

non moins important aux lésions qui siègent à la surface même du cartilage diarthrodial ⁽¹⁾.

On pourrait en conclure que dans l'arthrite sèche tous les éléments constituants de l'articulation sont susceptibles de prendre part à la formation des arthrophytes.

Certains corps étrangers ne sont manifestement que des parcelles de tissus normaux. On cite en effet nombre d'exemples ⁽²⁾ où, sans parler de l'identité de

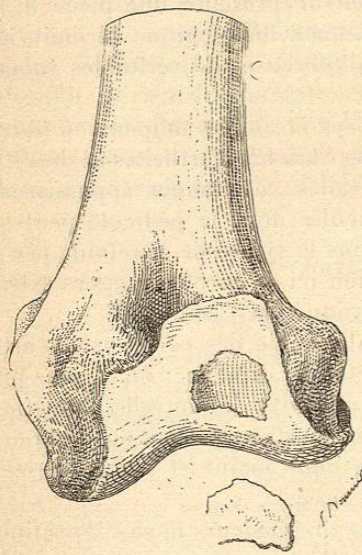


FIG. 177. — Musée Dupuytren, n° 579.
(Tarnier, Soc. nat., 1855.)

structure, la configuration du corps morbide répondait d'une façon tellement précise à une perte de substance du cartilage diarthrodial, qu'il était impossible d'en contester l'origine. On rapproche des précédents les cas dans lesquels le corps mobile de forme aplatie, sans trace quelconque de hile et de pédicule, s'est présenté avec une face convexe cartilagineuse et lisse, et une face concave osseuse et rugueuse ⁽³⁾; on s'est enfin emparé de ces caractères et de l'existence d'un choc ou d'une chute dans les antécédents du malade pour affirmer la nature traumatique de toute une classe nombreuse de corps étrangers articulaires; cette dernière pathogénie a rencontré de sérieuses résistances.

Les adversaires objectent : 1° que l'apparition des symptômes après un traumatisme n'est aucunement une preuve concluante, un corps étranger préexistant ayant pu parfaitement devenir libre ou, s'il l'était déjà, ne man-

ifester sa présence qu'à l'occasion d'un choc ⁽⁴⁾.

2° L'identité de structure entre le corps étranger et les cartilages diarthrodiaux est insuffisante pour établir l'origine traumatique. On trouve en effet, chez des sujets qui n'ont jamais reçu de coup sur la jointure, des corps mobiles dont la structure est en tout semblable à celle qu'on a présentée comme caractéristique des corps traumatiques ⁽⁵⁾.

3° On peut s'étonner de voir ranger au nombre des traumatiques certains corps étrangers apparus, il est vrai, peu de temps après une violence, mais composés de tout autre chose que d'un morceau de cartilage diarthrodial doublé d'une couche osseuse. C'est ainsi que Poncet, qui s'est fait le grand avocat des corps étrangers d'origine traumatique, décrit ⁽⁶⁾ une enveloppe fibreuse aussi bien du côté du cartilage que du côté de l'os : il est alors obligé d'admettre que

⁽¹⁾ Ces lésions consistent principalement en ossifications exubérantes du cartilage diarthrodial.

⁽²⁾ TARNIER, HOUEL, BROCA, RICHEL, PAGET, TEALE, BOWLBY, etc. — Poncet écrit bien à tort que Panas « ne semble pas admettre facilement l'existence de corps étrangers constitués par des parcelles de tissus normaux ». Les réserves de Panas ne s'appliquent qu'à l'origine traumatique.

⁽³⁾ PONCET, TEALE, *Med.-chir. transact.*, 1855. — HUMPHRY, *Brit. med. Journal*, 1888.

⁽⁴⁾ OLLIER, PANAS, etc.

⁽⁵⁾ KRUG-BASS, Rapport de Kimmisson à la Société de chirurgie, 1888.

⁽⁶⁾ Voy. *Revue de chirurgie*, 1881, p. 809; voy. également l'observation I et II de Poulet, l'observation III de Bœckel (*Gaz. méd. de Strasbourg*, 1887).

cette enveloppe fibreuse complète est de formation secondaire, et ceci le conduit à étudier une question fort intéressante, la vitalité des corps flottants. Il se base sur les expériences de Tillmann ⁽¹⁾, qui a abandonné des fragments de foie et de rein dans le péritoine et qui les a vus au bout de peu de temps s'entourer de tissu conjonctif, pour *supposer* que le même processus a lieu dans les articulations autour d'un fragment ostéo-cartilagineux détaché d'une tête osseuse. Poulet et Vaillard vont même plus loin : avec Virchow, Schede, etc., ils accordent à l'arthrophyte libre la propriété de prendre une part aux processus actifs, de proliférer.

