

lation saine. Dans le premier cas on observe, en général, une aggravation des symptômes de l'arthrite déformante; les mouvements du genou sont plus difficiles, et s'accompagnent de douleurs dues au frottement du corps libre contre les surfaces articulaires.

J'ai extirpé du genou d'un individu souffrant d'arthrite déformante, un corps étranger du volume d'un œuf de poule, qui ne causait des douleurs que dans les tentatives de flexion de l'articulation.

Par contre, dans une articulation saine, la présence du corps étranger se manifeste, en général, par des phénomènes très caractéristiques. Les premiers symptômes apparaissent souvent à la suite d'un trauma, et il se peut alors que le corps libre soit la conséquence d'une hyperplasie du cartilage due elle-même à l'irritation traumatique; mais dans d'autres cas, c'est, sans doute, une petite tumeur jusque là pédiculée et devenue libre sous l'influence du trauma, qui a été la cause des premiers symptômes observés. Dans d'autres cas encore, un fragment du rebord cartilagineux a été arraché et a pénétré dans la cavité articulaire, pour former un corps étranger d'origine vraiment traumatique. Le plus souvent alors, l'articulation ne renferme qu'un seul corps libre, rarement un grand nombre.

Ce qui souvent attire, tout d'abord, l'attention du malade sur l'affection dont il est atteint, c'est une douleur qu'il éprouve tout à coup au moment où il fléchit fortement le genou, et parfois aussi dans un mouvement tout à fait modéré de l'articulation; cette douleur est extrêmement vive, au point que le malade tombe et perd même connaissance. A la suite de cet accident, le membre reste assez souvent fixé dans une position déterminée, et la douleur ne disparaît qu'après que l'on a changé cette attitude par un mouvement énergique, pour reparaitre plus tard dans une occasion analogue. L'accès douloureux est provoqué évidemment par la situation défavorable du corps étranger, par le pincement de ce dernier qui se produit, sans doute, plus rarement entre les extrémités articulaires qu'entre une partie tendue de la capsule et la surface osseuse (VOLKMANN).

Un certain degré de synovite séreuse se produit souvent à la suite de l'accident que nous venons de décrire, et précisément *la coïncidence des accès douloureux avec une synovite permet d'admettre comme très vraisemblable l'existence d'un corps étranger intra-articulaire*. Toutefois, le diagnostic ne devient sûr que lorsqu'on reconnaît à la palpation la présence d'un corps dur et lisse, lequel, il est vrai, échappe facilement aux doigts qui cherchent à le saisir dans le cul-de-sac supérieur de la synoviale. En général, le procédé qui permet de le trouver le plus facilement, consiste à passer la main sur le cul-de-sac supérieur de haut en bas et latéralement, mais surtout vers la partie externe de l'articulation,

comme si l'on voulait vider la cavité synoviale, de façon à refouler le corps étranger dans cette direction.

Le **traitement** ne peut consister que dans une *opération* ayant pour but l'extirpation du corps étranger. DIEFFENBACH et d'autres chirurgiens ont proposé de chercher à fixer le corps libre dans un endroit de l'articulation où il ne puisse nuire aux fonctions de cette dernière, et de fait, cette opération a été déjà pratiquée un certain nombre de fois; mais elle est d'autant moins justifiée que, non seulement elle est d'une efficacité douteuse, mais qu'elle n'est même pas dépourvue de dangers.

Jusque dans ces dernières années les chirurgiens se sont ingénies à inventer des méthodes opératoires de ce genre, car avant la découverte de la méthode antiseptique, l'ouverture directe de l'articulation constituait une opération grave; elle faisait courir le danger d'une suppuration suivie d'ankylose, lorsqu'elle n'entraînait pas la mort par pyémie. C'est ce que démontrent les différentes statistiques de VOLKMANN, LARREY, BERTHENSON, BENNDORF, BARWELL, etc., bien que, certainement, elles donnent un chiffre de mortalité inférieur à la réalité, en raison du peu d'empressement des chirurgiens à publier les cas à terminaison mortelle. Néanmoins, d'après ces statistiques, la mortalité a été en chiffres ronds de 20 0/0. On comprend dès lors que l'on se soit efforcé d'améliorer ces résultats par une méthode opératoire à laquelle on a donné le nom de méthode sous-cutanée (GOYRAND). Le corps étranger ayant été refoulé et fixé dans la partie latérale de la cavité capsulaire, on introduit, à une certaine distance de ce point, un ténotome sous la peau, et l'on pousse la pointe de l'instrument sur le corps libre à travers la capsule. Cette dernière ayant été divisée sur une longueur suffisante, on fait passer le corps étranger à travers l'ouverture capsulaire, dans les tissus voisins. On l'abandonne alors dans sa nouvelle position, ou bien on l'enlève par une incision de la peau, après guérison de la plaie de la capsule.

