulier à noter.
21 » »	37. 7; » 38. 8.	La suppuration est peu abondante. Les pansements, renouvelés tantôt le matin seulement, tantôt matin et soir,
22 » »	37. 6; » 39.	
23 » »	38; » 39.	
24 » »	38; » 38. 5.	
25 » »	37. 5; » 39. 9.	suivant l'état de la température, sont restés douloureux.
26 » »	37. 8; » 38. 8.	
27 » »	37. 7; » 39. 5.	Bien que le membre soit maintenu sur une attelle plâtrée,
28 » »	37. 8; » 39. 8.	le fait seul de le sortir de la gouttière en fil de fer cause de vives souffrances.
29 » »	37. 3; » 38. 5.	
30 » »	37. 4; » 38. 7.	
1 ^{er} juill. Matin 37. 8;	» 40.	
2 » »	37. 9; » 38. 5.	Je fais, à cause de cela, appliquer une gouttière à valves qui permet les pansements sans bouger le membre.
3 » »	37. 5; » 40.	
4 » »	37. 5; » 39. 2.	
5 » »	37. 5; » 39. 5.	
6 » »	37. 8; » 38. 3.	La température se maintient élevée le soir; je n'en trouve d'autre cause que l'extension
7 » »	37. 5; » 37. 8.	
8 » »	37. 5; » 38.	
9 » »	37. 6; » 38. 4.	des phénomènes inflammatoires à toute l'articulation.

Je me tiens prêt à faire de nouvelles contre-ouvertures, elle ne deviennent cependant pas nécessaires. Cependant, le 3 juillet, je constate l'existence d'un nouveau point douloureux, qui devient rapidement fluctuant, mais dans la région manifestement extra-articulaire; il siège au niveau de l'extrémité supérieure du tibia, en dehors de l'insertion des ligaments rotuliens.

5 juillet. Incision de cette collection qui contient un pus franchement phlegmoneux, et n'est pas, en effet, en communication avec l'articulation.

A partir de ce jour aucun nouvel incident ne se produit.

10 juillet. — 6 août. Fièvre complètement disparue. Température matin et soir au-dessous de 38. Suppuration diminue de jour en jour, le 6 août suppression de l'un des tubes.

13 août. Suppression de l'attelle plâtrée et de la gouttière à valves, remplacée par la gouttière ordinaire; il n'y a plus aucune douleur.

16 août. Suppression du second tube.

24 août. Suppression de la gouttière.

10 septembre. Cicatrisation complète. Le petit malade, qui se lève depuis plusieurs jours, commence à marcher avec des béquilles.

La jambe est un peu œdématiée. Le genou est ankylosé dans la rectitude, la rotule conserve quelques légers mouvements de latéralité.

Obs. XVI. (Prof. J.-L. Reverdin, de Genève). — *Plaie contuse du dos du poignet. Arthrite suppurée au début, arthrotomie rapide. Guérison.*

Jean B..., 35 ans, garçon épicier, se présente à moi le 2 janvier 1886. Le 31 décembre 1885, il s'est blessé au dos du poignet gauche avec une hache à couper le bois, et s'est fait, à peu près sur la ligne médiane, une petite plaie de 1 centimètre de longueur environ; la blessure a probablement saigné, et il ne s'est écoulé que du sang, à ce qu'il croit; il a continué à travailler le 31 et a repris son ouvrage le 2, mais la plaie est devenue douloureuse et le dos de la main s'est tuméfié. Je trouve, en effet, une petite plaie contuse, recouverte d'un peu de sang et entourée d'une zone de tuméfaction peu étendue. Je me borne à nettoyer la plaie avec la solution phéniquée à 5 0/0, à appliquer un pansement antiseptique et à prescrire le repos. Le 3 janvier, la tuméfaction et la douleur ont augmenté; j'agrandis la plaie d'un coup de bistouri, j'enlève avec la curette, dans la profondeur, des fragments de tissus mous, ayant l'aspect de granulations grisâtres; je désinfecte soigneusement la plaie, et fais un pansement à l'iodoforme.

Le 4, la main et la partie inférieure de l'avant-bras se sont tuméfiés, douleurs vives; le soir, le malade, qui jusqu'ici était venu se faire panser à notre clinique particulière, me fait demander chez lui; je trouve que la tuméfaction a beaucoup augmenté, qu'il y a une légère rougeur, que toute la région du poignet est gonflée, tendue, ainsi que la partie inférieure de l'avant-bras et le dos de la main; que le ganglion sus-épitrochléen est tuméfié et sensible, sans qu'il y ait de lymphangite

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^{er} 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^{me}; 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 tricépal. 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. Soulevez le 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 (Dr 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,

pression et viennent en majeure partie du cul-de-sac tricépal. 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. Soulevez le 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^r 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,

puis élancements; tuméfaction de la jambe. Fièvre, délire nocturne.

A l'examen, état typhoïde. Fièvre vive; localement, gonflement œdémateux de la moitié supérieure de la jambe gauche, rougeur de la peau. Fluctuation profonde, gonflement de l'extrémité supérieure de la diaphyse tibiale.

5 septembre. Chloroforme. Incision de 5 cent. sur la face antéro-interne du tibia à 2 travers de doigt au-dessous de la tubérosité antérieure. A l'incision du périoste, issue de pus séreux mêlé de gouttes huileuses. Trépanation du tibia, lavages.

Le soir, la température est élevée à 40°, l'articulation du genou est très tuméfiée, la température n'étant pas tombée à la suite de la trépanation et, l'état général étant mauvais, le 6 septembre, large ouverture de l'articulation par la partie interne et inférieure. Issue d'un liquide séreux louche, puis, à la fin, de pus franc avec quelques fausses membranes. Lavage de l'article avec l'eau phéniquée à 1/20.

Long drain de caoutchouc dirigé vers le cul-de-sac supérieur.

Deux sutures avec crin de Florence. Pansement.

Le membre n'est immobilisé dans le lit que par deux coussins de sable.

Les jours suivants, la plaie articulaire se comporte très bien. La température reste élevée du fait de la plaie osseuse qui suppure.

Le 9. Le drain articulaire est supprimé.

Le 18. Le genou est fermé. Les mouvements sont faciles et indolores.

La réunion s'est faite d'une manière complète, et sans suppuration locale, malgré une fièvre élevée, due à une suppuration voisine.

2 novembre. La température finit par tomber à la normale, le genou étant guéri déjà depuis longtemps.

Le malade sort le 20 décembre.

Note complémentaire. — Ce malade a subi plus tard, l'ostéotomie sous-trochantérienne du fémur droit. Il a été revu depuis, bien des fois, il marche très convenablement, le genou ouvert à tous les mouvements désirables.

Obs. XXII (Championnière). — *Ostéomyélite du fémur droit. Arthrite suppurée du genou. Arthrotomie. Guérison.*

Baloche (Eug.), entré le 4 juillet 1884 à l'hôpital Tenon, salle Lisfranc, n° 20.

Début des accidents 15 jours avant l'entrée, par des douleurs vives dans le genou.

A l'examen, tuméfaction considérable au-dessus et au niveau de l'articulation du genou droit, rougeur vive; fluctuation nette surtout au niveau du condyle interne. Jambe demi-fléchie sur la cuisse qui est dans la rotation en dehors. Mouvements douloureux.

5 juillet. Perforation du condyle interne du fémur.

Le 12. On trouve un point fluctuant à la partie externe du genou, au-dessous de la première incision.

Le 15. Ouverture de ce foyer et de l'articulation. Ecoulement de pus grisâtre et concrété. Lavage à l'eau phéniquée au 1/20. Drainage.

3 points de suture.

Pansement de Lister et iodoforme.

Fermeture du genou, rapide.

Depuis cette époque, persistance de deux orifices fistuleux à la cuisse, le genou étant complètement guéri, les mouvements du genou sont assez imparfaits mais surtout à cause de l'ostéite chronique du fémur qui gêne la marche.

Obs. XXIII (L. Labbé). — *Ostéomyélite du fémur. Arthrite suppurée du genou. Guérison avec ankylose complète et adhérence de la rotule aux autres os.*

Gachot (François) 19 ans 1/2, entre à l'hôpital Beaujon le 28 avril 1883. Il est porteur d'une collection purulente développée au niveau du genou gauche et qui, d'après son récit, a mis fort longtemps à évoluer.

Larges incisions, par le drainage.

Opération pratiquée immédiatement après l'entrée du malade, le 2^e ou 3^e jour.

Le malade sort le 15 mai. Il faut huit mois à ces diverses plaies pour se cicatriser. La marche devient possible, mais très gênée. L'état fonctionnel va en s'améliorant lentement.

En avril 1886, le malade marche sans difficulté ni douleur, sans claudication; par prudence il emploie encore une canne. On ne constate pas de raccourcissement du membre malade; mais l'articulation du genou est en ankylose complète, avec adhérence intime de la rotule aux autres parties osseuses; le volume de l'article est accru, le tibia est dévié en dedans.

On trouve sur le membre lésé, les cicatrices suivantes, toutes résultant de l'opération pratiquée: à la partie externe du genou gauche, une cicatrice longue de 8 à 9 centimètres située un peu au-dessus de l'interligne articulaire — une cicatrice plus petite du même côté, au-dessus de la rotule. Une incision longue de 6 à 8 cent. est encore apparente au côté interne de l'articulation; une autre cicatrice se retrouve, à la partie postérieure de la jambe, au haut du mollet.

Pas de récédive du côté du genou ; mais le malade a déjà présenté une arthrite du coude droit, avec abcès qui a laissé le coude dans une demi-ankylose. Actuellement il a un abcès en voie de formation au niveau du coude gauche.

Obs. XXIV. — *Ostéomyélite aiguë de l'extrémité inférieure du fémur gauche. Arthrite suppurée du genou. Arthrotomie au thermocautère. Drainage poplité. Guérison avec conservation des mouvements normaux.* (Communiqué par MM. Richet et Villemain.)

M. L. âgé de 16 ans 1/2, ressentit tout à coup, sans cause connue, une violente douleur dans l'articulation du genou gauche, s'accompagnant d'une impossibilité absolue de marcher. Appelé presque immédiatement (16 décembre 1884), M. le Dr Villemain constate un gonflement notable du genou gauche, caractérisé par un empatement marqué des tissus péri-articulaires, et une distension de la synoviale. La température axillaire était de 40°, dépassant ce chiffre le soir. M. L... appartenant à une famille de rhumatisants avérés, on croit à une arthrite rhumatismale et le salicylate de soude est administré à la dose de 5 grammes par jour.

L'état général ne se modifie nullement, et bientôt apparaît une tuméfaction de l'extrémité inférieure du fémur.

Le professeur Richet voit le malade le 29 décembre 1884. Le lendemain 30, il pratique, dans l'articulation du genou, une ponction aspiratrice qui ramène du pus.

Le 3 janvier 1885, de concert avec MM. Bouilly et Villemain, M. Richet pratique une *large arthrotomie*, au moyen du thermocautère.

Deux longues incisions (7 à 8 centimètres) sont faites de chaque côté et au-dessus de la rotule. Une troisième incision, plus petite, est pratiquée en dedans, au-dessous de la pointe de la rotule, pour servir de contre-ouverture à la grande incision interne.

Trouvant alors le fémur dénudé dans une assez grande étendue, M. Richet, profitant du décollement périostique, introduit par l'extrémité mousse, un gros trocart courbe de Chassaignac, dans l'incision interne, qui, pénétrant jusqu'au fémur, ouvre largement l'articulation au niveau du cul-de-sac rotulien. Serant de près le fémur et suivant exactement le contour de l'os, M. Richet, poussant le trocart d'abord en bas, puis en dedans, vint faire saillir l'extrémité mousse de l'instrument au niveau du bord interne du losange poplité. Sur la saillie ainsi formée, une incision de 3 à 4 centimètres fut pratiquée, par laquelle un gros drain fut mené, au moyen du trocart, jusque dans l'incision supéro-interne. Deux autres tubes à drainage furent encore

introduits : l'un transversal, allant de l'incision latérale interne à l'incision externe ; l'autre, allant de l'incision interne à la contre-ouverture située plus bas, du même côté de l'articulation.

Désinfection par des lavages à l'acide phénique.

Pansement antiseptique.

Immobilisation dans une gouttière.

Les suites de cette grave opération furent très simples.

M. Richet enlevait le premier drain, celui qui passait transversalement sous la rotule, 10 jours après l'opération ; le second au 30^e jour, et le dernier le 45^e jour.

Le malade faisait sa première sortie en voiture deux mois après l'opération (fin de février 1885). Un mois et demi plus tard, le jeune homme marchait avec une canne.

Depuis lors, la guérison ne s'est pas démentie.

Nota. — Grâce à l'extrême obligeance de M. Villemain, il m'a été permis d'examiner M. L... le 24 avril 1886, c'est-à-dire un an après la guérison complète. M. L... jouit d'une excellente santé, il marche d'une façon parfaite, sans la moindre claudication et sans éprouver aucune fatigue.

L'aspect du genou est entièrement normal, à part les quatre grandes cicatrices, seuls vestiges de l'opération qu'il a subie. Ces cicatrices sont souples et absolument mobiles sur les parties profondes.

La rotule est mobile tout autant que celle du côté sain.

La flexion et l'extension de la jambe sur la cuisse dépassent l'angle droit et n'occasionnent aucune douleur ; on perçoit cependant quelques légers craquements. Notons également que la synoviale contient une très minime quantité de liquide.

L'extrémité inférieure du fémur est le siège d'une hyperostose assez marquée qui remonte jusqu'au tiers inférieur et donne comme circonférence, immédiatement au-dessus de la rotule, 2 cent. 1/2 de plus du côté opéré que du côté sain. Cette hyperostose n'est le siège d'aucune douleur.

Quant aux troubles fonctionnels, ils sont nuls. Le jeune homme me dit cependant que, sous l'influence des variations atmosphériques, il éprouve parfois quelques légères souffrances et qu'il est un peu gêné pour fléchir le genou. M. Villemain qui continue à observer le malade, a remarqué qu'à ce moment, l'épanchement intra-articulaire augmentait très légèrement.

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; récidive. 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'hémotase 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 reparaissent 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°. Purgation 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. Antiseptie 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 Poinsot 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

dimensions d'une amande, se laissant à peine déplacer dans les divers sens.

On ne trouve pas d'autres corps étrangers et le malade ne donne aucun renseignement sur l'époque d'apparition de cette tumeur.

Anesthésie. — En raison des adhérences probables, incision de 6 à 7 centimètres; la tumeur ostéo-cartilagineuse est adhérente à la synoviale sur une longueur de 0,15 millimètres. Excision de la synoviale adhérente.

Issue de 30 à 40 grammes d'un liquide hydropique filant-citrin; même pansement que précédemment, point d'arthrite. Le malade quitte l'Hôtel-Dieu trente-cinq jours après l'opération.

Obs. XXXV. — (Dr Rohmer, de Nancy.) — *Corps étranger du genou. Arthrotomie. Pas de drainage. Pansement à la pâte de bismuth. Guérison radicale au bout de quinze jours.*

Homme de 60 ans, entre à l'hôpital de Nancy (Saint-Léon) en octobre 1883, pour une douleur très vive du genou gauche, douleur continue, mais sujette à des exacerbations, surtout pendant la marche.

Je reconnais aisément la présence d'un corps étranger dans l'articulation fémorotibiale gauche, corps qui vient facilement faire saillie sur le côté externe de la jointure. Je propose au malade de l'enlever; ce que celui-ci accepte immédiatement.

Opération. — Chloroforme, bande d'Esmarch, lavage au savon et à l'acide phénique. Je pratique sur la face externe de l'article une incision longitudinale de 5 à 6 centimètres environ, laquelle n'intéresse que la peau et le tissu cellulaire.

Puis, je fixe avec les doigts le corps étranger, et je pratique sur lui une boutonnière à la capsule articulaire, juste suffisante pour laisser passer le corps du délit: celui-ci est facilement extrait, il a la forme d'un galet ovalaire, mesurant 2 centimètres dans un sens, 2 cent. 1/2 dans l'autre et 1 centimètre environ d'épaisseur.

Je suture immédiatement la capsule avec du catgut n° 1, puis la peau avec de la soie antiseptique. *Pas de drainage* ni articulaire, ni superficiel. Pendant toute l'opération, on a laissé couler sur la plaie un filet de solution du bismuth, selon la pratique de Kocher, de Berne. Aussitôt les sutures appliquées, on place sur la plaie une pâte de bismuth. Le membre est immobilisé dans une gouttière en fil de fer.

Au bout de vingt-quatre heures, la pâte de bismuth est enlevée; la plaie est fermée, pas de réaction locale ni générale.