Ainsi, tandis que la majorité des pathologistes ne reconnaissent aux corps libres qu'une vitalité rudimentaire, seulement capable de les conserver en l'état, les auteurs que je viens de citer vont au moins jusqu'à les croire susceptibles « de transformer tous leurs éléments composants et quelquefois de les multiplier » ⁽²⁾.

Malheureusement ils ne donnent de cette proposition aucune démonstration satisfaisante ⁽³⁾.

Poulet et Vaillard ont bien entrepris des expériences à ce sujet; ils ont introduit dans les articulations du chien des fragments ostéo-cartilagineux, et ils les ont vus s'envelopper d'une membrane fibreuse vasculaire, mais ces fragments s'étaient greffés sur un point de la synoviale, ils recevaient d'elles des vaisseaux, et nous sortons ainsi de la question des transformations relatives aux corps mobiles non pédiculés.

Est-ce à dire cependant que je nie l'existence des corps traumatiques et même que je mette en doute l'origine traumatique dans les nombreuses observations dont je n'ai cité que quelques lignes? En aucune façon, mais je crois devoir leur donner une interprétation différente.

Assurément il est difficile de refuser une importance aux commémoratifs qui nous apprennent qu'un homme jeune, n'éprouvant antérieurement aucune gêne fonctionnelle du côté d'une articulation, a vu, peu de temps après une chute violente, ses mouvements se limiter et devenir douloureux, en même temps qu'on découvrirait dans sa jointure la présence d'un corps étranger.

D'autre part, les expériences de Poncet nous démontrent que des chocs directs sur les genoux, principalement des chocs latéraux, sont capables de détacher des condyles des éclats de cartilage d'encroûtement et d'os. Notons enfin que, dans ces expériences, l'état condylien était souvent retenu par une faible toile fibreuse dépendant du péri-chondre. Cette dernière constatation nous donne évidemment la clef des modifications de structure que subissent les fragments ostéo-cartilagineux; à ce point de vue l'observation suivante de Bœckel ⁽⁴⁾ est des plus instructives : Un homme jeune est renversé par un cheval et a son coude piétiné. Son articulation ne présentait antérieurement aucun trouble fonctionnel; quelques mois après, tous les mouvements articulaires deviennent gênés et douloureux, et l'on peut sentir sur les côtés de

⁽¹⁾ *Virchow's Arch.*, 1879. — Et aussi sur celles de G. Leopold, qui a implanté dans la chambre antérieure de l'œil des fragments de cartilage fœtal et les a vus proliférer.

⁽²⁾ POULET et VAILLARD, *Loc. cit.*

⁽³⁾ Ils commencent par mettre hors de doute que l'arthrophyte est d'origine traumatique, puis ils en déduisent toute une série de considérations relatives à leur vitalité, par lesquelles ils expliquent les changements de structure survenus; ils concluent que, malgré ces changements, l'arthrophyte est d'origine traumatique. C'est là une véritable pétition de principes.

⁽⁴⁾ BÖECKEL, *Gazette médicale de Strasbourg*, 1887.

l'olécrane, à travers une bosselure fluctuante, « un corps dur donnant l'impression d'un fragment détaché des surfaces articulaires ». Bœckel fit l'arthrotomie et retira deux corps étrangers composés de tissu spongieux et revêtus d'une mince couche de fibro-cartilage : l'un d'eux était relié à l'os normal par une bandelette fibreuse.

Il me paraît très rationnel d'admettre que les corps étrangers qui sont le siège de modifications autres que de modifications régressives (1), sont des corps étrangers qui ont gardé un certain temps (2) des connexions avec les tissus d'origine; ces connexions ont d'ailleurs pu ensuite disparaître, soit spontanément par atrophie du pédicule ou à l'occasion d'un mouvement.