Cette méthode a à son passif un grand nombre *d'insuccès*, ce que l'on comprend facilement. En outre, si l'on retranche ces derniers du nombre total des opérations, on trouve que le chiffre de la mortalité est de quelques centièmes seulement moins élevé que lorsqu'on opère à ciel ouvert.

Mais, de nos jours, pour le chirurgien rompu à la méthode antiseptique, l'ouverture de l'articulation du genou, quel que soit le but qu'il se propose, est une opération dépourvue de danger. Pour ma part, j'ai pratiqué maintes fois l'arthrotomie du genou dans les cas de corps étrangers ou de tumeurs intra-articulaires, j'ai ouvert largement des articulations affectées d'inflammation et contenant des grains riziformes, et je puis affirmer que l'on réussit, pour ainsi dire sans exception, à obtenir la guérison sans trace de suppuration lorsqu'on opère avec les précautions antiseptiques les plus minutieuses. C'est pourquoi je décrirai ici brièvement le procédé opératoire.

Déjà, la veille de l'opération, je fais laver plusieurs fois avec de l'eau et du

savon, et frotter avec une brosse à ongles, la région du genou et les parties voisines, puis je fais raser au besoin la peau dans le voisinage de l'articulation. Au moment de l'opération je fais de nouveau, avec de l'eau et du savon et une brosse, un nettoyage complet de la région articulaire, que je lave ensuite avec une solution phéniquée à 3 0/0, ou avec une solution de sublimé.

Vient ensuite l'opération elle-même, que l'on pratique avec des doigts et des instruments bien désinfectés. S'agit-il de corps étrangers mobiles, on aura soin de les refouler préalablement dans une région d'où l'on puisse les enlever facilement. L'endroit le plus favorable, sous ce rapport, c'est la partie latérale de l'articulation, sur le condyle externe. A partir de l'épicondyle, on fait de bas en haut une incision longitudinale, qui, suivant le volume du corps étranger, s'étend sur une longueur de 3 à 6 centimètres, ou même davantage. On fera bien, au moment de l'incision, d'attirer modérément les téguments du côté de la rotule, car, ensuite, lors de la suture, la peau vient d'elle-même recouvrir la plaie de la capsule.

Toutefois, le procédé d'incision que nous venons de décrire ne s'impose pas nécessairement. C'est ainsi que, par exemple, j'ai pratiqué, dans un cas, de grandes incisions au niveau du cul-de-sac supérieur de la synoviale pour en retirer des corps étrangers volumineux. De même pour un lipome situé sous le ligament rotulien, j'ai fait, avec plein succès également, une incision à côté de ce ligament, et parallèlement à ce dernier, à travers la couche épaisse du tissu adipeux sous-séreux.

La capsule est ensuite divisée peu à peu sur le corps étranger; tout vaisseau qui donne du sang est lié aussitôt avec des fils fins de catgut. L'ouverture capsulaire doit avoir une largeur suffisante pour que le corps étranger sorte de lui-même sous une légère pression, ou puisse être retiré facilement à l'aide d'une sonde cannelée, d'une petite curette ou d'une érigne, pendant que la plaie de la capsule est maintenue béante au moyen de crochets pointus simples ou doubles. Si l'on ne réussit pas à trouver ainsi le corps étranger, on agrandit la plaie suffisamment pour permettre au doigt d'aller à sa recherche. Peut-être ferait-on bien, dans les cas où la première incision ne donne pas le résultat désiré, d'en pratiquer aussitôt une seconde au côté opposé de l'articulation. Afin d'avoir la certitude qu'aucun corps libre n'est resté dans la cavité synoviale, on presse avec la main sur l'articulation, comme si l'on voulait vider son contenu par la plaie.