La nuit suivante, le malade tombe de son lit et déchire la plaie cutanée: pas d'épanchement dans le genou, aucune réaction à la suite de cet accident; la plaie articulaire était donc guérie. Compresses phéniquées sur la plaie qui est guérie le dixième jour; le malade se lève vers le quinzième. Je l'ai vu depuis, il est totalement guéri.

Obs. XXXVI. — (Edouard Quénu, 1885. Hôpital Beaujon.) — *Corps étranger. Arthrite sèche du genou. Arthrotomie; suture drainage non articulaire. Guérison en huit jours. Hydarthrose persistante deux mois après.*

H..., 23 ans, forgeron. Arthrite sèche du genou droit, épanchement modéré, atrophie énorme du triceps. Au-dessus et en dehors de la rotule, on sent un corps étranger, peu mobile dans le sens transversal. Le malade avait de temps en temps des douleurs dans la jointure et avait dû cesser son travail depuis plusieurs semaines.

Arthrotomie par incision externe. Assez de difficulté à extraire le corps étranger qui était plus adhérent qu'on ne l'aurait pensé. Pas de suture de la synoviale, mais sutures profondes et drain n'allant pas jusque dans l'articulation. — Pansement à l'ouate de bois et à l'iodoforme; appareil plâtré. Aucun accident. Cicatrisation complète en huit jours; le malade se lève le quinzième jour, on avait enlevé l'appareil cinq jours avant.

Je revois le malade deux mois après; il marche bien, mais du liquide s'est reproduit dans la jointure.

Obs. XXXVII. (G. Richelot.) — *Corps étranger articulaire. Arthrotomie antiseptique. Guérison.*

Emile Pierlot, 27 ans, cartonier, a éprouvé, il y a deux ans, quelques douleurs dans le genou, mais peu intenses et qui ont disparu complètement. Il y a deux mois, il sentit tout à coup, en marchant, un craquement très douloureux, et reconnut ensuite, sous les téguments du genou, la présence d'un petit corps mobile. Depuis ce moment, la marche est devenue presque impossible; douleurs extrêmes, hydarthrose abondante. Le malade garde le repos chez lui, puis il se décide à entrer à l'Hôtel-Dieu le 15 avril 1884, salle St-Côme, n° 16 (service de M. le professeur Le Fort, suppléé par M. Richelot).

A l'examen du genou droit, on sent très nettement un corps étranger tellement mobile, qu'on peut le faire passer d'un côté à l'autre. L'hydarthrose est assez volumineuse.

Taille articulaire le 17 avril. Le corps étranger, senti en dedans, est fixé par les doigts d'un aide; anesthésie; incision de

3 cent. ; issue du corps étranger qui s'échappe comme un noyau de cerise (il est gros comme un haricot), sa surface paraît entièrement cartilagineuse ; il a été perdu et n'a pu être examiné plus complètement ; écoulement du liquide articulaire. Pansement de Lister et immobilisation dans une gouttière plâtrée ; la petite plaie n'est pas suturée ; le drain, long de 2 cent. environ, pénètre dans la cavité synoviale.

Les jours suivants, le malade ne se plaint que d'une douleur très minime au niveau de la plaie ; il n'y a pas trace de fièvre, la température reste autour de 37°.

Le 20. Premier pansement et ablation du tube. Le 26, deuxième pansement, la réunion est complète ; il y a un peu de liquide dans l'articulation. Le 1^{er} mai, troisième pansement, la cicatrisation est complète et l'épanchement paraît entièrement résorbé. La gouttière est enlevée, et le malade commence à marcher sans raideur.

Le 2. Sous l'influence de la marche, l'épanchement s'est reproduit, assez abondant. Repos et compression ouatée. Au bout de huit jours, il n'y a plus de liquide et le malade quitte l'hôpital.

Obs. IX. — (Professeur Saxtorph.) — (Communiquée par M. le Dr Bouillet, de Béziers.) *Arthrotomie des deux genoux. 5 arthrophytes.*

Anderson, paysan, 22 ans. Il y a sept mois, douleurs du genou gauche survenant plusieurs fois sans cause appréciable, avec des intervalles libres ; il y a deux mois, mêmes symptômes du côté droit. A, du reste, marché tant bien que mal jusqu'à son entrée à l'hôpital, 28 juin 1882. Je constate immédiatement, du côté gauche, trois arthrophytes, dont un très grand, les deux autres assez petits ; pas d'épanchement, mobilité de l'articulation assez normale. Côté droit : deux corps étrangers ; du reste ni douleurs ni épanchement. Santé parfaite.

30 juin 1882. Incision (spray phéniqué) au côté interne de l'articulation gauche ; celle-ci étant largement ouverte, on fait sortir successivement les trois arthrophytes. Pas d'hémorragie. Lèvres de l'incision légèrement rapprochées ; pas de suture ni de drainage ; pansement de Lister ; quelques vomissements dus au chloroforme ; très peu de douleurs ; pas de fièvre. Pansement laissé jusqu'au onzième jour. Quand on découvre l'incision on la trouve en voie de cicatrisation ; pas de suppuration. Nouveau pansement de Lister.

12 juillet 1882. Même opération, sous le spray, du côté droit, au côté externe de la rotule où l'on trouvait un des corps étrangers qui sortit assez facilement ; il était ovalaire, avait 2 à 3 centimètres de largeur, 3/4 de centimètres d'épaisseur. Impossible

faire sortir l'autre arthrophyte qu'on avait senti auparavant. Je mis alors le pansement ordinaire de gaze phéniquée, sans réunir la plaie ; le membre est immobilisé par des attelles et placé dans une gouttière. On lève le bandage le septième jour ; plaie d'assez bon aspect : pas de suppuration ; mais pas encore cicatrice. On continue le même pansement, et la cicatrisation marchait toujours, lorsque le 10 avril, il me dit avoir senti quelque chose dans le genou gauche, et vraiment j'ai pu constater un quatrième corps mobile dans cette articulation ; l'incision au côté interne était pour ainsi dire cicatrisée, et le corps étranger se trouvait au côté externe. Je fis immédiatement la troisième arthrotomie ; l'arthrophyte sortit très facilement, et en appliquant les mêmes précautions antiseptiques ; la plaie de l'incision étant bien fermée, le 23 avril il commence à marcher, et, quelques jours plus tard, il sort de l'hôpital complètement guéri.

Obs. XXXIX. — (Professeur Saxtorph.) — (Communiquée par M. le Dr Bouillet, de Béziers, 1883.)

R. M..., homme, 42 ans, entre à l'hôpital au mois de février 1883, opéré le 13 février d'un corps mobile du genou. Sort le 30 mars guéri. Je n'ai pu trouver mes notes sur ce cas.

Obs. XL. — (Professeur Saxtorph.) — (Communiquée par M. le Dr Bouillet, de Béziers.)

Femme, 48 ans. Mariée depuis 10 ans. Elle souffre très souvent du genou droit ; les douleurs arrivent par accès. Les symptômes qu'ellenous décrit sont très caractéristiques et annoncent avec certitude la présence de corps étrangers dans la cavité articulaire. Ordinairement il y a de l'épanchement qui la gêne beaucoup ; les accès de douleur, et l'immobilité temporaire qui en résulte, reviennent de plus en plus souvent. Dans les derniers temps elle a peur de marcher parce que ces douleurs, qu'entraîne le corps étranger, arrivent presque toutes les fois qu'elle se lève. C'est alors qu'on me l'a envoyée (elle demeure dans un petit village loin de Copenhague). En examinant le genou droit, je découvre immédiatement, à travers un épanchement considérable, deux arthrophytes en dehors de la partie inférieure de la rotule, et deux autres un peu plus haut, tout près du condyle externe du fémur ; quoiqu'il soient mobiles, je n'ai pu les déplacer que très peu ; aussi suis-je obligé de faire deux incisions, l'une un peu plus haut que l'autre pour que l'extraction soit plus facile. Les ayant fait sortir tous les quatre, je mis un petit tube à drainage dans l'incision supérieure, un point de suture

dans chacune des plaies, et le pansement de gaze phéniquée, comme toujours; gouttière.

L'opération a été pratiquée le 19 juin 1884. Pansement le 21. Deuxième pansement le 24. Plus d'épanchement; on ôte le tube à drainage, mais on laisse les deux sutures; le 29 on ôte les sutures; pas de tuméfaction, bonne cicatrisation. Le 10 septembre la malade fléchit bien le genou et sort le 14, marchant avec assez de facilité.

Obs. XLI. — (Professeur Saxtorph.) — Communiquée par M. le Dr Bouillet, de Béziers.)

J. S..., forgeron, 24 ans, entre à l'hôpital le 28 décembre 1884. Comme antécédents, ni blennorrhagie, ni entorse, ni rhumatisme. Depuis un an et demi il s'aperçoit que les mouvements du coude droit sont moins libres; quelquefois il souffre beaucoup en travaillant, mais a pourtant continué tant bien que mal jusqu'à ce qu'il fût obligé de s'adresser à un médecin qui le fit entrer dans un hôpital. Là, on a senti un corps mobile dans l'articulation du coude, mais les tentatives d'extraction ne réussirent pas, à ce que dit le malade: alors on le traita par l'immobilisation (cinq semaines). Comme il se trouvait toujours dans le même état, et qu'il lui était impossible de reprendre son travail, il vint me trouver; pas d'épanchement, mais les mouvements ne se font que dans une très petite étendue et les douleurs reviennent fréquemment. On sent le corps étranger entre l'olécrâne et la tête du radius, mais on ne peut guère le déplacer. Du reste santé parfaite.

Le 31 décembre 1884, chloroforme. Incision sur l'arthrophyte même; plusieurs artéριοles, qui donnent, sont liées, et je découvre le corps étranger enclavé entre les surfaces articulaires, de sorte que je fus obligé de le tirer fortement à l'aide d'une pince pour le faire sortir. Il avait, en quelque sorte, la forme d'un os du carpe (le trapèze par exemple). Quelques sutures en fil de fer, un tube à drainage au milieu, pansement de Lister. Deux attelles latérales. La plaie a été revue le deuxième et le sixième jour; alors on ôte les fils de fer et le tube; le dixième jour la plaie était pour ainsi dire guérie; il demande à sortir. Les mouvements du coude sont déjà assez libres.

Obs. XLII. — (Professeur Saxtorph, 1880.) — Communiquée par M. le docteur Bouillet, de Béziers.)

M. H..., homme de 35 ans, fut opéré le 10 décembre 1880 et sortit de l'hôpital, guéri, le 23 décembre 1880.

Obs. XLIII. — (M. W. de Schulten, d'Helsingfors, 1885.) — *Corps étranger (arthrite chronique du genou). Arthrotomie et drainage. Guérison en 15 jours. Récidive, un an après, par deux nouveaux corps étrangers.*

Charles S..., 30 ans. Se plaint du genou depuis quatre ans: gonflement et douleurs par intervalles, la marche est gênée. Le malade a constaté lui-même dans sa jointure l'existence d'un corps étranger très mobile.

Entre à l'hôpital en mai 1885. Peu de tuméfaction du genou; on sent très facilement le corps, gros comme une amande. Opération le 7 mai; antiseptie rigoureuse, pas de chloroforme. Le corps est refoulé vers la partie inférieure de l'article et y est fixé au moyen d'une bande élastique. Incision sur le corps qui vient facilement; drainage; attelle pour immobiliser la jambe; pansement antiseptique.

Pas de fièvre ni de réaction locale. Le malade sort guéri le 18 mai 1885.

Le 4 mars 1886, le genou malade subit une légère distorsion. A la fin d'avril, S... constate la présence d'un nouveau corps flottant, et peu après celle d'un autre plus petit. Il se prépare à subir une nouvelle opération.

Obs. XLIV. — (Paul Segond.) — *Arthrotomie, extraction d'un corps étranger articulaire du genou droit. Guérison.*

Maçon de 33 ans, entré à l'hôpital St-Antoine le 6 octobre 1883. Diagnostic évident. Toutes les fois que le malade fléchit la jambe sur la cuisse, le corps étranger vient se placer dans le cul-de-sac correspondant au condyle fémoral interne. On le sent nettement par la palpation. Le malade a découvert lui-même l'existence de ce corps étranger il y a 16 ans, peu après la consolidation d'une fracture de l'extrémité supérieure du tibia. L'origine traumatique paraît donc probable. D'abord assez bien toléré, le corps étranger provoque depuis quelques années, des douleurs intermittentes assez vives et des poussées d'hydarthrose subaiguë exigeant toujours plusieurs jours de repos. Depuis cinq mois, en dépit d'un repos prolongé, les douleurs persistent et l'hydarthrose ne diminue pas. L'indication opératoire est donc formelle. Je pratique l'arthrotomie le 9 octobre. Antiseptie rigoureuse. Incision de trois à quatre centimètres pratiquée directement au niveau du corps étranger préalablement immobilisé par la main gauche au-devant du condyle interne. Extraction facile d'un corps étranger gros comme une petite fève et présentant bien les caractères d'une

esquille (couche cartilagineuse à l'une de ses extrémités, surface osseuse irrégulière à l'autre extrémité). Suture de la plaie cutanée par cinq fils d'argent. Pas de drainage. Pansement de Lister. Immobilisation rigoureuse dans une gouttière plâtrée. Pas d'élévation thermique dans les jours qui suivent. Premier pansement et ablation des fils le sixième jour. Le malade se lève le 15^e jour et quitte l'hôpital le 27 octobre complètement guéri.

Obs. XLV. — (F. Terrier). — *Corps étranger du genou. Arthrotomie, drainage. Guérison.* (Observation abrégée.)

Chanyron (Emile), 19 ans, cocher. Entre à l'hôpital Bichat, salle Jarjavay, n^o 24, le 1^{er} mai 1884.

Antécédents strumeux. Il y a quatre ans, en cognant du bois, le malade s'est atteint à la partie externe du genou gauche; il s'est fait une plaie profonde qui a entouré le fémur et déterminé une hémorragie assez sérieuse. Il ne semble pas qu'il se soit produit une arthrite, car le malade s'est levé après huit jours de repos et au bout d'un mois marchait sans la moindre gêne.

A ce moment, apparaissent des craquements dans le genou, sans souffrances, sans claudication. Depuis six mois, les douleurs ont commencé à apparaître, l'article devient raide, les craquements augmentent, les mouvements deviennent difficiles, surtout dans l'équitation. Le malade s'aperçoit alors de la présence d'une petite tumeur à la partie externe du genou.

Examen à l'entrée. — La région n'est pas tuméfiée; en dehors de la rotule, se remarque une très légère saillie; un peu au-dessus de cette saillie une cicatrice longue d'environ 1 cent. 1/2 et large de 5 millim. Si l'on palpe le genou, dans l'extension, on trouve facilement en dehors de la rotule, une petite tumeur arrondie, grosse comme une amande dont elle a la forme et la résistance; elle semble faire corps avec le condyle externe, elle est immobile sur lui. Dans la flexion, la cicatrice correspond exactement au bord supérieur de la petite tumeur, et il se trouve que cette attitude est précisément celle qu'avait le malade lors de son accident: il était à genoux, assis sur les talons. Quelques craquements articulaires. La peau est mobile sur la tumeur. La pression ne provoque qu'une sensibilité très modérée.

Diagnostic. — Esquille osseuse encore adhérente au fémur, n'ayant déterminé que très tard des accidents inflammatoires de la synoviale à ce niveau, accidents qui se sont étendus sous une forme subaiguë à tout l'article. Indication à l'arthrotomie et à l'ablation du corps étranger.

Avant d'opérer, on immobilise tout le membre inférieur gauche, soigneusement lavé, dans une gouttière plâtrée qui laisse au niveau du genou un champ opératoire suffisant. Enveloppement avec le Lister jusqu'au jour de l'opération.

Opération le 14 mai. Chloroforme. Antisepsie minutieuse.

Incision verticale de 8 cent. selon le grand axe de la tumeur; on rencontre et lie au catgut les articulaires supérieures. On ouvre l'articulation et la petite tumeur est mise à nu; elle est encapuchonnée par une coque fibreuse due à l'épaississement de la synoviale; un coup de gouge la détache facilement. La plaie est touchée avec la solution phéniquée forte. Un peu de sang a coulé dans l'article. Suture au crin de Florence, drainage; une éponge fine et plate est appliquée à même sur la plaie. Lister.

Le 14 au soir. Douleurs vives. T., 38,6.

Le 15. Pansement; les pièces enlevées sont légèrement tachées de sang. On lave et replace le drain; l'éponge est supprimée et, depuis, les douleurs ne reparissent plus. T. s., 38,8. Dans la nuit, épistaxis peu abondante.

Le 16. T. m., 38,4; T. s., 38,9.

Pansement; le trajet du drain suppure un peu. Etat gastrique: céphalalgie, langue saburrale, haleine fétide, anorexie, constipation. Nouvelle épistaxis.