J'ai hâte d'ajouter que des faits d'observation plaident en faveur de cette manière de voir. Fleisch (de Wurzburg) a présenté au 11^e Congrès de la Société allemande de chirurgie (3) des pièces qui montraient, comme celles de Bœckel, des fragments de condyle fémoral adhérent à leur ancienne place par un pont étroit et mince (4).

Donc, les commémoratifs et surtout les observations anatomiques prouvent la réalité de l'origine traumatique pour un certain nombre de corps étrangers articulaires. Je pense, comme Fleisch, que leur formation s'accomplit en deux temps : d'abord une violence amène la rupture d'un fragment, plus tard celui-ci se détache et s'isole; dans l'intervalle, il subit des modifications tant que persiste le pont qui le rattache à l'os normal.

On comprend, je l'ajoute, qu'il n'est pas nécessaire que le traumatisme ait déterminé une séparation immédiate plus ou moins considérable d'un fragment pour que celui-ci devienne un jour un corps morbide; on peut admettre avec Paget (5) qu'un choc violent sur un cartilage amène des troubles de nutrition aboutissant à une nécrose et à une exfoliation aseptique. Enfin cette même nécrose pourrait être le résultat d'une maladie générale, telle que la scarlatine, la fièvre typhoïde, la dysenterie (6), etc.; ainsi s'expliquerait, dans certains cas, la bilatéralité symétrique des lésions (7).

Corps étrangers osseux. — Nous serons bref sur la pathogénie des corps purement osseux; la grande majorité sont composés d'ostéophytes et leur histoire est celle de l'arthrite sèche ou encore des arthropathies tabétiques. Exceptionnellement toutefois, ils peuvent être formés par un fragment d'os normal (8).

Pour résumer ce long chapitre :

1^o Les corps étrangers articulaires organisés sont les uns d'origine traumatique, les autres d'origine spontanée;

(1) Telles que la calcification, par exemple.

(2) Ou, à la rigueur, pris.

(3) Berlin, 1882.

(4) Cartilagineux dans l'observation de Fleisch.

(5) *Saint-Bartholom. hosp. rep.*, 1870.

(6) Poulet et Vaillard citent la très intéressante observation de Weichselbaum, dans laquelle on trouva chez un jeune soldat, mort de dysenterie à l'âge de vingt ans, un corps ostéo-cartilagineux dans chaque articulation du coude; ils avaient une forme, un volume et une structure identiques et une situation symétrique.

(7) BROCA, BOWLEY, *Loc. cit.* — KÖNIG, *Deutsche Zeitschrift für Chir.*, 1887.

(8) Comme dans le cas de Bœckel (*Gaz. méd. de Strasbourg*, 1888), un jeune homme présenté, à la suite d'une chute sur le coude, des phénomènes d'arthrite; quelques mois après on trouva dans la rainure qui sépare le condyle externe de l'olécrane un corps dur; on fit l'extraction et l'on reconnut que ce corps était constitué par la moitié de la tête et un bout du col du radius.

2^o Les premiers peuvent être formés d'un lambeau de synoviale ou de ligament (1), voire même d'une extrémité osseuse; dans la grande généralité des cas, ils sont représentés par un éclat de cartilage ou d'un os revêtu de son cartilage d'encroûtement;

3^o Les seconds succèdent à l'arthrite sèche, ou à un processus de séquestration.

Symptômes et diagnostic.

Les corps étrangers articulaires s'observent dans deux circonstances bien différentes. Dans un cas, ils existent en grand nombre et ne sont qu'un épiphénomène d'une arthrite sèche caractérisée; il est alors peu habituel qu'ils déterminent des accidents et qu'on ait lieu d'intervenir.

Ailleurs ils occupent, en petit nombre ou solitaires, une jointure indemne jusque-là de toute lésion apparente ou de troubles fonctionnels quelconques; ils surviennent spécialement chez des adultes, de préférence chez des sujets jeunes et chez des hommes; ils se manifestent par des phénomènes douloureux, une gêne apportée à la fonction du membre et parfois enfin, du côté de la jointure, par tous les signes d'une réaction inflammatoire plus ou moins vive. Assez souvent, on note dans les antécédents du malade un choc sur l'articulation atteinte, ou encore une chute, un mouvement forcé; parfois, cependant, il est impossible de retrouver aucune violence, aucune affection locale ou générale antérieure.