Après avoir opéré l'hémostase, on réunit les bords de l'incision avec de la soie antiseptique, de telle façon que quelques points de suture, tout au moins, comprennent avec la peau la partie fibreuse de la plaie capsulaire. L'incision cutanée est ensuite fermée avec soin par de fines sutures. On lave encore une fois la plaie et toute la région du genou avec un liquide désinfectant, et l'on applique un pansement antiseptique. Je me sers, dans ce but, d'un pansement de Lister modifié, en ce sens que j'applique tout d'abord sur le genou et la jambe une forte couche de gaze phéniquée, que je fixe par des tours de bandes; puis vient un grand pansement de Lister entourant toute la circonférence du membre. S'il ne survient pas de fièvre, on peut laisser le pansement en place pendant trois, quatre et même huit jours. Si l'on a quelque inquiétude, on le renouvelle plus tôt. Je répète encore une fois que, grâce à ces précautions, j'ai vu, sans exception, la plaie guérir par première intention, et

d'autres auteurs signalent le même fait. Lorsque la cavité synoviale contient un épanchement séreux abondant ou un liquide purulent, ou que l'opération a été un peu longue, il est toujours préférable de laver l'intérieur de l'articulation avec une solution phéniquée forte, et de la drainer au moins pendant quelques jours. On suture alors la plaie opératoire en laissant une ouverture suffisante pour le passage du drain. Mais, auparavant, on aura eu soin de pratiquer, au côté opposé de l'articulation, une boutonnière par laquelle on introduit également un tube à drainage. On enlève les drains dès que l'on voit tarir la sécrétion de la plaie. De même on aura recours au drainage secondaire de la cavité synoviale si, dans les premiers jours qui suivent l'opération, on voit se produire un épanchement intra-articulaire accompagné de fièvre.

A mon avis, l'arthrotomie pratiquée avec les précautions antiseptiques, est actuellement la seule opération justifiée lorsqu'il s'agit d'enlever des corps libres intra-articulaires.

Des symptômes analogues à ceux que produisent les corps étrangers de l'articulation, sont dus aussi parfois à des altérations des cartilages semi-lunaires. Ces altérations s'observent quelquefois dans l'arthrite déformante, tandis que dans d'autres cas, elles succèdent à un rhumatisme; assez souvent elles sont la conséquence d'une tuberculose de l'articulation. Les symptômes consistent en une douleur subite et violente qui se produit dans l'extension et s'accompagne d'un craquement particulier; dans d'autres cas, l'articulation se trouve tout à coup fixée dans une position déterminée, par suite de l'interposition anormale du fibro-cartilage entre les extrémités articulaires, et cette position ne peut être changée que par un mouvement violent imprimé à la jambe.

Lorsqu'on a réussi à poser le diagnostic, ce qui est, en général, possible, grâce à la localisation des symptômes, on ne peut naturellement soulager le malade que par une intervention chirurgicale consistant à enlever le ménisque. Cette opération a été pratiquée déjà plusieurs fois avec de bons résultats (MARGARY, KOENIG).

Maladies des bourses séreuses situées dans le voisinage de l'articulation du genou (ganglions, hygroma, suppuration, etc.).

§ 115. — Aucune articulation n'est aussi souvent que le genou le siège d'affections des bourses séreuses.

C'est, avant tout, la région de la rotule qui est très fréquemment affectée d'inflammations qui ont pour point de départ l'une ou l'autre des **trois bourses séreuses prérotuliennes**, dont la première est sous-cutanée, la seconde sous-aponévrotique et la troisième sous-tendineuse (LINHART).

Les **formes aiguës d'inflammation** succèdent à une lésion traumatique, à une plaie pénétrante, à une contusion, ou sont la conséquence d'une infection provenant d'un furoncle superficiel, dont le bourbillon formé de tissus gangre-