Le 17. T. m., 38,7; T. s., 39,3.

Pansement; les choses sont en l'état. On enlève 3 sutures sur 7. La réunion est imparfaite. Purgatif salin.

Le 18. T. m. 37,7. Etat général amélioré; état local stationnaire.

Le 19. Ablation des dernières sutures. La réunion est presque complète.

Le 21. La plaie déjà cicatrisée tend à s'écarter. Pas de douleur dans l'article.

Le 23. La plaie bâille complètement, mais toute communication avec la jointure est fermée. Pas de douleur ni de gonflement; la plaie suppure franchement. Pansement à plat.

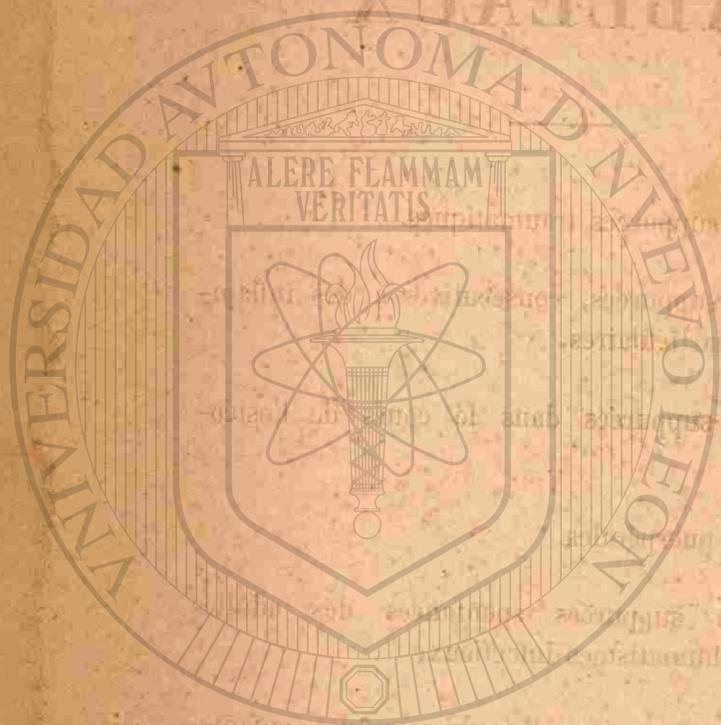
Les jours suivants, la suppuration continue avec abondance. La cicatrice ne se fait que très lentement.

1^{er} juin. On enlève l'appareil. Phlyctènes nombreuses sur la cuisse et le pied.

Le 3. Pansement iodoformé sur la plaie qui bourgeonne très lentement.

Le 8. L'on essaie de mobiliser le membre; cette intervention détermine une légère hydarthrose qui disparaît en quelques jours sous un bandage ouaté compressif.

7 juillet. Guérison complète; le malade quitte l'hôpital.



TABLEAUX

- A. — Arthrites suppurées traumatiques.
- B. — Arthrites suppurées, consécutives à des inflammations périarticulaires.
- C. — Arthrites suppurées dans le cours de l'ostéomyélite.
- D. — Arthrites puerpérales.
- E. — Arthrites suppurées spontanées des adultes et Pseudo-rhumatismes infectieux.
- F. — Arthrites suppurées idiopathiques des enfants. (Pyarthroses catarrhales idiopathiques).
- G. — Corps étrangers articulaires.

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS



AUTEURS Indications bibliographiques	Sexe	Age	Articulation	CAUSE ET NATURE	OPÉRATION
1 Arnison, 1882, M4d. Times and Gaz., 16 sept. 1882, p. 356.	H.	29	Genou.	Plaie pénétrante par éclat de verre.	Arthrotomie, agrandissement de la plaie, grande quantité de pus.
2 Paul Berger, 1886, inédite. Obs. I.	H.	37	Genou.	Arthrite traumatique ponctionnée quelques temps auparavant, par Gillette, suppuration tardive.	2 incisions latérales, incision du cul-de-sac tricipital, 2 incisions de décharge dans le creux poplité.
3 Bergmann, S.-Petersb., méd., Wochen. 1885, IV, F.-N., II, n° 35.	H.	38	Genou.	Arthrite suppurée consécutive à une brûlure, nécrose d'une portion de la rotule.	Vaste incision externe, curage de la synoviale, résection d'une partie nécrosée de la rotule.
4 Eug. Boeckel, Nicolas (Thèse Nancy, 1885), p. 32.	H.	24	Genou.	Traumatique.	Arthrotomie, plusieurs contre ouvertures.
5 Eug. Boeckel, Nicolas (Thèse, p. 32).	H.	25	Poignet.	Piqûre du poignet.	Arthrotomie.
6 Eug. Boeckel, inédite, 1883. Obs. II.	H.	18	Coude.	Petite plaie pénétrante.	Arthrotomie.
7 Eug. Boeckel, inédite, 1884. Obs. IV.	H.	40	Genou.	Plaie pénétrante négligée.	Arthrotomie, incision à la cuisse pour fusées purulentes.
8 Eug. Boeckel, inédite, 1884. Obs. III.	H.	34	Genou.	Coup de hache datant de 3 semaines. Plaie presque cicatrisée.	Arthrotomie, liquide séro-purulent.
9 Jules Boeckel, thèse de Nicolas, p. 28.	H.	Adulte	Genou.	Plaie pénétrante drainée.	Arthrotomie, 2 incisions latérales et drainage insuffisant, <i>arthrot. totale.</i>
10 Jules Boeckel, inédite, 1882. Obs. VII.	H.	9	Genou.	Plaie contuse, pénétrante, datant de 15 jours.	Arthrotomie, 2 incisions latérales, incision du cul-de-sac tricipital.
11 Jules Boeckel, inédite, 1883. Obs. VI.	H.	61	Genou.	Coup de couteau, datant de 5 jours.	Arthrotomie, 2 incisions latérales, 2 incisions dans le creux poplité, 2 incisions sur le cul-de-sac tricipit

Particularités de l'opération	Soins consécutifs	Guérison	Mort	Résultat fonctionnel	OBSERVATIONS
Drainage, lavage phéniqué.		Guéri.		Mobilité limitée et faiblesse du nombre.	Guéri en 6 semaines.
Deux drains passés à travers le creux poplité.			Mort.		Ulcération de l'artère et de la veine poplitées par le drain interne, hémorragie formidable, amputation de la cuisse.
Pas de drain ; pas de réunion primitive.	Le 4 ^e jour, sutures profondes, ablation partielle, le 8 ^e jour, à cause de rétention du pus dans le cul-de-sac supérieur.	Guéri.		Mobilité modérée.	
Drainage.		Guéri.		Mouvements limités.	
Drainage.		Guéri.			En 3 semaines, la cicatrisation était complète.
Désinfection et drainage.	Il fallut en arriver à la résection, la fièvre continuant après l'arthrotomie.	Guéri après résection.		Résection du coude.	
		Guéri.		Ankylose.	
Drainage.		Guéri.		Ankylose.	
Drainage.	4 jours plus tard <i>arthrotom. totale</i> au moyen d'incision transversale, réunis, les 2 incis. latér.	Guéri.		Ankylose.	
Drainage, lavage phéniqué, immobilis.	Drains retirés le 3 ^e jour.	Guéri.		Mobilité parfaite.	Revu en 1886, guérison parfaitement maintenue.
Drainage de part en part remplacé par bouts de tube après 48 h.	Drains enlevés au bout de 4, 6, 10 jours.	Guéri.		Mouvements étendus.	Revu en 1886, intégrité de tous les mouvements.

AUTEURS Indications bibliographiques	Sexe	Age	Articulations	CAUSE ET NATURE	OPÉRATION
12 Jules Bœckel, inédite, 1884. Obs. VIII.	F.	7	Genou.	Plaie contuse, dant de 1 mois.	Arthrotomie, 2 incisions latérales, 1 incision dans le creux poplité, 2 incisions sur le cul-de-sac tricipital.
13 Jules Bœckel, inédite, 1884. Obs. IX.	H.	24	Genou.	Coup de hache dant de 4 semaines.	Arthrotomie, 2 incisions latérales, plusieurs contre-ouvertures.
14 Jules Bœckel, inédite, 1885. Obs. X.	H.	48	Genou.	Plaie pénétrante dant de 6 semaines.	Arthrotomie, 2 incisions latérales, incision du cul-de-sac tricipital, plusieurs contre-ouvertures.
15 Bøgehold, Arch. für Klin. Chir., 1882, t. XXV, 916.	F.	30	Genou.	Chute, contusion.	Arthrotomie, écoulement de 140 gr. de liq. séro-purulent.
16 Delens, inédite, 1884.	H.	30	Genou.	Fracture de rotule meconnue.	Arthrotomie, 2 incisions latérales.
17 Dudon (de Bordeaux), inédite, Obs. XI.	H.	20	Genou.	Coup de hache, accidents survenus 5 ou 6 jours après la blessure.	Arthrotomie, longue incision externe, extraction d'une portion de synoviale sphacelée.
18 Thomas Garrod, 1883, British. méd. Jour., 1 ^{er} déc. 1884, p. 1066.	H.	19	Genou.	Arthrite traumatique suppurée.	Arthrotomie, incision, exploration digitale.
19 Gross (de Nancy), inédite, 1885. Obs. XIII.	H.	9 1/2	Genou.	Plaie contuse du genou.	Arthrotomie athermo-cautère, 2 incisions latérales, 1 incision du cul-de-sac tricipital.
20 Hagedom, 1877, cité par Heinecke, Deutsch. med. Woch. novembre 1877, p. 550.	H.	13	Genou.	Plaie pénétrante dant de 8 jours.	Arthrotomie, incision au-dessus et en dehors de la rotule.
21 Hagedom, 1877, cité par Heinecke, Deutsch. med. Woch. novembre 1877, p. 550.	H.	15	Genou.	Plaie pénétrante dant de 3 jours.	Arthrotomie, agrandissement de la plaie.
22 Hosmer, 1877, Boston. med. and Surg. Journ. 1879, t. I, p. 537.	H.	12	Genou.	Plaie pénétrante dant de 10 jours, épanchement considérable.	Arthrotomie, agrandissement de la plaie, incision externe, issue de liq. séro-purulent.

Particularités de l'opération	Soins consécutifs	Guérison	Mort	Résultat fonctionnel	OBSERVATIONS
Drainage de part en part, immobilisation.	Ouverture, 15 jours plus tard, d'un abcès au côté interne du creux poplité.	Guéri.		Ankylose à angle obtus.	Dans ce cas les phénomènes étaient si graves que l'amputation paraissait la seule ressource.
Drainage, immobilisation.	Plusieurs contre-ouvertures furent nécessaires.	Guéri.		Ankylose.	
Drainage de part en part remplacé par bouts de tube après 48 heures, immobilisation.		Guéri.		Ankylose.	Mort d'érysipèle après la guérison à peu près complète.
Drainage.	Plaies cicatrisées en 15 jours.	Guéri.		Ankylose.	
Drainage, immobilisation rigoureuse.		Guéri.		Ankylose.	
Drainage, chlorure de zinc, immobilisation.		Guéri.		Ankylose.	
		Guéri.		Excellent.	
Drainage, lavage phéniqué 2 p. 0/0, immobilisation.	Drains enlevés le 17 ^e jour.	Guéri.		Mobilité à peu près complète.	Dans ce cas, il fut très difficile de savoir, tout d'abord, si la plaie communiquait, ou non, avec l'articulation.
Drainage.		Guéri.		Mobilité complète.	
Drainage, Lister.		Guéri.		Mobilité à peu près complète.	
		Guéri.		Mobilité.	Hosmer n'a pas employé dans ce cas la méthode antiseptique non plus que dans d'autres cas qu'il mentionne.

AUTEURS Indications bibliographiques	Sexe	Age	Articulation	CAUSE ET NATURE	OPÉRATION
23 Johnston, 1883, Brit. med. J., 15 déc. 1883, p. 1189.	H.	25	Genou.	Arthrite traumatique suppurée, ponction exploratrice.	Arthrotomie, 2 incisions latérales.
24 Kirrison, inédite, 1884, Obs. XII.	H.	23	Genou.	Fracture comminutive de la rotule, datant de 15 jours.	Arthrotomie, 2 incisions latérales, suture métallique de la rotule.
25 Lister, 1877, cité par Morgan St-Georges, Hospit. Rep., t. IX, p. 763.	H.	Ad.	Genou.	Arthrite traumatique, ponctionnée d'abord, élévation de température.	Arthrotomie, on retire des caillots mélangés à du pus.
26 Marriott, 1877, cité par Morgan St-Georges, Hospit. Rep., t. IX, p. 763.	H.	Ad.	Genou.	Arthrite traumatique, ponctionnée d'abord, élévation de température.	Arthrotomie.
27 Ch. Monod, inédite, 1883, Obs. XV.	H.	11	Genou.	Plaie pénétrante du genou carreau de verre 3 h. après, lavage antiseptique, suture sans drainage, accidents d'arthrite, fièvre.	Arthrotomie 5 ^e jour, incision externe, débridement de la plaie accidentelle située en dehors, pas de pus, liquide séro-sanguin.
28 Mori, 1885, Gaz. med. Ital. - Lomb., 1885, n° 33.	H.	11	Genou.	Petite plaie pénétrante avec un canif 3 semaines auparavant, tuméfaction, fièvre.	Arthrotomie, incision latérale insuffisante, lavages antiseptiques, les accidents persistent, grande incision semilunaire, nettoyage complet à la curette.
29 Muralt, 1877, Schwei Corresp. bl., t. VI.			Genou.	Contusion, abcès, péri-articulaire, puis arthrite suppurée.	Arthrotomie.
30 Nunn, 1871, Brit. med. J., 20 mai 1871, p. 552.	H.	36	Genou.	Traumat. du genou droit, arthrite suppurée.	Arthrotomie, incision au côté externe.
31 Paci, 1884, Lo Sperim, fev. 1886, p. 137.	H.	6	Genou.	Balle de revolver dans le genou, accidents graves le 3 ^e jour.	Arthrotomie, incision oblique en bas et en dedans, agrandie par incision transversale, exploration, gougeage, extraction de la balle.
32 Polaillon, inédite, 1879.	H.	50	Genou.	Contusion, arthrite suppurée.	Arthrotomie, lavages phéniqués, immob. appareil ouaté.

Particularités de l'opération	Soins consécutifs	Guérison	Mort	Résultat fonctionnel	OBSERVATIONS
Drainage après lavage phéniqué.	Ablation du drain le 6 ^e jour.	Guéri.		Bon.	Guéri en 10 jours. Pansement à l'acide borique.
Drainage, lavage au chlorure de zinc.		Guéri.		Ankylose.	Kirrison a profité de l'arthrotomie pour suturer la rotule.
Drainage.	Les jours suivants (3 ^e jour) il fut nécessaire d'agrandir la plaie et d'augmenter le drainage.	Guéri.		Mobilité parfaite.	C'est une hémarthrose en voie de transformation purulente, peut-être la ponction est-elle responsable.
Drainage.		Guéri en 15 jours.		Mobilité bonne.	Après l'arthrotomie la température s'abaisse immédiatement, guéri avec 2 pansements.
Drainage de part en part, accidents de rétention, abcès péri-articulaire.	Ablation des drains après 2 mois 1/2.	Guéri.		Ankylose dans la rectitude. Quelques mouvements de la rotule.	Il fallut 3 mois pour arriver à guérison complète.
2 plans de suture. Drainage.	Ablation des points de suture le 6 ^e jour.	Guéri.		Un peu de roideur.	Arthrotomie totale.
Drainage.		Guéri.		Mobilité.	
Suture, pas de drainage.	Cicatrisation complète en 10 jours.	Guéri.	Mort.	Mobilité normale constatée 2 ans après.	Au bout de 9 semaines il marchait avec des béquilles, fièvre typhoïde, réapparition de l'arthrite suppurée, nouvelle incision, érysipèle, mort.
		Guéri.		Mouvements.	

