

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-

nés, faisait saillie dans la bourse séreuse ; enfin, dans d'autres cas, elles se développent sans causes connues. Parfois, elles donnent lieu simplement à un abcès qui reste limité à la bourse séreuse, tandis que, d'autres fois, elles apparaissent avec les caractères d'un phlegmon s'étendant rapidement à la face antérieure de la cuisse et de la jambe. Ce phlegmon suit évidemment les voies qui lui sont tracées par le feuillet aponévrotique qui recouvre la bourse séreuse (pour les bourses profondes, c'est le fascia lata qui se continue avec l'aponévrose de la jambe). Le phlegmon peut se terminer par résolution lorsqu'on le traite de bonne heure par des incisions, tandis que, si l'on n'intervient pas, il donne lieu le plus souvent à des abcès qui se développent de chaque côté du genou, ainsi qu'à la cuisse, où ils siègent surtout du côté externe. Assez souvent, des lambeaux de tissus sphacelés sont éliminés une fois l'abcès incisé. Par contre, l'abcès circonscrit mentionné plus haut, dont le contenu est séro-purulent, peut disparaître par résorption.

Quant aux autres bourses séreuses du genou, elles ne sont que rarement le siège de processus phlegmoneux analogues à ceux dont nous venons de parler. Trois endroits seulement sont assez souvent envahis par des phlegmons dont le point de départ, à en juger par analogie, ne peut guère être cherché ailleurs que dans une bourse séreuse affectée d'inflammation.

HUETER a déjà attiré l'attention sur le fait que, dans la région des deux épicondyles, se trouvent de petits espaces de tissu conjonctif irréguliers et inconstants qui, parfois, se transforment en de véritables bourses séreuses ; aussi doit-on bien se garder d'admettre d'emblée une suppuration de l'articulation du genou lorsqu'un malade, ayant de la fièvre, présente des signes de phlegmon dans l'une des deux régions épicondyliennes. Cette remarque peut s'appliquer également, selon nous, à la région située au-dessous de la rotule, au niveau de l'insertion du ligament rotulien au tibia. Les deux bourses séreuses, superficielles et profondes, qui existent à cet endroit, peuvent être le siège d'un phlegmon, ainsi que nous l'avons nous-même observé. Ici, il est vrai, le malade court à un haut degré le danger d'une perforation de l'abcès dans la cavité articulaire.

Les processus dont nous avons parlé jusqu'ici, ne mettent la vie en danger que dans des circonstances tout particulièrement défavorables. Le phlegmon aigu de la bourse séreuse profonde de la rotule peut, il est vrai, provoquer une fièvre intense et donner lieu à une lymphangite et à un engorgement ganglionnaire, et plus tard à des fusées purulentes étendues ; il peut même arriver exceptionnellement, ainsi que je l'ai observé moi-même, qu'un malade succombe à la pyémie à la suite de ces abcès. Mais, le plus souvent, la guérison finit par s'opérer, même dans les cas les plus graves qui, parfois, ont nécessité de nombreux débridements et ont déterminé des fistules de longue durée.

L'inflammation séro-purulente d'une bourse séreuse non accompagnée

de phlegmon des téguments, peut être traitée tout d'abord par l'expectation ; on se contentera alors d'appliquer une vessie de glace, des compresses résolutive au chlorhydrate d'ammoniaque ou à l'eau de Goulard, et l'on aura recours plus tard à l'application de substances irritantes sur la peau (teinture d'iode) et à la compression. Plus l'affection est aiguë et tend à se compliquer de phlegmon des parties molles voisines, et plus on aura recours de bonne heure au bistouri, dans le but d'inciser largement la bourse séreuse avec les précautions antiseptiques.

§ 116. — Les **processus inflammatoires chroniques des bourses séreuses du genou** sont beaucoup plus fréquentes que les inflammations aiguës. L'analogie avec les inflammations de l'articulation elle-même est ici encore bien plus frappante que dans les processus aigus que nous venons de décrire.

Tout d'abord la bourse séreuse se remplit d'une sécrétion abondante qui, au début, ressemble encore à de la synovie, mais ne tarde pas à devenir plus claire, plus aqueuse. Ainsi se produit l'*hygroma kystique*, ou hydropisie de la bourse séreuse. Dans les autres bourses séreuses, l'affection reste alors le plus souvent stationnaire, tandis que, dans celles de la rotule, on voit presque toujours se produire avec le temps d'autres altérations qui sont sous la dépendance de processus de dégénérescence des parois. Ces dernières sont le siège d'épaississements considérables avec sclérose. Certainement, dans la grande majorité des cas, ces épaississements sont la conséquence des phénomènes d'irritation qui sont survenus déjà antérieurement, et se sont manifestés sous la forme d'une synovite séreuse ; le processus pathologique est ici analogue à celui qui, dans une hydrocèle, tend à épaissir la tunique vaginale à la suite d'irritations sans cesse renouvelées. Dans quelques cas seulement (LINHART, METTENHEIMER), il s'agit de tumeurs fibreuses indépendantes développées dans les parois de la bourse séreuse.

Les parois de l'hygroma sont assez souvent le siège de processus morbides qui ont une certaine analogie avec ceux que l'on observe dans l'inflammation déformante des synoviales articulaires. Ils consistent, en effet, dans une prolifération de toutes petites tumeurs, qui, tout d'abord, sont pédiculées et restent appendues à la paroi du sac, mais ne tardent pas à se détacher pour former des **corps libres**, qui, parfois, sont nombreux et remplissent toute la cavité séreuse. Une partie seulement de ces corps libres, ou grains riziformes, sont formés de tissu conjonctif ; les autres consistent dans des substances albumineuses coagulées, et ressemblent tout à fait aux corps libres qui se produisent dans les articulations affectées de synovite séro-fibrineuse.

Enfin, les parois altérées du sac peuvent subir des modifications à la suite de contusions ayant déterminé des épanchements sanguins. On s'explique ainsi presque toutes les altérations anatomo-pathologiques qui se produisent dans l'hygroma des bourses séreuses du genou. Assez souvent, la partie liquide du sang est seule résorbée, et les caillots adhérents à la paroi se dessèchent de plus en plus, et forment des masses solides qui remplissent la cavité de l'hygroma. L'**hématome** est évidemment beaucoup plus fréquent dans une bourse séreuse déjà altérée que dans une bourse séreuse saine.