Les premiers symptômes qui attirent l'attention ne sont pas toujours identiques. Un homme fait une chute sur le genou : immédiatement l'articulation se tuméfie et devient douloureuse, mais après quelques jours ou quelques semaines de repos les phénomènes s'amendent et la marche redevient possible, toutefois il persiste un certain degré de gonflement et une certaine gêne dans les mouvements; on examine la jointure et l'on y découvre un corps étranger. Cette constatation a été faite peu de jours, plusieurs semaines et même plusieurs mois après l'accident. Chez d'autres, le début est plus insidieux : plus ou moins longtemps après un traumatisme ou sans traumatisme antérieur, il se déclare dans une jointure, dans le genou par exemple, de vagues douleurs qu'on qualifie de rhumatismales; un beau jour les douleurs augmentent à l'occasion d'une fatigue et d'un faux pas, et l'on voit se développer tous les signes d'une hydarthrose aiguë. Il arrive enfin assez souvent que, sans signes préalables d'une souffrance articulaire, il survienne, sous la simple influence d'un mouvement spontané ou communiqué, une sorte de crise douloureuse qui se dissipe bientôt en ne laissant derrière elle qu'un peu de sensibilité et un léger gonflement (2). Ce mode de début brusque serait le plus fréquent, d'après Panas. Cette espèce de douleur vive à forme de crise, qu'on a essayé d'expliquer, soit par l'interposition du corps mobile entre les surfaces articulaires, soit par le pincement de la synoviale, est en somme le fait le plus saillant et le plus caractéristique. Noûs venons de voir qu'il peut être le symptôme initial, ou bien se manifester dans une articulation déjà douloureuse; il peut manquer complètement, et c'est à une exploration méthodique ou même aux

(1) Arrachement et détachement dans la moitié de sa longueur des cartilages semi-lunaires externes.

(2) PANAS.

recherches fortuites du malade qu'on doit de ne pas confondre l'affection avec une simple hydarthrose.

La gêne fonctionnelle est éminemment variable et dépend en grande partie des altérations primitives ou secondaires de l'articulation, et il faut ajouter de la situation du corps flottant. On peut admettre que, toutes choses étant égales d'ailleurs, elle doit être plus accentuée dans les articulations serrées telles que les ginglymes : chez un malade de Bœckel porteur de deux corps étrangers dans une articulation du coude, la flexion de l'avant-bras était limitée au point de ne pas atteindre l'angle droit; l'extension et la pronation étaient également restreintes. D'autres, au contraire, ont dans leur genou des arthrophytes volumineux sans que l'étendue des mouvements s'en ressentent; chez certains, on signale comme une limitation ou une suspension brusque des mouvements, il semble que le membre ait été brusquement fixé comme par une cale, puis toute gêne disparaît.

Il peut se faire ainsi qu'il existe d'assez longues périodes sans accident d'aucune sorte⁽¹⁾.

Les différents troubles douloureux et fonctionnels que je viens d'énumérer ne peuvent évidemment que faire soupçonner la présence d'un corps étranger; c'est à l'examen direct de l'articulation qu'il appartient d'affirmer et de préciser le diagnostic. Celui-ci n'est possible, par conséquent, que pour les articulations explorables telles que le genou, le coude, etc. Il convient de faire particulièrement porter ses recherches dans certains points où se rencontrent ordinairement les corps libres, tels que, pour le genou, les faces latérales des condyles, le cul-de-sac sous-tricipital, les côtés du ligament rotulien; pour le coude, les côtés de l'olécrane. Si l'on découvre là une petite nodosité, il ne faut pas appuyer dessus avec un seul doigt, elle vous échapperait « comme une souris »⁽²⁾; il vaut mieux, en suivant les conseils de Barwell, « l'entourer à une faible distance avec les doigts des deux mains qu'on rapproche graduellement les uns des autres ».

Avant de conclure à l'absence d'un arthrophyte, il faut multiplier ses investigations, imprimer des mouvements à la jointure, exercer des pressions et souvent s'en rapporter au malade qui, mieux que tout autre, a acquis une grande habileté dans ce genre de chasse.

En général, le corps étranger donne la sensation d'un petit corps dur, arrondi, roulant sous la peau, du point où il a été d'abord rencontré⁽³⁾.