AUTEURS Indications bibliographiques	Sexe	Age	Articulation	CAUSE ET NATURE	OPÉRATION
33 J.-L. Reverdin, inédite, 1886. Obs. XVI.	H.	35	Poignet.	Plaie contuse.	Arthrotomie.
34 Richelot, inédite, 1884. Obs. XVII.	H.	20	Genou.	Plaie contuse, non pénétrante, datant de 3 semaines, entorse, arthrite subaiguë.	Arthrotomie.
35 Rushton Parker, 1877, Brit. méd. J., 16 juin 1877, p. 742.	H.	2 1/2	Genou.	Arthrite traumatique, 5 ponctions aspiratrices, la dernière fournit un pus fétide.	Arthrotomie, incision de 10 cent. au côté interne contre-ouverture du côté externe.
36 Schede, 1874, obs. II, du mémoire.	H.	9	Genou.	Ouverture du genou en grattant la tête du péroné, arthrite purulente le 2 ^e jour.	Arthrotomie, 2 incisions latérales de 2 pouces 1/2, lavage phéniqué.
37 Scriba, 1877, obs. III du mémoire.	F.	23	Genou.	Arthrite traumatique.	Arthrotomie.
38 Segond, inédite, 1880. Obs. XVIII.	H.	40	Genou.	Fracture compliquée de la rotule.	Arthrotomie, grande incision externe, contre-ouverture interne, suture de la rotule.
39 P. Segond, inédite, 1880. Obs. XIX.	H.	26	Genou.	Hydarthrose traitée par M. Delens, au moyen de ponction et injection phéniquée, arthrite suppurée.	Arthrotomie.
40 Sidler, 1878, Corresp. bl. f. Schw. Aerzte, 1878, n° 6.	H.	17	Genou.	Plaie pénétrante datant de 17 jours.	Arthrotomie.
41 Th. Weiss (de Nancy) Mélanges de clin. chir., 1883, p. 144.	H.	30	Genou.	Plaie pénétrante datant de 6 semaines.	Arthrotomie, longue incision externe, lavage phéniqué.
42 W. Wilson, 1881, méd. Times and Gaz, 10 décembre 1881.	H.	5	Genou.	Arthrite aiguë suppurée, traumatique, plaie superficielle.	Arthrotomie, incision large, quelques jours après nouvelle incision.

Particularités de l'opération	Soins consécutifs	Guérison	Mort	Résultat fonctionnel	OBSERVATIONS
Drainage ne pénétrant pas jusque dans la jointure.		Guéri.		Mouvements.	
Drainage, pas de suture.	Ablation du drain le 17 ^e jour.	Guéri.		Mobilité parfaite.	Cette observation est très curieuse, l'abcès péri-articulaire ne communiquait pas avec l'arthrite.
	Les jours suivants il fut nécessaire d'élargir l'ouverture externe.	Guéri.		Mouvements normaux.	
Drainage.	Ablation des drains le 6 ^e et le 20 ^e jour.	Guéri.		Mobilité normale.	
		Guéri.		Mouvements conservés.	
Drainage.		Guéri.		Ankylose.	Le fil métallique de la rotule fut enlevé au bout de 3 mois.
Drainage.		Guéri.		Ankylose.	Ce malade eut en outre un phlegmon diffus grave du nombre inférieur.
Suture et drain pénétrant jusque dans la cavité articulaire.		Guéri.		Mobilité parfaite.	
2 gros drains, un à chaque extrémité de la plaie, suture.	Accidents, 2 incisions le 5 ^e jour, une au côté interne, l'autre sur le cul-de-sac tricipital, drains pas de suture.	Guéri.		Ankylose complète.	
Drainage. Drainage, lavage phéniqué.		Guéri.		Bon, encore un peu de roideur 5 mois après.	Exemple des inconvénients d'une opération parcimonieuse.

AUTEURS Indications bibliographiques	Sexe	Age	Articulation	CAUSE ET NATURE	OPÉRATION
1 Th. Anger, 1879. Marchandé, Thèse Paris, p. 34.	H.	41	Tibio-tarsienne.	Fracture malléolaire ancienne, lymphangite, arthrite tibio-tarsienne.	Arthrotomie.
2 Eng. Bœckel. Inédite, 1885.	H.	12	Genou.	Excision d'un kyste synovial du demi-membraneux, arthrite suppurée.	Arthrotomie, incisions multiples.
3 L. Championnière, 1879. Marchandé, thèse Paris, 1879, p. 24.	H.	22	Genou.	Angioloécite profonde de la jambe.	Arthrotomie, incision externe de 10 à 20 cent.
4 L. Championnière, 1879. Marchandé, thèse, p. 31.	H.	27	Genou.	Phlegmon de la cuisse, genou ponctionné au bistouri par Tillaux.	Arthrotomie, large incision au côté interne, lavage phéniqué.
5 Gross (de Nancy). Inédite, 1886. Obs. XIV.	H.	9 1/2	Genou.	Phlegmon par abcès prérotulien suite de contusion datant de 3 semaines, arthrite.	Arthrotomie, 2 incisions latérales, incision du cul-de-sac tripital, lavage phéniqué, immobilisation.
6 Mori, 1885, Gaz. med. Ital. Lomb., 1885, n° 33.	H.	34	Genou.	Erysipèle phlegmonieux de la jambe, tuméfaction du genou, insuffisance de 2 ponctions.	Arthrotomie, 2 larges ouvertures latérales, avec le thermocautère.
7 De Saint-Germain, 1880. Thèse de Piéchaud, p. 83.	F.	12	Genou.	Abcès périarticulaire incisé, consécutivement l'articulation se prend.	Arthrotomie, large incision, pansement de Lister.
8 Saxtorph, 1879. Marchandé, thèse, p. 33.	H.	33	Genou.	Abcès de la cuisse et du creux poplité, ouvert par 2 incisions, arthrite du genou.	Arthrotomie, large incision de la capsule à côté de la rotule.
9 Schede, 1874. Observation V du Mémoire.	H.	20	Genou.	Fracture de la jambe, guérie, érysipèle, arthrite suppurée du genou, ponction qui fournit du pus.	Arthrotomie, 3 incisions l'une au-dessus de l'autre de chaque côté de la rotule, chlorure de zinc.

PARTICULARITÉS de l'opération	SOINS consécutifs	GUÉRISON	MORT	RÉSULTAT fonctionnel	OBSERVATIONS
	Drainage le 4 ^e jour.	Guéri.		Ankylose partielle.	
		Guéri.		Ankylose.	Arthrite suppurée consécutive à l'extirpation d'un kyste synovial.
Drainage, suture.	Ablation du drain le 10 ^e jour.	Guéri.		Mouvements.	
Drainage, suture.		Guéri.		Ankylose.	Tillaux avait considéré l'amputation comme nécessaire.
2 drains dans chaque incision.	Drains enlevés successivement à partir du premier pansement.	Guéri.		Mobilité.	Le 22 avril les plaies étaient guéries, tout fait présager un bon fonctionnement de la joncture. 16 mai, va très bien.
Drainage, 2 incisions poplitées.		Guéri.		Mobilité.	Insuccès de 2 ponctions aspiratrices, incisions au thermocautère, 2 drainages poplités.
Drainage.		Guéri.		Mouvements partiels.	
Drainage.	Tubes enlevés au bout d'un mois remplacés par mèches en crin de cheval laissées 15 jours.	Guéri.		Sans ankylose.	
Drainage.			Mort.		Mort de pyohémie, 10 jours après l'opération.

AUTEURS indications bibliographiques	Sexe	Age	Articulation	CAUSE ET NATURE	OPÉRATION
10 Tillmans, 1876. Berlin, klin. Woch., 1881, n° 32, p. 465.	F.	6 1/2	Genou.	Phlegmon de la cuisse droite, arthrite du genou consécutive.	Arthrotomie.
11 Tillmans, 1880. Berlin, klin. Woch., 1881, n° 32, p. 465.	F.	1	Genou.	Phlegmon de la jambe gauche, arthrite du genou consécutive.	Arthrotomie.

PARTICULARITÉS de l'opération	SOINS consécutifs	GUÉRISON	MORT	RÉSULTAT fonctionnel	OBSERVATIONS
Drainage.		Guéri.		Avec mouvement de flexion pouvant aller à l'angle droit.	On pourrait se demander, s'il ne s'agissait pas ici d'une arthrite consécutive à une ostéomyélite du fémur, car ce dernier, 3 mois après la guérison, avait 2 cent. 1/2 de plus que celui du côté sain.
Drainage.		Guéri.		Mobilité parfaite.	

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS



AUTEURS indications bibliographiques	Sexe	Age	Articulation	CAUSE ET NATURE	OPERATION
1 Eug. Bœckel, 1880. Nicolas, thèse, Nancy, 1883, p. 31.	F.	12	Genou.	Ostéopériostite suraiguë du fémur, drainage. 16 jours plus tard, arthrite du genou.	Arthrotomie.
2 Eug. Bœckel. Inédite, 1885. Obs. XX.	H.	21	Genou.	Ostéomyélite du fémur. Trépanation, évitement, ponction du genou, 4 jours plus tard arthrotomie.	Arthrotomie.
3 Bøgehold, 1878. Arch. für klin. Chir., 1882, t. XXVII, p. 915.	H.	4	Genou.	Ostéomyélite du tibia, incision, drainage, au bout de quelques jours le genou gauche se prend.	Arthrotomie.
4 Bøgehold, 1878. Arch. für klin. Chir., 1882, t. XXVII, p. 915.	Même sujet		Epaule.	2 jours après le genou, l'épaule gauche se prend.	Arthrotomie, incision en dehors de la longue portion du biceps, 1 incision en avant en dehors des vaisseaux.
5 Broca, 1878. Thèse de Piéchaud, Paris, 1880. p. 82.	H.	19	Genou.	Ostéopériostite du fémur, au bout de quelques jours le genou se prend, état général déplorable.	Arthrotomie, 2 incisions latérales.
6 Championnière. Inédite, 1882. Obs. XXI.	H.	15	Genou.	Ostéomyélite du tibia, trépanation, le lendemain le genou est gonflé et la température 40°.	Arthrotomie, longue incision interne, pas d'immobilisation.
7 Championnière. Inédite, 1884. Obs. XXII.	H.	16 (?)	Genou.	Ostéomyélite du fémur, trépanation, 10 jours plus tard arthrotomie.	Arthrotomie.
8 Hagedom, 1877. Cité par Heinecke. Deuts. med. Woch., 1877, p. 551.	H.	28	Genou.	Ancienne ostéomyélite du fémur, arthrite suppurée du genou.	Arthrotomie, 2 incisions.
9 Hagedom, 1877. Cité par Heinecke, Deuts. med. Woch., 1877, p. 551.	?	12	Genou.	Ostéomyélite du tibia avec séquestres, arthrite suppurée du genou.	Arthrotomie, extraction des séquestres du tibia.
10 Hagedom, 1877. Cité par Heinecke. Deuts. med. Woch., 1877, p. 551.	?	12	Genou.	Ostéomyélite du tibia avec séquestres, arthrite suppurée du genou.	Arthrotomie, extraction des séquestres du tibia.

PARTICULARITÉS de l'opération	SOINS consécutifs	GUÉRISON	MORT	RÉSULTAT fonctionnel	OBSERVATIONS
Drainage.			Mort.		Mort le lendemain de l'opération d'arthrotomie, pas de détails.
		Guérison.		Ankylose.	
Drainage.		Guérison.		Mobilité.	Guéri en 5 semaines après élimination d'un séquestre.
Drainage.		Guérison.		Mobilité.	Guéri en 10 jours.
Drainage.			Mort.		
Drain remon- tant vers le cul-de-sac supérieur. Su- ture de la plaie au crin de Florence.	Drain enlevé le 3 ^e jour.	Guérison.		Mobilité.	Le membre fut simplement immobilisé entre 2 coussins de sable, le 12 ^e jour, le genou était guéri.
Drainage. Su- ture.		Guérison.		Mobilité imparf. surtout à cause de l'ostéite chro- nique du fémur.	
Drainage.		Guérison.		Mobilité très li- mitée, s'améliore peu à peu.	
Drainage.		Guérison.		Mobilité limitée qui s'améliore.	
Drainage.		Guérison.		Mobilité limitée qui s'améliore.	

AUTEURS indications bibliographiques	Sexe	Age	Articulation	CAUSE ET NATURE	OPÉRATION	PARTICULARITÉS de l'opération	SOINS consécutifs	GUÉRISON	MORT	RÉSULTAT fonctionnel	OBSERVATIONS
11 Ch. Heath, 1878. British med. Journ. Déc. 1878, t. II, p. 833.	H.	12	Genou.	Ostéomyélite du tibia, arthrite suppurée.	Arthrotomie, 2 petites incisions de chaque côté de la rotule; liquide séro-purulent.	Drainage. Mèche de crin de cheval.		Guérison.		Mobilité bonne.	Amputation eut pu paraître indiquée.
12 Léon Labbé, 1883. Inédite. Obs. XXIII.	H.	16	Genou.	Ostéomyélite du tibia, trépanation, gonflement énorme du genou.	Arthrotomie, 2 longues incisions latérales.			Guérison.		Ankylose complète.	Revu à la fin d'avril 1886, marche parfaitement avec son membre ankylosé.
13 Nicaise, 1880. Bull. soc. chir., 1881, t. VII, p. 306.	H.	28	Genou.	Ostéomyélite ancienne (10 ans), d'extrém. infér. du fémur, arthrite suppurée suite de fatigues et refroidissement, ponction insuffisante.	Arthrotomie, incision de 4 à 5 centimètres à la partie supéro-externe de l'articulation, lavage phéniqué.	Drain court.	Ablation du drain le 4 ^e jour.	Guérison.		Mouvements normaux.	Immobilisé dans une gouttière pendant 24 jours, à ce moment, mouvements passifs, commence à marcher le 34 ^e jour.
14 Post, 1880. New-York, Med. Journ. juillet 1880, p. 65.	F.	17	Genou.	Ostéomyélite ancienne du genou (10 mois), articulation fluctuante.	Arthrotomie et ablation de 2 séquestres.	Drainage.		Guérison.		Mouvements à peu près normaux.	Malgré érysipèle intercurrent.
15 Richet et Villemain., 1885. Inédite. Obs. XXIV.	H.	17 1/2	Genou.	Ostéomyélite de l'extrémité inférieure du genou tuméfié, ponction.	Arthrotomie au thermocautère, 2 incisions latérales, 1 incision au côté interne du creux poplité.	Drainage de part en part et poplité.	Les drains furent enlevés successivement.	Guérison.		Mobilité parfaite.	Ne bolte nullement; revu le 24 avril 1886, je puis constater l'excellence du résultat obtenu (A. J.).

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS



AUTEUR Indications bibliographiques	SEXE	AGE	Articulation	CAUSE ET NATURE	OPÉRATIONS	PARTICULARITÉS de l'opération	SOINS consécutifs	GUÉRISON	MORT	RÉSULTAT fonctionnel	OBSERVATIONS
1 Eugène Boeckel, 1884. inédite. Obs. XXV.		24	Genou.	Arthrite insuffisamment incisée au dehors.	Arthrotomie, larges incisions, chlorure de zinc.			Guérison.		Mouvements limités.	
2 Boegehold, 1879, Arch. f. klin. Ch., 1882, t. XXVII, p. 920.		30	Tibio-tarsienne.	Avortement. Quelques jours plus tard, gonflement du cou-de-pied.	Arthrotomie, lavages	Drainage.		Guérison.		Mouvements à peine gênés.	
3 Boegehold, 1879, Arch. f. klin. Ch., 1882, t. XXVII, p. 918.		29	Genou.	Accouchement. Quelques jours plus tard, tuméfaction du genou.	Arthrotomie, 2 incisions, 140 grammes de pus, lavages.	Drainage de part en part.	Drain enlevé le 18 ^e jour.	Guérison.		Ankylose.	
4 Boegehold, 1879, Arch. f. klin. Ch., 1882, t. XXVII, p. 916.		33	Genou.	Accouchement. Péri- endométrite. Frissons. Abscès multiples, gonflement du genou.	Arthrotomie, 1:0 gr. de pus, lavages, en même temps drainage des autres collections purulentes.	Drainage.		Guérison.		Mobilité s'améliore rapidement.	C'est un cas d'infection purulente.
5 Boegehold, 1880, Arch. f. klin. Ch., 1882, t. XXVII, p. 920.		28	Tibio-tarsienne.	Avortement provoqué. Infection générale, gonflement du cou-de-pied.	Arthrotomie.	Drainage.			Mort.		Infection purulente.
6 Championnière, 1879. Marchandé, Thèse, Paris, 1879, p. 28.		37	Genou.	Fausse-couche. Abscès multiples, arthrite du genou, ponctionnée par M. Gosselin, s'affaiblit; 4 mois après, opération.	Arthrotomie, large incision à la partie externe, incision interne, lavages.	Drainage.	Ablation des drains au bout d'un mois et demi	Guérison.		Mouvement de 80°.	Observation très importante, démontre l'impuissance de la ponction
7 Championnière, 1878, Th. Marchandé, p. 21.		18	Genou.	Accouchement. éclamptique; peu après frissons, genou énorme, état général grave.	Arthrotomie, incision de 14 c. en dehors de la rotule, lavages de l'articulation.	Drainage, deux tubes transvers., sutures. Gouttière.	3 ^e jour un tube est diminué, 6 ^e j. le tube transvers. est retiré; 21 ^e j., dernier drain retiré.	Guérison.		Les mouvements ont un quart de l'étendue normale	Observation très importante. Championnière nous fait remarquer que la mobilité persiste malgré le refus de toute espèce de mouvements passifs.
8 Lindpaintner, Observation X du Mémoire de Scriba.		34	Genou.	Femme enceinte de 7 mois, arthrite purulente.	Arthrotomie, 2 incisions latérales.	Drainage.	Accouchement laborieux.		Mort.		

