

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. Segond*, 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 Mac-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'antiseptie 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 (Bøgehold, 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 Poinot, 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. Poinot, 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 cicatriser : 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 recourait 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) attribuée 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.