On reconnaît qu'il n'existe qu'un seul corps articulaire, alors qu'à l'examen on retrouve toujours la même forme et le même volume. Follin et Duplay, à qui nous empruntons ce caractère, avouent qu'il est bien inconstant; si l'on parcourt les observations, on constate, en somme, que la multiplicité des arthrophytes (en petit nombre) n'a guère été reconnue qu'après l'ouverture de l'articulation. Lorsqu'ils sont très nombreux et surtout quand il s'agit de grains hordéiformes, on perçoit quelquefois une sorte de crépitation qui serait⁽⁴⁾ produite par le frottement de ces corps les uns contre les autres.

(1) Desault (*Journal de chir.*, t. II) cite un cas où l'arthrophyte disparut pendant six mois, sans déterminer aucune gêne pendant tout ce laps de temps.

(2) Suivant l'expression allemande « Gelenkmäuse », souris articulaire.

(3) Au genou, il peut passer d'un côté à l'autre de l'articulation.

(4) FOLLIN et DUPLAY.

La limitation du déplacement dans différents sens pourrait seule faire supposer l'existence d'un pédicule.

Quant au diagnostic de la nature, il ne serait possible que dans les cas de structure adipeuse⁽¹⁾, il ne faut pas songer à différencier les uns des autres les corps cartilagineux et osseux. La même réserve est de mise, quant à dire que l'origine est traumatique ou spontanée. Les détails dans lesquels nous sommes entrés à propos de la structure et de la pathogénie font comprendre qu'il ne suffit pas qu'une jointure ait subi une violence pour que la nature du corps mobile s'en déduise.

La présence d'un corps étranger intra-articulaire complètement libre peut être méconnue, il est rare qu'elle puisse prêter à confusion; au genou, l'arrachement partiel d'un cartilage semi-lunaire ou son déplacement déterminent des accidents non sans analogie avec ceux des corps étrangers; les signes physiques diffèrent, sauf dans le cas où ces fibro-cartilages ont une de leurs extrémités arrachées⁽²⁾, mais alors ils constituent un véritable corps étranger pédiculé traumatique.

Le diagnostic différentiel des corps extra-articulaires ou des corps intra-articulaires peu mobiles est beaucoup plus difficile, on peut les confondre avec des épaissements sous-synoviaux de nature adipeuse ou fibreuse, avec des produits inflammatoires, ou même avec le repli de l'aponévrose qui recouvre le vaste externe un peu au-dessus du bord de la rotule⁽³⁾.

Enfin il est quelques observations de productions syphilitiques extra-articulaires qui ont simulé un arthrophyte véritable; l'administration de l'iodure de potassium a jugé la question⁽⁴⁾.

Traitement et pronostic.

Les corps étrangers multiples liés à une maladie chronique invétérée de l'articulation ne réclament pas, en général, une thérapeutique propre. Il n'en est pas de même des autres; ils gênent et blessent les tissus articulaires par leurs déplacements incessants; l'indication thérapeutique est donc satisfaite de deux manières, ou par la fixation ou par l'extirpation du corps mobile. De là donc deux grandes méthodes de traitement : la première est infidèle et ne trouvait sa raison d'être que dans la gravité des accidents trop souvent causés par l'ouverture d'une grande articulation; elle comprenait toute une série de procédés divers que je me borne à énumérer : tels sont la *compression*⁽⁵⁾ au moyen de bandages ou de genouillères, les *scarifications*⁽⁶⁾ de la synoviale, l'*acupuncture*⁽⁷⁾, la suture, la ligature sous-cutanée⁽⁸⁾, etc.

(1) Barwell compare la sensation fournie à la main par un de ces corps adipeux à celle d'une huître pressée entre le pouce et l'index jusqu'à ce qu'elle s'échappe en glissant.

(2) *Transact. of the path. Soc. of London*, 1888. — L'erreur n'aurait pas du reste de bien graves conséquences, puisque si l'on intervient, c'est qu'il y a des symptômes douloureux, et que, des faits publiés par Annandale et par Allingham (*Brit. med. Journal*, 1888), il résulte que le meilleur traitement à opposer au déplacement des cartilages semi-lunaires est la fixation au périoste du tibia au moins après que la compression ou le port d'un bandage ont échoué.

(3) BARWELL.

(4) Observations de Gailleton et de Poncet, cités par Toussaint (Thèse, 1881).