AUTEURS indications bibliographiques	Sexe.	Age.	Articulation	CAUSE ET NATURE	OPÉRATION	PARTICULARITÉS de l'opération	SOINS consécutifs	GUÉRISON	MORT	RÉSULTAT fonctionnel	OBSERVATIONS
1 Annandale, 1875, Edinburg, méd., Journ., 1875, t. XX, 2 ^e partie, p. 742.	H.	24	Genou.	Arthrite spontanée, ponction, exploratrice, liquide louche, purulent.	Arthrotomie, surfaces articulaires saines.	Drainage.		Guérison.		Mouvements conservés.	Guérison en 7 jours.
2 Annandale, 1875, Edinburg, méd., Journ., t. XX, 2 ^e partie, p. 612.	H.	32	Genou.	Arthrite aiguë du genou, symptômes intenses, ponction exploratrice, liquide séro-purulent.	Arthrotomie, incision latérale, surface articulaire saine.	Drainage.		Guérison.		Mouvements conservés.	Guérison absolument complète en 3 mois.
3 Asché, (de Jüterbock), cité par Nicolas, Thèse p. 15.	H.	25	Genou.	Arthrite spontanée.	Arthrotomie, incision de chaque côté de la rotule.	Drainage.		Guérison.		Mobilité partielle.	
4 Eug. Boeckel, inédite, 1884. Obs. XXVI.	H.	41	Genou.	Arthrite spontanée.	Arthrotomie.	Drainage.		Guérison.		Ankylose.	
5 Boegehold, 1880, Arch. f. kl. Chir., 1882, XXVII, p. 917.	H.	37	Genou.	Amputation du pénis; abcès urinaire, tuméfaction du genou.	Arthrotomie, 150 gr. de pus, lavage phéniqué 5 0/0.	Drainage.		Guérison.		Douleurs assez vives quelques mois plus tard.	Infection urinaire.
6 Boegehold, 1881, Arch. f. kl. Chir., 1882, XXVII, p. 918.	H.	34	Genou.	Rhumatisme poly-articulaire, genou, reste gonflé et douloureux.	Arthrotomie, 140 gr. de liquide purulent, lavages.	Drainage.		Guérison.		Mobilité.	La guérison fut obtenue en 15 jours.
7 Championnière, 1879, Marchandé, Thèse, Paris, 1879, p. 19.	H.	39	Genou.	Alcoolique, arthrite suppurée du genou.	Arthrotomie, incision externe de 5 à 6 centimètres.	Drainage.		Guérison.		Mobilité un peu limitée, mais mouvements faciles et étendus.	
8 Championnière, inéd., 1883. Obs. XXIX.	H.	44	Poignet.	Arthrite suppurée.	Arthrotomie.			Guérison.		Bon.	Sortait guéri après un mois de traitement.
9 Lister, 1870, British, méd., Journ., 26 août 1871, p. 232.	F.	A.	Poignet.	Arthrite aiguë passant à la suppuration, douleurs intenses.	Arthrotomie, incision le long du tendon extenseur de l'index.			Guérison.		Mobilité parfaite.	C'est la plus ancienne observation d'arthrotomie pour arthrite aiguë suppurée.
10 Saxtorph, 1879, Marchandé, thèse, Paris, 1879, p. 31.	H.	21	Genou.	Arthrite spontanée, ponction fournit du pus.	Arthrotomie, incision au côté externe.	Drainage, tube de verre au milieu de la plaie, tout le reste est suturé.	Ablation vers le 20 ^e jour.	Guérison.		Un peu de roideur.	
11 Saxtorph, 1875, Verneuil, Soc. de chir., 1875, p. 508.	H.	20	2 genoux.	Pyohémie, suite de panaris osseux, abcès multiples, double arthrite purulente des genoux.	Arthrotomie antiseptique.			Guérison.		Un peu de roideur.	Pyohémie guérie.

AUTEURS indications bibliographiques	Sexe	Age	Articulation	CAUSE ET NATURE	OPÉRATION
12 Scriba, 1877, obs. 11 du mémoire.	H.	23	Genou.	Arthrite, blennorrhagique, ponction, gonflement du genou, phénomènes graves.	Arthrotomie, 2 incisions latérales de 3 centim.
13 Thiersch, 1876, obs. XII du mémoire de Scriba.	H.	51	Genou.	Arthrite suppurée, datant de 8 semaines, sujet cachectique.	Arthrotomie.
14 Wilms, 1877, cité par Korte, Berlin Kl Woch, 1880, n° 4, p. 43.	F.	24	Tibio-tarsienne.	Rhumatisme articulaire aigu, souffle au cœur, tuméfaction de l'articulation du pied.	Arthrotomie, 2 incisions, une de chaque côté, liquide séro-purulent.
15 Wilms, id., 1878, id., p. 46.	F.	25	Tibio-tarsienne.	Rhumatisme articulaire, cœur normal, arthrite, tibio-tarsienne.	Arthrotomie, 2 incisions au côté interne, lavage phéniqué.
16 Wilms, 1879, id., id., p. 46.	F.	21	Tibio-tarsienne.	Rhumatisme articulaire, fluctuation des 2 côtés des tendons extenseurs.	Arthrotomie, 2 incisions antérieures, lavage phéniqué.

PARTICULARITÉS de l'opération	SOINS consécutifs	GUÉRISON	MORT	RÉSULTAT fonctionnel	OBSERVATIONS
Drainage complet, y compris le cul-de-sac tricrural.	Ablation des drains le 10 ^e jour.	Guérison.		Mouvements parfaits.	
Drainage.	Erysipèle.		Mort.		D'œdème pulmonaire.
Extension continue. Drainage antiseptique.	Fièvre et suppuration augmentent.	Guérison après résection.		Ankylose, après résection.	
Drainage.	Très peu de suppuration.	Guérison.		Mobilité constatée au bout de 2 mois.	
Drainage, 2 drains.		Guérison.		Excellent.	

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS



AUTEURS Indications bibliographiques	SEXE	AGE	Articulation	CAUSE ET NATURE	OPÉRATION
1 Asché (de Jüterbock), cité par Nicolas. Th. 1883, p. 15.	M.	4 sem.	Genou.		Arthrotomie. 2 incisions latérales.
2 Eug. Bœckel. Inédite, 1880. Obs. XXVIII.	M.	15 m.	Genou.	Ponction et lavage phéniqué, échouent.	Arthrotomie. 4 incisions.
3 Eug. Bœckel, 1880. Nicolas. Thèse, 1883, p. 32.	M.	15 m.	Genou.	Arthrite suppurée.	Arthrotomie. 4 incisions.
4 Eug. Bœckel. Inédite, 1882. Obs. XXVII.	F.	7 ans.	Genou.	Arthrite suppurée. 2 ponctions dont une suivie de lavage phéniqué échouent. Etat grave.	Arthrotomie.
5 Jules Bœckel, 1879. Frag. chir. antiseptique, p. 311.	M.	2 ans.	Genou.	Arthrite suppurée. Ponction échoue.	Arthrotomie. 2 incisions latérales, lavage chlorure de zinc, puis acide phénique faible.
6 Godlee, 1882. New-York med. Rec. 1882, t. II, p. 346.	F.	18 m.	Coude.	Arthrite suppurée.	Arthrotomie. 2 incisions de chaque côté de l'olécrane.
7 Muralt, 1877. Corresp. bl. für Schweizer Aerzte, 1877, t. VI. Nicolas, p. 15.	F.	6 m.	Genou.	Arthrite suppurée.	Arthrotomie. Incisions de chaque côté de la rotule.
8 E. Owen, 1881. The. Lancet, 12 fév. 1881, p. 246.	M.	2 ans.	Genou.	Arthrite subaiguë suppurée.	Arthrotomie. Incision interne, lavage iodé.
9 E. Owen, 1881. The. Lancet, 12 fév. 1881, p. 246.	?	4 m.	Genou.	Arthrite suppurée. Phénomènes généraux graves.	Arthrotomie. Incision, lavage iodé.
10 Th. Weiss (Nancy). Inédite.	M.	3 m.	Genou.	8 jours après l'opération d'anus anormal. Arthrite du genou. Ponction exploratrice qui ramène du pus.	Arthrotomie. 2 incisions latérales de 4 cent., pansement de Lister.

PARTICULARITÉS de l'opération	SOINS consécutifs	GUÉRISON	MORT	RÉSULTAT fonctionnel	OBSERVATIONS
Drainage, pansement phéniqué.		Guérison.		Mouvements.	Il y eut une légère intoxication phéniquée.
Drainage, pansement iodoformé ouaté.		Guérison.		Mouvements conservés.	
Drainage, pansement ouaté antiseptique.	Drains enlevés au bout de 2 jours.	Guérison.		Mouvements complètement conservés.	Guérison en 10 jours.
Drainage.		Guérison.		Mouvements limités.	
3 drains, pas de sutures, attelle postérieure.	Drains retirés le 10 ^e jour.	Guérison.		Mouvements complètement conservés.	Guérison en 19 jours.
3 drains.	Ablation des drains le 10 ^e puis le 24 ^e jour.	Guérison.		Mouvements conservés.	Légère intoxication phéniquée.
Drainage.		Guérison.		Mobilité conservée.	
		Guérison.		Bon.	
Drainage.	Laisse 2 mois.	Guérison.		Excellent.	
Ni réunion ni drainage.		Guérison.			Mort de diarrhée après guérison de son opération.

TABLEAU
Corps étrangers

AUTEUR et indication bibliographique	SEXE	AGE	Articulation malade	Hydathrose avant l'opération	OPERATION Facilité ou difficulté d'extraction NOMBRE des corps étrangers	DRAINAGE Mode de drainage
1 Bartleet, 1878. Brit. med. J. 1878, t. 1, p. 738.	H.	32	Genou.		Arthrot. antisept. 25 corps étrang.	
2 Bartleet, 1878. Brit. med. J. 1875, t. 1, p. 738.	H.	65	Genou.		Arthrot. antisept. 4 corps étrangers	
3 J.-K. Barton, 1885. Brit. med. J. 1885, t. 1, p. 1157.			Genou.		Arthrot. antisept. corps étranger fixé sous le tendon rotulien.	
4 Joseph Bell, 1875. The Lancet, 1875, t. II, p. 310.	H.	39	Genou.		Arthrotomie.	
5 Royes Bell, 1883. The Lancet, 1883, t. II, p. 457.	H.		Genou.		Arthrotomie, corps étranger retenu par un pédicule.	Drainage en crins de cheval.
6 Eug. Bœckel, 1876. Gaz. hôp., 1876, n° 20.	H.	âgé	Métacarpo-phal.		Arthrotomie.	
7 Eug. Bœckel, 1883. J. Muller, Gaz. méd. de Strasb., 1886, n° 2, p. 16.	F.	32	Genou.	Hydathrose	Arthrotomie.	Pas de drainage.
8 Eug. Bœckel, 1885. J. Muller, Gaz. méd. de Strasb., 1886, n° 2, p. 17.	H.	38	Coude.		Arthrite déformante, 18 arthrophytes. 2 incisions. Arthrotomie.	
9 J. Bœckel, 1881. Frag. chir. antis., 1882, p. 327.	H.	18	Genou.		Arthrotomie, fuite du corps étranger exploration digitale, pédicule lié au catgut.	Drainage.
10 J. Bœckel, 1882. Frag. chir. antis., 1882, p. 329.	H.	43	Genou.		Arthrotomie, fixation du corps étranger avec pince à griffe, avant ouvert. de la synoviale, extraction facile.	Drainage.
11 Bøgehold. Arch. f. klin. Chir., t. XXVI, p. 460.	F.	17	Genou.		Arthrotomie, corps étranger du volume d'une noix.	Pas de drainage.

G
articulaires.

SUTURE Superficielle ou profonde Complète ou incomplète 1 ou 2 plans Nature du fil	Immobilisation après l'opération	Ablation des sutures ou des drains	Epanchement Se reproduit-il après l'opération?	Durée du traitement	Guérison ou mort	Etat définitif	OBSERVATIONS — Complications
					Guérison		Il s'agit d'une arthrite sèche.
					Guérison		Spontanés.
					Guérison		Extraction facile.
				1 mois.	Guérison	Excellent.	Spontané.
				15 jours.	Guérison	Excellent.	Corps étranger pédiculé. Spontané.
					Guérison	Mouvem.	Spontané.
Suture.	Immobil. sur une attelle à pédale.			4 jours.	Guérison	Mouvem. complets.	Traumatique, lavage phéniqué 5 0/0.
					Guérison avec suppuration.	Ankylose.	Suppuration. Spontané.
2 plans de suture synoviale, 3 catguts; peau, 3 fils métall.			Un peu d'hydart. le 4 ^e jour disparaît bientôt.		Guérison sans aucun accident.	Mouvem. complets.	
2 plans de suture; synoviale au catgut; peau, fils mét.	Immobil. attelle à pédale.			9 jours.	Guérison	Mouvem. complets.	Corps étranger pédiculé; ligature du pédicule au catgut. Traumatique.
					Guérison sans accident.		Précautions antiseptiques.

AUTEUR et indication bibliographique	SEXE	AGE	Articulation malade	Hydarthrose avant l'opération	OPERATION Facilité ou difficulté d'extraction NOMBRE des corps étrangers	DRAINAGE Mode de drainage	SUTURE Superficielle ou profonde Complète ou incomplète 1 ou 2 plans Nature du fil	Immobilisation après l'opération	Ablation des sutures ou des drains	Epanchement Se reproduit-il après l'opération?	Durée du traitement	Guérison ou mort	Etat définitif	OBSERVATIONS — Complications
12 Burckhardt, 1880. Cor. bl. für Schweiz. ärzte, 1880, p. 198.	H.	30	Genou.		Arthrotomie, corps étranger atroph.	Pas de drainage	3 sutures au catgut sur synoviale et vaste interne, 5 sutures métall. cutanées.				13 jours.	Guérison	Excellent.	Anesthésie locale avec l'éther. Traumatique.
13 Burckhardt, 1880. In corr. bl. für Schweiz ärzte, 1880, p. 198.	H.	25	Genou.		Arthrotomie, arthrite déform., 5 corps étrangers	Pas de drainage.	Suture au catgut de synoviale et vaste interne, suture au catgut de la peau.					Guérison	Excellent.	Quatre mois après genou un peu volumineux, mouvements faciles. Spontané.
14 Busch, 1871. Arch., f. klin. Chir., 1871-72, p. 33.	H.	24	Genou.		Arthrotomie, corps étrang. du genou			Appareil plâtré.			1 mois.	Guérison		
15 Cocks. Lancet, 22 janvier 1884, p. 136.	H.	43	Genou.		Arthrotomie, corps étranger, issue facile.						21 jours.	Guérison	Excellent.	Pansement de Lister.
16 Demons. 1885. Inédite. Obs. XXX.	H.	44	Genou.	Hydarthrose ancienne.	Arthrot., 1 corps étranger, issue très facile.	Pas de drainage.	2 plans de suture synov., 2 soie phén. superficielles.	Attelle plâtrée.				Guérison	Excellent.	Fixation du corps étranger en bas et en dedans de la jointure. Réunion complète en dix jours. Spontané.
17 Fergusson, 1879. Medical Times and gaz., 28 fév. 1880, p. 234.	H.	65	Genou.		Arthrot., 1 corps étranger.	Pas de drainage.	3 fils d'arg.	Ablation le 7 ^e jour.	Reproduction du liquide la 2 ^e sem.		20 jours.	Guérison	Au bout de 6 semaines état norm.	Pas d'anesthésie. Fixation du corps étranger au moyen d'une aiguille. Violente attaque de cholérine pendant le traitement.
18 Fillenbaum, 1875. Wiener medicin. Wochensh, n° 18, 1875, p. 366.	H.	23	Genou.		Arthrot., 1 corps étranger, extraction facile.	Pas de drainage immédiatement. Drainage le quatrième jour.	7 sutures boutonnées très rapprochées.	Immobil. attelle.	Ablation des sut. le 2 ^e jour.		1 mois.	Guérison		Bande d'Esmarch. Incision oblique. Suture très serrée avant d'enlever la bande d'Esmarch. Epanchement sanguin. Suppuration légère.
19 Fischer. Deutsche Zeitschrift für chir. t. XII, p. 337.			Genou.		Arthrotomie.	Pas de drainage.	Suture.	Attelle.	Enlèvem. le 5 ^e jour.			Guérison	Un peu de raideur.	Gonflement et douleur après l'opération. Traumatique.
20 Fischer, 1875. Deutsche Zeitschrift für chir. t. XII, p. 344.	H.	45	Poignet.	Hydarthrose.	Arthrotomie, nombre de corps étrangers, arthrite déformante.	Pas de drainage immédiatement. Drainage le troisième jour.	Suture.	Compression avec Lister.	Enlèvem. des sut. le 3 ^e jour.	Suppuration.		Guérison	Ankylose complète.	Drainage tardif. Suppuration de cinq semaines. Spontané.

