

geant soigneusement les parties saines, les fongosités de la synoviale, qui, d'après Letiévaut, 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 Letiévaut, 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 Letiévaut 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 raclages, 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 caséux 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. Polailon.

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 — 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 — 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-
niquée.

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.