(5) Imaginée par Middleton. Voy. FOLLIN et DUPLAY.

(6) DUFRESNE-CHASSAIGNE, *Gazette des hôpitaux*, 1840.

(7) JOBERT DE LAMBALLE, *Journal de chirurgie*, 1846.

(8) DUMOULIN, *Bulletin de thérap.*, 1849.

L'extirpation est le traitement par excellence, et j'ajoute c'est un traitement inoffensif.

Il a été mis à exécution pour la première fois, et avec un plein succès, par A. Paré, à qui, du reste, comme tout le monde le sait, nous devons la première observation de corps mobile articulaire. Depuis A. Paré, l'ouverture à ciel ouvert de l'articulation n'a pas cessé d'être pratiquée, et cela avec des fortunes diverses, suivant que des chances d'infection ont existé, suivant les conditions du milieu, suivant la propreté du chirurgien et aussi la facilité ou la difficulté plus ou moins grande de l'extraction.

A l'époque de Desault, les résultats de l'extraction directe n'étant pas brillants, ce chirurgien crut devoir s'opposer à l'entrée de l'air, qu'on a accusé de toutes sortes de méfaits jusqu'à ces derniers jours, en pratiquant une incision oblique. Dans le même ordre d'idées, un chirurgien d'Aix, Goyrand, imagina, en 1841, de faire l'enlèvement en deux temps : dans un premier, qu'on pourrait appeler de *délogement*, armé d'un long ténotome, il divisait par une incision sous-cutanée tous les tissus recouvrant le corps mobile préalablement tenu par les doigts de la main gauche; par l'ouverture ainsi faite on expulsait l'arthrophyte de la cavité articulaire; dans un deuxième temps, au bout de dix à vingt jours, alors qu'il pouvait supposer obtenue la cicatrisation de l'ouverture faite à la capsule, le chirurgien incisait les téguments et extrayait le corps étranger.

En l'absence de notions nettes sur les causes des accidents des plaies, le procédé de Goyrand (d'Aix) a été certainement un progrès, il a donné de nombreux succès à une époque où l'extraction directe avait chance de se terminer par la mort; d'ailleurs ses partisans ne se faisaient pas faute de reconnaître ses réels inconvénients, au premier rang desquels on peut mettre les difficultés parfois très grandes à faire passer l'arthrophyte à travers l'ouverture capsulaire.

Actuellement cette opération n'a plus qu'un intérêt historique; le progrès consistera désormais non pas, comme le dit Panas, à perfectionner le « procédé moderne »⁽¹⁾, mais à perfectionner l'asepsie opératoire.

Si, en effet, on consulte les statistiques, on constate de la façon la plus nette que l'innocuité de la taille articulaire s'est accrue d'une façon directement proportionnelle au développement de l'antisepsie.

En 1861, Larrey⁽²⁾ publiait une statistique où la mortalité s'élevait à 21,5 pour 100. En 1875, celle de Barwell⁽³⁾ ne monte plus qu'à 8,4 pour 100; celle de Gaujot⁽⁴⁾, en 1881, à 7,4 pour 100; elle tombe à 2,89 pour 100, avec Poulet et Vaillard (1885); à 0,89 pour 100, dans la statistique de Jalaguier⁽⁵⁾, qui porte sur 112 observations. Il n'est actuellement pas de chirurgien qui n'ait un certain nombre de fois ouvert sans aucun échec une grande articulation, dans le but d'en extraire un arthrophyte⁽⁶⁾, et l'on peut prévoir le moment où la mortalité sera nulle.

L'important est évidemment de se conformer d'une façon rigoureuse aux règles de l'asepsie opératoire. Il faut, pour une taille articulaire, prendre autant de précautions que pour une laparotomie. Le malade devra être baigné et

(1) C'est-à-dire de Goyrand.

(2) LARREY, Société de chirurgie, 1861.

(3) BARWELL, *Brit. med. Journal*, 1876.

(4) GAUJOT, *Revue de chirurgie*, 1881.

(5) JALAGUIER, Thèse d'agrég., 1886.