AUTEUR et indication bibliographique	AGE	SEXE	Articulation malade	Hydarthrose avant l'opération	OPERATION Facilité ou difficulté d'extraction NOMBRE des corps étrangers	DRAINAGE Mode de drainage	SUTURE Superficielle ou profonde Complète ou incomplète 1 ou 2 plans Nature du fil	Immobilisation après l'opération	Ablation des sutures ou de drains	Epanchement se reproduit-il après l'opération?	Durée du traitement	Guérison ou mort	Etat définitif	OBSERVATIONS — Complications
21 Fischer, 1874. Deutsche Zeitschrift für Chir., t. XII, p. 347.	H.	24	Genou.		Incision libre sur le corps étranger, emploi de l'extracteur américain.	Pas de drainage immédiatement. Drainage le neuvième jour.	3 sutures boutonnées.		Enlèvem. des sut. le 5 ^e jour.		45 jours.	Guérison	Flexion possible à 90°	Suppuration. Drainage le neuvième jour. Spontané.
22 Fischer, 1878. Deutsche Zeitschrift für Chir., t. XII, p. 350.	H.	16	Genou.	Hydarthrose.	Arthrot., 1 corps étranger.		2 sutures.		Enlèvem. le 3 ^e jour.		3 semaines.	Guérison	Normal.	Spontané.
23 Fischer. Deutsche Zeitschrift für Chir. t. XII, p. 353.	H.	20	Coude.	Hydarthrose.	Arthrot., extract. facile.		3 sutures argent.				8 jours.	Guérison		
24 A.-P. Gerster, 1882. Med. Rec. New-York, janv. 1882, t. XXI, p. 78.	H.		Genou.		Arthrot., incision semi-lunaire, côté interne de l'articulation, incision de la synoviale à la base du lambeau.	Pas de drainage.	2 plans, synoviale, catgut; suture cutanée.				15 jours.	Guérison	Bon.	Lambeau cutané semi-lunaire. Incision de la synoviale à la base de ce lambeau. Les deux plaies ne se correspondent pas et la plaie articulaire est sous-cutanée. Traumatique.
25 A.-P. Gerster, 1882. Med. Rec. New-York, janv. 1882, t. XXI, p. 78.	F.	14	Genou.		Lipôme sous-rotulien, arthrotom., incision interne de 35 mill.	Deux drainages.	2 plans, synoviale, peau.		Ablation des tubes le 7 ^e jour.			Guérison		Hémostase très complète avant l'ouverture de la synoviale. Spontané.
26 Gutsch, 1880. Arch. f. kl. Chir., 1880, t. XXV, p. 345. (Opérat. de Schede).	H.	24	Genou.	Hydarthrose légère.	4 corps étrangers, dont 1 volumineux. Arthrot., section du corps étranger pour l'extraire.	Pas de drainage.	2 plans, synoviale, peau.				14 jours.	Guérison		Incision de 3 cent. externe. Un gros corps étranger sectionné en deux. Exploration digitale. Lavage phéniqué.
27 Heurtaux (de Nantes) 1880. Bullet. soc. chir., t. III, p. 164.	H.	22	Genou.		Arthrotom., 35 arthroph. pesant 60 grammes.	Pas de drainage.	2 plans au fil d'argent.	Gouttière ouate.			1 mois.	Guérison	Bon.	A été revu marchant très bien.
28 Holmer, 1869. Cité par Iversen, Nord méd. Ark., 1873, t. V, n° 25, p. 22.	H.	22	Genou.		Arthrot. oblique, extract. difficile.		Suture.			Hydarth.		Guérison		Pas de chloroforme. Au bout de quinze jours gonflement et épanchement dans le genou. Glace. Quinze jours après hydarthrose disparaît.
29 Holmer, 1873. Cité par Iversen, Nord méd. Ark., 1873, t. V, n° 25, p. 26.	H.	45	Genou.	Légère.	Arthrotom., corps étranger difficile à extraire.			Gouttière glace.				Guérison	Bon.	Pas de chloroforme, on a attendu pour opérer, la disparition de l'hydarthrose.

AUTEUR et indication bibliographique	SEXE	AGE	Articulation malade	Hydarthrose avant l'opération	OPERATION Facilité ou difficulté d'extraction NOMBRE des corps étrangers	DRAINAGE Mode de drainage	SUTURE superficielle ou profonde complète ou incomplète 1 ou 2 plans Nature du fil	Immobilisation après l'opération	Ablation des sutures ou des drains	Epanchement Se reproduit-il après l'opération?	Durée du traitement	Guérison ou mort	Etat définitif	OBSERVATIONS — Complications
30 Holmer, 1872. Cité par Iversen, Nord méd. Ark., 1873, t. V, n° 25, p. 25.	H.	32	Genou.	Considérable.	Arthrot., nécessité de curette pour l'extraction.		Suture.		Ablation de suture le 12 ^e jour			Guérison	Marche bien.	Pas de chloroforme.
31 Holmer, 1871. Cité par Iversen, Nord méd. Ark., 1873, t. V, n° 25, p. 23.	H.	13	Genou.	Pas d'hydarth.	Artrophyste fixé, incision directe.		Suture.	Gouttière glace.	Ablation de suture le 6 ^e jour.			Guérison	Marche bien.	Pas de chloroforme. Réfrigération locale. Traumatique.
32 Holmer, 1873. Cité par Iversen, Nord méd. Ark., 1873, t. V, n° 25, p. 27.	H.	35	Genou.	Notable.	Arthrot., 1 corps étrang., incision directe, extract. facile.		Suture.	Gouttière glace.	Ablation le 7 ^e jour.			Guérison sans accidents		Hydarthrose ponctionnée quinze jours avant l'opération, aspiration de 60 gram de liquide. Immobilisation.
33 Holmer, 1873. Cité par Iversen, Nord méd. Ark., 1873, t. V, n° 25, p. 28.	H.	20	Genou.	Notable.	Arthrot. directe, corps étranger cartilagineux.		Suture.	Gouttière glace.	Ablation le 7 ^e jour.			Guérison	Marche.	Hydarthrose. On attend que l'épanchement ait diminué avant d'opérer.
34 Holmer. Cité par Iversen, Nord méd. Ark., 1873, t. V, p. 24.	H.	33	Genou.	Pas d'hydarth.	Arthrot., incision directe, 1 corps étranger.		Suture.	Immobil. avant et après.				Guérison	Mouvem.	Pas de chloroforme. Immobilisation préventive. Spontané.
35 Houzel, 1880. Bull. soc. chir., juin 1880.	H.	70	Genou.	Hydarthrose.	Arthrite sèche, 2 corps étranger, arthrot. explorat. digitale.	Pas de drainage						Guérison		
36 Iversen 1875. Nord méd. Ark., 1875 et dans Jahreshb. II, p. 403.	H.		Genou.		Arthrotom., corps étranger.							Guérison		
37 Iversen 1875. Nord méd. Ark., 1875, et dans Jahreshb. II, p. 403.	H.				Arthrotomie.							Guérison		
38 Iversen, 1875. Nord méd. Ark., 1875, et dans Jahreshb. II, p. 403.	H.		Genou.		Arthrotomie.							Guérison	Marche bien.	Traumatique.
39 Iversen, 1883. Cité par Virchow, Berlin, Klin. Wochen., juin 1883, p. 352.	H.	20	Genou.		Arthrotom., corps étranger cartilagineux.							Guérison		
40 Karpinski, Berlin, Klin. Wochen., 4 juin 1883, p. 352.	H.	20	Genou.		Arthrotomie.							Guérison	Marche bien.	

AUTEUR et indication bibliographique	SEXE	AGE	Articulation malade	Hydarthrose avant l'opération	OPERATION Facilité ou difficulté d'extraction NOMBRE des corps étrangers	DRAINAGE Mode de drainage	SUTURE Superficielle ou profonde Complète ou incomplète 1 ou 2 plans Nature du fil	Immobilisation après l'opération	Ablation des sutures ou des drains	Epanchement Se reproduit-il après l'opération?	Durée du traitement	Guérison ou mort	Etat définitif	OBSERVATIONS — Complications
41 König. Berlin, Klin. Wochen., 24 nov. 1879, p. 695.	H.	38	Genou.	Hydarthrose.	Corps étrang., arthrotomie.									Deux incisions latérales dans la portion supérieure de l'articulation du genou. Spontané.
42 König. Berlin, Klin. Wochen., 24 nov. 1879, p. 694, col. 2.	F.	21	Genou.		Lipôme, arthrot.							Guérison	Marche sans béquilles.	Incision en dehors du ligament rotulien. Lipôme dont le pédicule émane de la capsule au côté interne du ligament rotulien. Spontané.
43 Küster. Berlin, Klin. Wochen., 11 juin 1883, p. 368.	H.		Genou.		Corps étrang., cartilagineux, arthrotomie.							Guérison sans accidents		Traumatique.
44 Langenbeck Arch. f. klin. Chir. XXI, Spl. p. 312.	H.	29	Genou.		Corps étranger, arthrotomie.		Suture.	Appareil plâtré.			3 semaines.	Guérison	Mobilité normale.	
45 Leisrink. 1880. Arch. f. Klin. Chir. 1881, XXVI, p. 977.	H.	33	Genou.	Hydarthrose.	Arthrotom., corps étranger.	Drainage.	Suture.		Ablation de drains et sutures le 8 ^e jour.		16 jours.	Guérison		Spontané.
46 Lesigne, (de Liesieux), 1885, Un. méd., 1885, p. 554.	H.	60	Genou.	Pas d'hydarthrose.	Arthrotomie, fixation avec le doigt d'un aide	Drainage.	Sutures au crin de Florence.		Ablation des drains le 6 ^e jour.			Guérison rapide.		
47 Lister, 1871. Brit. méd. J., 26 août 1871, t. II, p. 232.			Genou.		Arthrotomie, gros corps étranger, incision sous le spray.	Pas de drainage.	Pas de suture.				15 jours.	Guérison sans accidents.		Traumatique.
48 Lister, 1871. Brit. méd. J., 26 août 1871, t. II, p. 232.			Genou.		Arthrotomie, gros corps étranger, large incis. sous le spray.	Pas de drainage.						Guérison		
49 Lister, 1872. in Watson Cheyne, Antiseptic Surgery, 1882, p. 426.	H.	29	Genou.		Arthrotomie.	Pas de drainage.					21 jours.	Guérison	Parfait.	Paralysie temporaire du bras qui cède à l'électricité.
50 Lister, 1873. in Watson Cheyne, Antiseptic Surgery, 1882, p. 426.	H.	31	Coude.		Incis. longitud. sur condyle, ext., 200 corps étrangers.	2 drains.	Suture.				20 jours.	Guérison	Parfait pour le genou droit.	Le corps étrang. du g. gauche a fui pendant l'opération et n'a pu être extrait.
51 Lister, 1879. in Watson Cheyne. A. Surg., 1882, p. 432.	H.	34	Les 2 genoux.		Arthrot. côté droit, 2 jours après arthrot. du genou gauche.	Drainage.	Pas de suture.		Ablation des drains le 2 ^e jour.			Guérison		

TABLEAU
Corps étrangers.

AUTEUR et indication bibliographique	SEXE	AGE	Articulation malade	Hydarthrose avant l'opération	OPERATION Facilité ou difficulté d'extraction NOMBRE des corps étrangers	DRAINAGE Mode de drainage
52 Lister, 1880, loc. cit., p. 434.	H.	29	Genou.		Arthrotomie.	Drainage.
53 Maunoury (de Char- tres 1885. Inédite. Obs. XXXI.	F.	22	Genou.		Arthrotom., corps étranger, extract. avec pince.	Drainage cou- ché, non articu- laire.
54 Ch. Monod, 1881. In Fibich. Th. Paris, 1883, p. 128.		25	Genou.	Pas d'hydar- throsé.	Arthrotom., corps étrang. pédiculé, lig. du pédicule au catgut, avant section.	Drainage.
55 Rice Morgan, 1883. The Lancet, 9 nov. 1883, t. II, p. 567. (Opérat. de Griffiths).			Genou.		Arthrotom., corps étranger, trau- matique, fuite du corps étranger. exploration digi- tale.	Pas de drainage.
56 Morgan. 1877-78. St- George's Hospital Reports, vol. IX, p. 763.	H.		Genou.		Arthrot., incision dir. sur le corps étranger, saisi au ténaculum, fuite du corps étrang., pas d'extraction.	Drainage arti- culaire.
57 Oliver Pemberton, 1883. The Lancet, 19 mai 1883, t. I, p. 857.	H.	55	Genou.		Arthrotom., corps étranger volumi- neux, incis. entre rotule et condyle externe.	Pas de drainage.
58 G. Neuber. Archiv. für klin. Chirurg., 1881, t. XXVI, p. 101.	H.	53	Tibio-pé- ronière.	Hydarthrose du genou et tibio- péronière.	Incision de 4 cent., ouverture de la tibio-péronière, corps étranger, communic. avec le genou.	
59 Nicaise, 1883. Bull. soc. chir., 3 janv. 1883, p. 12.	F.	37	Genou.		Arthrotom., corps étrangers multi- ples, extraction.	Deux drainages dont un articu- laire.
60 Nicaise, 1881. Soc. chir., 10 août 1881, p. 734.	H.	24	Genou.	Pas d'hydarth.	Arthrotom., corps étranger fixé avec un tube en caout- chouc, extraction facile avec pince.	Pas de drainage.

G (suite)
articulaires.

SUTURE Superficielle ou profonde Complète ou incomplète 1 ou 2 plans Nature du fil	Immobilisation après l'opération	Ablation des sutures ou des drains	Epanchement Sécrété après l'opération?	Durée du traitement	Guérison ou mort	Etat définitif	OBSERVATIONS — Complications
					Guérison	Ankylose fibreuse.	Suppuration de l'article, abcès de voi- sinage.
3 points su- perfiels.	Gouttière plâtrée.	Ablation des drains et sutures le 4 ^e jour.		15 jours.	Guérison	Parfait.	Traumatique.
5 points su- perfiels au catgut.	Immobil.			16 jours.	Guérison	Mobilité normale.	Revu en 1883, mar- chait admirablement. Traumatique.
Suture.				7 jours.	Guérison	Excellent.	Traumatique.
				10 jours.	Guérison	Excellent.	Pas d'extraction. Le corps étranger vint plus tard se fixer so- lidement au niveau de la cicatrice.
Suture.				14 jours.	Guérison.	Excellent.	Spontané.
					Guérison sans suppura- tion.		Spontané.
Suture pro- fonde avec cat- gut.		Ablation rapide des drains		17 jours.	Guérison.	Parfait.	Revue quatre mois après, état définitif parfait. Spontané.
2 points au fil d'argent pre- nant peau et synoviale.				5 jours.	Guérison.	Parfait.	Présenté à la soc. de chirurgie 25 ^e jour. Traumatique.

