

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.

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.