(6) Dès 1878, Verneuil se ralliait franchement à l'ouverture directe et contre le procédé de Goyrand. Voy. pour l'historique les thèses de Bernard, de Fibich, etc.

nettoyé à plusieurs reprises. La région à opérer sera frottée et savonnée quelques jours d'avance et munie d'un pansement boriqué l'avant-veille de l'opération. Un nouveau lavage destiné à débarrasser la peau de l'épiderme macéré ayant été pratiqué au moment d'intervenir, le chirurgien procède à la recherche du corps étranger et le fixe de la main gauche ou le fait fixer par un aide. Le malade endormi, et sans avoir appliqué de bande d'Esmarch, on incise directement la peau et les parties molles sous-jacentes sur l'arthrophyte; on applique chemin faisant quelques pinces hémostatiques sur les vaisseaux qui saignent⁽¹⁾.

La synoviale⁽²⁾ n'est ouverte que lorsque l'hémostase est parfaitement obtenue, et le corps étranger est mis enfin à découvert. S'il est complètement libre et si l'incision est suffisamment longue, on le fait sortir comme un noyau de cerise qu'on presserait entre les doigts, ou bien on l'extrait avec une pince à griffes; parfois sa sortie présente plus de difficultés : celles-ci tiennent à l'enclavement dans une dépression osseuse, plus souvent encore à l'existence d'un pédicule. Il est prudent, avant d'exciser ce dernier, d'y jeter une ligature à la soie, sous peine de s'exposer à une petite hémorragie⁽³⁾.

Il peut arriver que, durant tous ces temps opératoires, l'arthrophyte, imparfaitement fixé, ait fui et disparu. Comme Jalaguier, je ne vois aucun inconvénient à explorer doucement la cavité articulaire avec le doigt.

L'extirpation achevée, que faut-il faire?

Ici les pratiques sont très variables : les uns suturent complètement la synoviale et la peau, les autres ne suturent rien du tout⁽⁴⁾. D'autres enfin font du drainage, soit qu'ils introduisent le drain jusque dans la cavité articulaire, soit qu'ils l'appliquent seulement à la face externe de la synoviale non suturée.

Je pense que la meilleure conduite à tenir doit être basée sur l'état de l'articulation : si les lésions articulaires sont minimales ou nulles, on peut suturer par étages la synoviale, les plans fibreux et la peau sans drainer. Si, au contraire, il y a de l'hydarthrose, il est plus prudent d'assurer un libre écoulement aux liquides pathologiques : c'est le meilleur moyen, il me semble, de traiter l'articulation après avoir traité l'arthrophyte. Quant au placement du drain, on le fera indifféremment intra ou extra-articulaire⁽⁵⁾.

Le genre de pansement importe peu, à la condition qu'il soit composé de pièces aseptiques; le meilleur peut-être est le pansement avec de la ouate stérilisée. Cette stérilisation dispensera, là comme dans tous les cas où l'on opère sur des tissus non infectés, de se servir de substances antiseptiques quelconques. On s'accorde à recommander l'immobilisation du membre dans une gouttière plâtrée.

Il est intéressant d'examiner ce que deviennent les malades opérés. La guérison opératoire ne signifie pas, en effet, que tout est revenu à l'état normal; on reste dans maint et maint cas en présence d'une jointure chroniquement enflammée, d'hydarthrose, de craquements articulaires, d'atrophies musculaires, etc.

Certains malades restent exposés à de la récurrence : ces considérations doivent assurément entrer en ligne de compte si l'on veut établir avec sincérité le pro-

(1) De préférence des pinces de Köcher, qui mordent mieux sur les tissus fibreux.

(2) Elle est souvent épaissie au niveau de l'arthrophyte. — VERNEUIL, Soc. de chir., 1878.

(3) Pozzi, Soc. de chir., 1881.

(4) VERNEUIL, Soc. de chir., 1878.

(5) Comme Maunoury et moi l'avons fait (voy. TH. JALAGUIER). Le drainage me semble, en général, une bonne pratique dans la taille articulaire; il me paraît devoir mieux contribuer à la guérison de l'inflammation articulaire que les injections poussées dans la cavité synoviale.

nostic des corps étrangers articulaires; elles nous montrent aussi que le traitement ne finit pas au lit d'opération, que la plaie une fois cicatrisée il faut poursuivre le rétablissement fonctionnel en aidant la résolution de l'arthrite par du massage, des douches chaudes et en provoquant la réfection des muscles par des manipulations appropriées et surtout l'électrisation faradique.

TROISIÈME PARTIE

MALADIES DES RÉGIONS