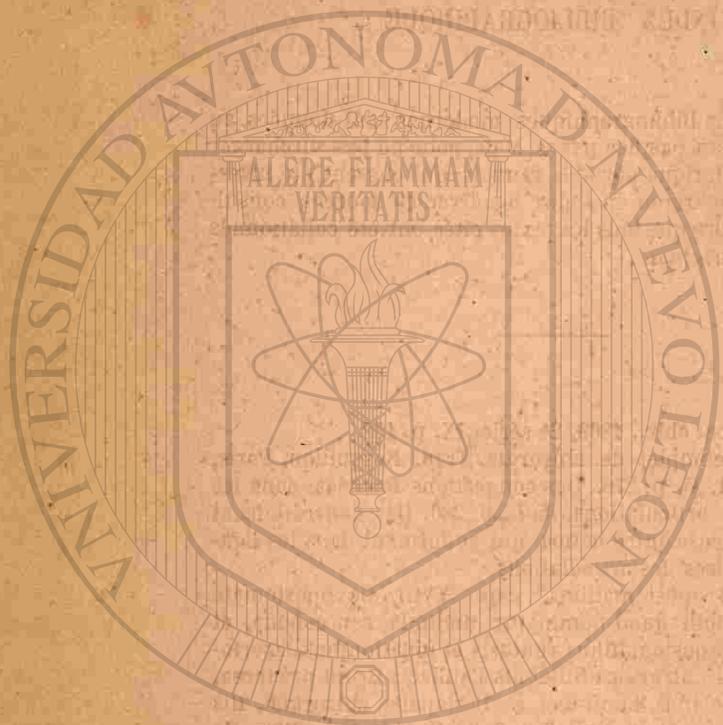
AUTEUR et indication bibliographique	SEXE	AGE	Articulation malade	Hydarthrose avant l'opération	OPERATION Facilité ou difficulté d'extraction NOMBRE des corps étrangers	DRAINAGE Mode de drainage	SUTURE Superficielle ou profonde Complète ou incomplète 1 ou 2 plans Nature du fil	Immobilisation après l'opération	Ablation des sutures ou des drains	Epanchement Se reproduit-il après l'opération?	Durée du traitement	Guérison ou mort	État définitif	OBSERVATIONS — Complications
61 Poinot (de Bordeaux) 1884. Inédite. Ob- servation XXXII.	H.	64	Genou.		Arthrotom., inci- sion perp. à l'axe du membre, corps étranger, extrac- tion facile.	Pas de drainage.	3 points su- perfiels.		On enlève 1 fil le 7 ^e jour au 1 ^{er} pans.		45 jours.	Guérison.		Suppuration super- ficielle. Corps étran- ger difficile à fixer. Opération remise de six jours à cause de cette difficulté de le trouver.
62 Poncet (de Cluny). 1881. Fibich. Th. Paris, 1883, p. 117.	H.	Ad.	Genou.	Abondante.	Arthrot., extrac- tion de 3 corps étrangers.	Pas de drainage.	2 sutures pro- fondes, 6 points superfiels.				1 mois.	Guérison parfaite.		Deux points pro- fonds sur la capsule dont les chefs sont ramenés à l'extérieur. Traumatique.
63 Poncet (de Cluny). 1881. Fibich. Th. Paris, 1883, p. 114.	H.	23	Genou.	Pas d'hyarth.	Arthrotom., corps étranger, extrac- tion facile.	Pas de drainage.	Suture rem- placée le 10 ^e jour, par taffe- tas d'Angle- terre.		Ablation des fils superfic. le 12 ^e jour	Epanche- ment articul.	66 jours.	Guérison.	Réformé.	Pas de chlorofo- rme, peu de douleurs, capsule très épaisse, hémorragie en nap- pe. Traumatique.
64 Poncet, (de Lyon), 1885, inédite. Ob- servation XXXIII.	H.	28	Genou.	Légère.	Incision de 4 cent.,	Drains articu- laires.	Suture au catgut des 3/4 de la plaie.	Immob.	Abla- tion du drain le 7 ^e jour.		29 jours.	Guérison	Parfait.	
65 Poncet, (de Lyon), 1885, inédite. Ob- servation XXXIV.	H.	31		Hydarthrose.	Incision de 6 cent- corps étranger adhérent à la sy- noviale.	Drains.	Suture.	Immob.			35 jours.	Guérison	Parfait.	
66 Pozzi, 1880. Bull. soc. chir., 1881, 10 août, t. VII, p. 737.	H.	Ad.	Genou.		Arthrotom., corps étrang. pédiculé, section du peti- cule, hémorrhag. dans l'articul.	Drainage se- condaire.	Réunion par bandelettes collodion.	Pansem. onaté au bout de 24 h.			2 mois.	Guérison	Raideur articulaire	Pas de chlorofo- rme, douleur très vive, arthrite suppurée, large ouverture, drai- nage.
67 Quénu, 1885. Inédite. Obs. XXXVI.	H.	23	Genou.	Modérée.	Arthrotom., corps étranger, diffi- cultés d'extrac- tion.	Drainage non articulaire.	Pas de suture de synoviale, suture superfi- cielle.	Plâtre ouaté de bois.	Ablation le 10 ^e jour	Repro- duction 2 mois après.	8 jours.	Guérison	Mobilité.	Revu deux mois après, marchait bien, reproduction d'hy- darthrose.
68 J.-L. Reverdin, 1883. Rev. méd. de la Suisse romande, 1885.	F.	21	Genou.	Légère.	Arthrot., incision transversale, sec- tion du tendon rotulien et des ligaments latér., extraction avec pince du corps étrang. logé der- rière ligaments croisés.	Drainage.	Suture au cat- gut du ligam. rotulien et des ligaments laté- raux.	Gouttière				Guérison	Marche assez bien.	Spontané Un peu d'hydar- throse lorsque la marche est reprise, disparaît avec com- pression. En avril 1886, marche bien, un peu d'atrophie du triceps
69 Richelot, 1884. Iné- dite. Obs. XXXVII.	H.	27	Genou.	Volumineuse.	Arthrot., incision interne, extract. facile.	Drainage arti- culaire de 2 cent.	Pas de suture.	Attelle plâtre.	Ablation du tube le 4 ^e jour.	Le 10 ^e j. puis dis- paraît.	15 jours.	Guérison	Très bon.	

AUTEUR et indication bibliographique	SEXE	AGE	Articulation malade	Hydarthrose avant l'opération	OPÉRATION Facilité ou difficulté d'extraction NOMBRE des corps étrangers	DRAINAGE Mode de drainage	SUTURE Superficielle ou profonde Complète ou incomplète 1 ou 2 plans Nature du fil	Immobilisation après l'opération	Ablation des sutures ou de drains	Epanchement. Se reproduit-il après l'opération?	Durée du traitement	Guérison ou mort	Etat définitif	OBSERVATIONS — Complications
70 Richet, 1881. Gaz. hosp., 24 mai 1881, p. 793.	H.	19	Genou.	Hydarthrose.	Arthrotom., corps fixé avec une ai- guille, pédicule épais, sectionné aux ciseaux.	Pas de drainage.	Suture cuta- née, fil métalli- que.					Guérison	Raideur.	Arthrite purulente. Traumatique.
71 Riedel, 1877. Deuts- che Zeitschrift für Chir., 1878, p. 49.	F.	17	Genou.	Hydarthrose.	Arthrot., plusieurs corps étrangers.						15 jours.	Guérison	Mobilité parfaite.	Un an après la flexion atteignait 60°. Spontané.
72 Riedel, 1877. Deutsch. Zeitschrift f. Chir. 1878, p. 49.	F.	18	Genou.	Hydarthrose.	Arthrot., 6 corps étrangers.						5 mois 1/2	Mort.		Erysipèle, suppu- ration, deux incisions latérales, incision po- pitée, autopsie : pneumonie, néphrite, hémorrh., tubercu- lose synoviale et vis- cérale. Spontané.
73 Riedel, 1877. Deutsch. Zeitschrift f. Chir. t. X, p. 50.	H.		Genou.	Hydarthrose.	Arthr., 2 incisions latérales, petits corps étrangers.								?	Phlegmon qui part de l'extrémité supé- rieure de l'incision.
74 Riedel, 1876. Deutsch. Zeitschrift f. Chir. 1878, p. 54.	F.	34	Genou.		Arthrot., incision au milieu du li- gament rotulien.							Guérison	Boiterie légère.	Réunion par pre- mière intention.
75 Riedel, 1877. Deutsch. Zeitschrift f. Chir. 1878, p. 55.	F.	22	Genou.		Arthr., lipôme du genou.							Guérison	Mouvem. normaux.	Lipôme faisant her- nie dans l'articula- tion.
76 Rivington, 1884. Lan- cet, 1884, 9 février t. I, p. 237.	H.	64	Genou.		Arthrotom., corps étranger, extrac- tion à la pince explorat. digitale.	Pas de drainage.	Réunion in- complète.				10 jours.	Guérison	Un peu de raideur.	Section d'une arti- culaire, ligature au catgut. Spontané.
77 Rivington, 1884. Lan- cet, 9 fév. 1884, t. I, p. 237.	H.	19	Genou.		Arthrotomie, corps étrang. fixation au niveau du con- dyle ext. avec aiguille, extrac- tion facile.	Pas de drainage.	Suture.				8 jours.	Guérison	Bon.	Ligature de tous les vaisseaux avant l'ouverture de l'arti- culation. Traumati- que.

AUTEUR et indication bibliographique	SEXE	AGE	Articulation malade	Hydarthrose avant l'opération	OPÉRATION Facilité ou difficulté d'extraction NOMBRE des corps étrangers	DRAINAGE Mode de drainage	SUTURE superficielle ou profonde complète ou incomplète 1 ou 2 plans Nature du fil	Immobilisation après l'opération	Ablation des sutures ou des drains	Epanchement Se reproduit-il après l'opération	Durée du traitement	Guérison ou mort	Etat définitif	OBSERVATIONS — Complications
78 Rohmer (de Nancy). 1883. Inédite. Obs. XXXV.	H.	60	Genou.		Arthrot., 1 corps étranger, incision cutanée de 6 c., simple bouton. à la synoviale.	Pas de drainage.	2 plans de suture syno- viale, catgut n° 1, peau, soie antiseptique.				15 jours.	Guérison		Dans la nuit du deuxième au troisiè- me jour le malade tombe de son lit: dé- chirure de la plaie cu- tanée, rien dans l'ar- ticulation. Spontané.
79 Saltzman, 1885. Finska Läkaresällsk handl, XXVII, p. 206.	H.	19	Genou.	Pas d'hydarth.	Arthrotomie, corps fixé entre pouce et index. extract. facile, sans irri- gat. phéniquée.	Pas de drainage.	2 plans de suture au cat- gut, synoviale, peau.					Guérison sans acc		Ethérisation. Trau- matique.
80 Saltzman, 1885. Finska Läkaresällsk handl, XXVII, p. 206.	H.	32	Genou.	Légère.	Arthrotomie, corps étrang., fixation entre pouce et index, extraction diffic. à la pince.	Pas de drainage.	2 plans de suture au cat- gut.					Guérison sans acc.		Traumatique.
81 Santesson, 1878. Hy- gién, 1879. Svenska Läkaresällsk for- handl, p. 21.	H.	36	Genou.		Arthrot., 80 arthro- phytes, 2 corps fixés abandonnés	Pas de drainage.	Suture au catgut.					Guérison		Spontané.
82 Saxtorph, 1878. Fi- bich Th. Paris 1883, p. 105.	H.	56	Genou.	Abondante.	Arthrot., 4 corps étrangers, 2 inc. interne et extern.	Drainage.	Suture.	Immobil.	Ablation du drain le 10 ^e jour		15 jours.	Guérison	Mobilité parfaite.	Spontané.
83 Saxtorph, 1879. Fi- bich th. Paris 1883, p. 107.	H.	20	Genou.	Pas d'hydarth.	Arthrot., arthroph. diffic. à trouver, explor. digitale.	Drainage par fil de catgut.	Suture in- complète.	Immobil.			15 jours.	Guérison	Mobilité parfaite.	Traumatique.
84 Saxtorph, 1879. Fi- bich Th. Paris 1883, p. 106.	H.	25	Genou.	Légère.	Arthr., l'arthroph. fixé par un aide s'échappe seul hors de la plaie avec force.	Pas de drainage.	Suture par- tielle, catgut.	Immobil.			15 jours.	Guérison	Mobilité parfaite.	Spontané.
85 Saxtorph, inédite, comm. par le Dr Bouillet. Ob. XLII.	H.	35	Genou.		Arthrotomie.		Pas de suture.				18 jours.	Guérison	Parfait.	Spontané. 3 arthrotomies suc- cessives.
86 Saxtorph, inédite. Comm. par le Dr Bouillet. Observ. XXXVIII.	H.	22	Genou.	Pas d'hydarth.	3 arthrotomies suc- cessives, les 30 juin, 14 juillet et 10 août. 5 ar- throphytes des 2 genoux.	Pas de drainage.						Guérison		
87 Saxtorph, inédite. Comm. par le Dr Bouillet. Observat. XXXIX.	H.	42	Genou.		Arthr., arthrophyte du genou.						15 jours.	Guérison	Mobilité parfaite.	

AUTEUR et Indication bibliographique	SEXE	AGE	Articulation malade	Hydarthrose avant l'opération	OPÉRATION Facilité ou difficulté d'extraction NOMBRE des corps étrangers	DRAINAGE Mode de drainage	SUTURE superficielle ou profonde complète ou incomplète 1 ou 2 plans Nature du fil	Immobilisation après l'opération	Ablation des sutures ou des drains	Epanchement Se reproduit-il après l'opération	Durée du traitement	Guérison ou mort	Etat définitif	OBSERVATIONS — Complications
88 Saxtorph, inédite. Comm. par le Dr Bouillet. Obs. XLI.	H.	24	Coude.	Pas d'hyrth.	Arthrot., incision sur le corps étr. fixé entre tête du radius et olécr., extr. à la pince.	Drainage.	Suture fil de fer.		Ablation le 6 ^e jour.			Guérison	Mouvm. assez libres	Le dixième jour la plaie était presque entièrement guérie. Spontané.
89 Saxtorph, inédite. Comm. par le Dr Bouillet. Obs. XL.	F.	48	Genou.		Arthr., 2 incisions l'une au-dessus l'autre, 4 arthro- phytes.	Drainage.	Suture.		Ablation du drain le 5 ^e jour, des sutur. le 10 ^e jour		2 mois 1/2	Guérison	Marche facilement	
90 Schede, 1874. In Ar- chiv. Langenbeck, vol. XVII, p. 523.	H.	17	Genou.		Arthrotomie, corps étranger libre, extraction facile, incision oblique.						1 mois.	Guérison	Bon.	Le septième jour, après mouv. brusque, frisson, épanchement articulaire. Ponction: issue de 135 gr. Deux jours après nouvel épanchement, drai- nage par une fistule. Spontané.
91 M. W. de Schulten, 1884. Finska Läk- karsällsk handl., XXVI, p. 403.	H.	56	Genou.		Arthrot., incision sur le corps étr. fixé par une gros. aiguille, extract. facile.	Drainage.	2 points de suture.				23 jours.	Guérison	Excellent.	Vingt-trois jours après l'opération le malade jouissait de tous les mouvements du genou. Spontané.
92 M. W. de Schulten, inédite. Obs. XLIII.	H.	30	Genou.		Incision sur le corps étranger fixé avec une bande élasti- que.	Drainage.		Immob.			22 jours.	Guérison	Parfait.	Un an après, appa- rition de 2 nou- veaux corps étran- gers. Spontané.
93 P. Segond, 1883. Inédite. Obs. XLIV.	H.	33	Genou.	Hydarthrose.	Arthrot., incision sur le corps étr. fixé avec la main gauche, issue fac	Pas de drainage.	5 fils d'arg.	Appareil plâtré.	Ablation le 6 ^e jour.		17 jours.	Guérison	Excellent.	Quitté l'hôpital le dix-huitième complé- tement guéri. Traumatique.
94 Sonnenburg, 1883, in. , Blokuze wski, th. de Berlin, 1885, p. 13.	F.	20	Genou.		Arthrot., bande d'Esmarch, fixa- tion de la syno- viale avec 2 ai- des de fil.	Pas de drain.	Suture.			Un peu d'hydart.	30 jours.	Guérison	Parfait.	Les premiers jours, douleurs et rétention, pas de fièvre. Trau- matique.
95 F. Terrier, inédite. 1884. Obs. XLV.	H.	19	Genou.		Arthrotomie, corps étranger, origine traumatique, fixé au condyle, dé- taché d'un coup de gouge.	Drainage.	Suture crin de Florence.	Appareil plâtré.			37 jours.	Guérison	Bon.	Quitte l'hôpit. mar- chant facilement. Traumatique. Li- gatures des artères au catgut.
96 Tillaux, 1885. Gaz. des hôp. 1885, p. 394.			Genou.	Pas d'hydarth.	Arthrotomie corps étranger.	Drainage.	Suture.		Abla- tion, drains, le 7 ^e jour.		37 jours.	Guérison		

AUTEUR et indication bibliographique	SEXE	AGE	Articulation malade	Hydarthrose avant l'opération	OPÉRATION Facilité ou difficulté d'extraction NOMBRE des corps étrangers	DRAINAGE Mode de drainage	SUTURE superficielle ou profonde complète ou incomplète 1 ou 2 plans Nature du fil	Immobilisation après l'opération	Ablation des sutures ou des drains	Epanchement se reproduit-il après l'opération	Durée du traitement	Guérison ou mort	Etat définitif	OBSERVATIONS — Complications
97 Uthoff, 1881. British med. jour. 1881. T. I, p. 560. 9 avril. (Opér. de Jowers).	H.	39	Genou.		Arthrot., incision au niveau du corps étranger.	Pas de drainage.	Suture au fil d'argent.				37 jours.	Guérison	Bon.	Marche normale au bout de trente-quatre jours.
98 Uthoff, 1881. British med. jour. 1881. T. I, p. 560. 9 avril. (Opér. de Jowers).	H.	39	Genou.		Arthrot., incision au niveau du corps étranger.	Pas de drainage.						Guérison	Légère gêne des mouvem.	Hémorragie grave secondaire, attaque de rhumatisme avec péricardite commune le deuxième jour après l'opération.
99 Uthoff. British med. jour. 1881. 9 avr. T. I, p. 560. (Opér. de Jowers).	H.	28	Genou.		Arthrot., incision au niveau du corps étranger, qui adhère au tibia, extraction de ce corps.						27 jours.	Guérison	Bon.	Marche sans douleur le trente-septième jour, levé le vingt-septième.
100 Uthoff. British med. jour. 1881. 9 avr. T. I, p. 560. (Opér. de Jowers).	H.	23	Genou.		Arthrot., incision au niveau du corps étranger.		Suture au catgut.				21 jours.	Guérison	Bon.	Le vingt-unième jour marche bien et sans douleur Teinture de benjoin, glace.
101 Verneuil, 1879. Bull. soc. chir. 9 juin 1880, page 492.	H.	58	Genou.		Arthrotom., corps étranger difficile à fixer, extract. facile.	Pas de drainage.	Pas de suture.	Pansem. ouaté.			18 jours.	Guérison	Mobilité parfaite.	Lavage phéniqué. Pansement ouaté enlevé le dix-septième jour, se lève le dix-huitième jour. Spontané.
102 Williams, 1875. Lancet, 28 août. T. II, p. 312.	H.	22	Genou.		Arthrotomie, corps étrang., incision de 2 pouces de long, à un pouce au-dessus du corps étranger.	Pas de drainage.	Pas de suture.	Extension			21 jours.	Guérison	Bon.	
Corps étrangers non organiques.														
103 Barton, 1885, Brit. M. J. 1885, t. I., p. 1157.	H.	14	Genou.		Arthrotomie, fragment d'aiguille.							Guérison	Résultat parfait.	
104 J. Boeckel, 1875, Frag. Chir. Antis. p. 326.	F.	18	Genou.		Arthrotomie, extract. d'un frag. d'aiguille, à 2 c. 72.	Pas de drainage.	4 sutures métalliques.	Immob. plâtrée.			18 jours.	Guérison		Incision de 2 cent. sur le cul-de-sac tripital, réunion par 1 ^{re} intention.
105 Ehrmann, (de Mulhouse), Bull. soc. chir., 1878, p. 738.	H.		Genou.		Arthrotomie, extract. d'une balle libre dans l'articulat. depuis 5 mois.	Drainage.	Suture.	Immob.			25 jours.	Guérison	Guérison parfaite.	



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE MÉXICO

DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECA

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

(Les indications bibliographiques modernes sont données au fur et à mesure au bas des pages. Mais, pour ne pas surcharger notre étude historique par des renvois qui eussent été incessants, nous avons réuni en Index les diverses sources consultées. Il va sans dire que tous les textes cités ont été collationnés avec soin sur l'original.

- BAIZEAU. Bull. Soc. chir., 1869, 2^e série, IX, p. 168.
- B. BELL. Cours complet de chirurgie. Trad. Bosquillon, Paris, an IV (1796), t. V, p. 276. Des congestions formées dans les ligaments des articulations, *ibid.*, p. 280. Des concrétions et des excroissances contre nature qui se forment dans les ligaments capsulaires des articulations.
- BERTAPAGLIA. De apostematibus, cap. XVIII. De apostemate phlegmatico molli quod nominatur undimia seu œdema, et cap. XXVI. De apostematibus ventosis et inflationibus lacertorum. Dans *Ars chirurgica Guidonis Cauliaci; Bruni præterea, Theodorici, Rolandi, Lanfranci et Bertapaliæ chirurgiæ. His accesserunt Rogerii ac Guilelmi Saliceti chirurgiæ, Venetis apud Juntas, 1546, in-fol., p. 269 et 272 (1).*
- BLOT (Hippolyte). De l'arthrite suppurée et de sa guérison possible avec conservation des mouvements. Arch. gén. méd., 1856, 5^e série, t. VII, p. 561.
- BOYER. Traité des maladies chirurgicales et des opérations qui leur conviennent, Paris, 1814, t. IV. Plaies des articulations, p. 409. Corps étrangers, p. 306. Hydropisie des articulations, p. 457. Tumeurs blanches, p. 529.
- BRODIE. Traité des maladies des articulations, Londres, 1818. Trad. Léon Marchant, Paris, 1819.
- BRUNO. Bruni Longoburgensis Chirurgia magna, liv. II, cap., IX, De extractione aquæ hydropicorum; in *Chirurg. arab.*, p. 126,

(1) Plusieurs des auteurs ultérieurement cités ont été consultés dans ce recueil des chirurgiens arabistes du moyen âge. Nous l'indiquerons dorénavant sous la simple rubrique : *Chirurg. arab.*

- CHASSAIGNAC. Traité de la suppuration, etc., t. I, p. 639.
- CLOSSIUS (C.-F). Ueber die Krankheiten der Knochen, Tubingue, 1798, p. 147, 151 et 173.
- COMPENDIUM de chirurgie pratique. t. II, 1851, p. 362, 437, 467, 484.
- DESALUT. Journal de chirurgie de Desault. Cartilages flottants dans l'articulation du genou, 1791, t. II, p. 331.
- FABRICE D'ACQUAPENDENTE. OEuvres chirurg. de Hiérosme Fabrice d'Acquapendente, trad. anonyme, Lyon, 1649, 1^{re} partie, lib. II, chap. XLIX, p. 354. Des plaies des jointures; 2^e partie, ch. CVII, p. 843 et 845.
- FABRICE DE HILDEN. De Ichore et meliceria acri Celsi, sive hydarthro aut hydrope articularum, in opera omnia, Francfort, 1646 in-fol.
- FLAJANI. Collezione d'osservazioni e riflessioni di chirurgia, Rome, 1802, t. III, obs. 19, 20, 21, 22.
- GAY. Extrait de plusieurs observations adressées à l'Acad. de Chir. en 1792, par Gay jeune, alors chirurgien au Cap-In, Rec. period. de la Soc. de Méd., 1797, t. II, p. 167.
- GILLES DELATOURETTE. Sur les abcès qui se forment aux environs des articulations ou sur les articulations. Journal de méd. de Vandermonde, 1785, t. LXIV, p. 631.
- GUÉRIN (Jules). Mémoire sur les plaies sous-cutanées des articulations. Comptes rendus Acad. Ic. 1840, p. 682. In extenso, in Gaz. méd., Paris, p. 593.
- GUILLEAUME DE SALICET. Chirurgia Guilelmi de Saliceto. lib. I, cap. XXXVI, LII et LXVII, in Chirurg. arab., p. 315, 319, 324.
- GUILLEMEAU (Jacques). Traité des opérations de chirurgie. De l'ouverture des apostèmes. Ch. I, p. 672.
- GUY DE CHAULIAC. La grande Chirurgie de M. Guy de Chauliac, trad. par Laurens Joubert, Lyon, 1579. Traité II. Doct. I. chap. adminiculatif de l'apostème aqueuse, p. 128. Traité II. Doc. II, chap. IV, p. 172, *id. ibid.*, chap. VIII, p. 200.
- HEISTER. Institutions de chirurgie, trad. Paul, Avignon, 1770, t. II, p. 156.
- HIPPOCRATE. OEuvres complètes, Ed. Littré, Paris, 1861, t. V, p. 341. Epid., liv. VI, sect. VII.
- HOLLERIUS (Jacob). Liv. VI ajouté à la chirurgie de TAGAULT, in œuvres de Tagault, liv. VI, chap. VI, p. 378.
- JEGER (J.-C.). Beitrage zur Erläuterung der Ursachen und der Heilart der Gliederschwamms, etc., Francfort, 1789, Anal., journal de méd. de Vandermonde, t. LXXXVI, p. 441, 1791.
- KIRKLAND. On the present state of surgery, t. II. D'après Ploucquet Apostemata articularum aperienda esse larga incisione.
- LAMOTTE (G. Mauquest de). Traité complet de chirurgie, 3^e édit., par Sabatier, Paris, 1771, obs. 73, 74, 131 et 132; t. I, p. 310 et 497.

- LANFRANC. In Chirurg. arab. Chirurgia parva, cap. XI, p. 202. Practica Magistri Lanfranci, de Mediolano quæ dicitur ars completa totius chirurgiæ, tract. III, doct. II, cap. II, p. 230.
- LIEUTAUD. Précis de la médecine pratique, Paris, 1759, liv. II, sect. III, p. 597.
- LISTER. The Lancet, 21 septembre 1867, p. 255.
- MONRO (Donaldus). Dissertatio medica inauguralis de Hydrope, Edinburgh, 1753. In Thesaurus medicus, Edimbourg 1779, t. II, p. 242.
- NÉLATON. Eléments de pathologie chirurgicale. Maladies des articulations, t. II, p. 154 à 229, Paris 1847.
- PANAS. Article Articulations, in Nouv. dict. de méd. et chir. prat. Paris, 1865, t. III.
- PARACELSE. La grande chirurgie de Philippe Aoreole Théophraste Paracelse, traduite en français par M. Claude Dariot. Lyon, 1603, 1^{re} partie, 1^{er} traité, chap. III, p. 6.
- PARÉ (Ambroise). OEuvres complètes. Ed. Malgaigne, Paris, 1844, liv. VI, chap. XXII. De la tumeur des genouils, t. I, p. 421, liv. XIX, chap. XV. Des pierres qui s'engendrent dans le corps humain, t. III, p. 32.
- PAUL D'EGINE. La chirurgie de Paul d'Egine. Ed. Briau, chapitre XXXIV, p. 169.
- PECHLIN. Obs. physico-médic., obs. XXXVIII, p. 306 (d'après Boyer).
- PIÉCHAUD. De la ponction, de l'incision dans les maladies articulaires. Th. Paris, 1880.
- PIGRAY (Pierre). Epitome des préceptes de médecine et de chirurgie. Trad. franc., Rouen, 1648. Liv. II, chap. XLIV, XLV, XLVI, p. 292 à 269.
- PLATNER (Zacharie). Institutiones chirurgiæ, 2^e Ed. Lipsiæ, 1758, p. 191 et 257.
- PURMANN. Mathæi Gothof Purmanni Chirurgia curiosa, Frankfurt und Leipzig, 1699. Theil III, cap. IX. Was der sogenandte Gliedschwamm eigentlich sey, woraus es entsche, wie er zu erkennen und zu unterscheiden, und denn auch wie er recht zu curiren.
- RICHET. Mémoire sur les tumeurs blanches, couronné par l'Académie de médecine en 1851; in Mém. de l'Acad., 1853, t. XVII, p. 37. Traitement, p. 218.
- TAGAULT (Jean). Johannis Tagaultii Ambiani Vimaci Parisiensis, medici. De chirurgia institutione libri quinque, Paris, 1543, in-fol., liv., I, cap. XII, p. 82.
- TERRIER (et Jamain). Manuel de pathologie chirurgicale, 3^e éd., Paris, 1878, t. II, p. 1 à 107, passim.
- THEODORIC. Chirurgia edita et compilata ab excell. dom. fratre Theodorico episcopo Cerviensi, ordinis Prædicatorum, Liv. III, cap. XXIII, p. 158 (Chirurg. arab.).

Vigo (Jean de). De Vigo en françois. La pratique et chirurgie de maistre Jehan de Vigo, recogneue diligemment sur le latin par maistre Nicolas Godin, 1537, liv. II, traité II, chap. XII, p. 65. Liv. II, traité VIII, chap. III.
 WURTZ (Félix) La chirurgie pratique de Félix Wurtz, trad. par Sauvin, Paris, 1689, 2^e part., chap. XVIII, p. 187. Des douleurs et tumeurs qui viennent aux genoux.



1000374

DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

TABLE

	Page
INTRODUCTION.....	1
DIVISION DU SUJET.....	3
CHAPITRE I. — Etude historique sur l'arthrotomie avant et après l'emploi des pansements antiseptiques.....	6
CHAPITRE II. — De l'arthrotomie dans les arthrites suppurées.....	21
CHAPITRE III. — De l'arthrotomie dans les épanchements non purulents des jointures.....	
I. Arthrites séreuses aiguës.....	60
II. Hémarthroses.....	64
III. Hydarthroses.....	69
CHAPITRE IV. — De l'arthrotomie pour corps étrangers articulaires.....	89
CHAPITRE V. — De l'arthrotomie dans les arthrites fongueuses.....	123
CHAPITRE VI. — Procédés opératoires.....	146

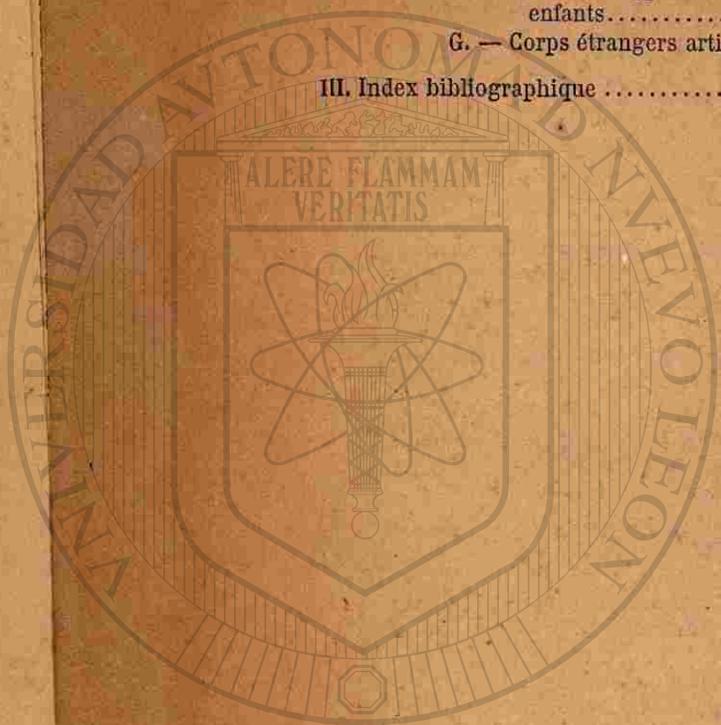
PIÈCES JUSTIFICATIVES

I. Observations inédites.....	161
II. Tableaux.....	205
A. — Arthrites suppurées traumatiques....	206
B. — Arthrites suppurées consécutives aux inflammations périarticulaires.....	214
C. — Arthrites suppurées dans l'ostéomyélite.....	218
D. — Arthrites puerpérales.....	222

Jal.

17

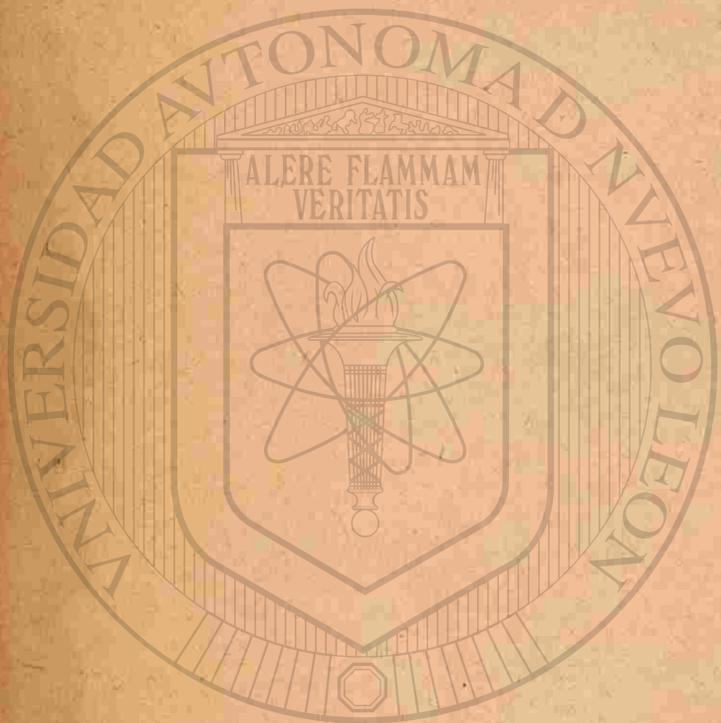
E. — Arthrites suppurées spontanées des adultes.....	224
F. — Arthrites suppurées idiopathiques des enfants.....	228
G. — Corps étrangers articulaires.....	236
III. Index bibliographique	253



U A N L

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

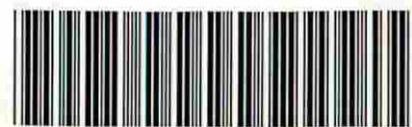
DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS



UANL

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS



1030000781

