

également à le désigner sous ce nom). Cette tumeur cause parfois d'assez vives douleurs et doit être enlevée par excision avec les précautions antiseptiques d'usage.

Pour le **traitement** de l'hygroma simple nous disposons des mêmes moyens que ceux que nous avons appris à connaître à propos de l'hyarthrose du genou. Les irritants externes, tels que la teinture d'iode, les vésicatoires, sont souvent essayés tout d'abord, et parfois avec succès. Dans les cas d'hygroma présentant des symptômes inflammatoires plus accusés, les compresses résolutive à l'eau de Goulard ou au chlorhydrate d'ammoniaque, rendent parfois de bons services.

Dans les cas rebelles d'hygroma prérotulien ou infra-patellaire (TRENDELEBURG), un bon moyen à essayer, c'est la compression forcée suivant le procédé que nous avons décrit pour le traitement de l'hyarthrose. De même les kystes de la région poplitée résistent rarement à la compression forcée ; cependant on observe ici plus facilement des récurrences ; en outre, le traitement en question exige de grandes précautions et n'est applicable que dans les cas où le malade se trouve placé sous la surveillance du médecin.

Pour ma part, j'ai réussi, entre autres, à faire disparaître d'une façon durable par la compression forcée, un kyste atteignant presque le volume du poing, et développé dans la bourse séreuse du demi-membraneux. La cavité du kyste communiquait avec la cavité synoviale du genou, et avait eu comme conséquence des irritations inflammatoires répétées de cette articulation.

La ponction suivie de la compression est également efficace, mais la ponction exige les mêmes précautions que lorsqu'il s'agit de plonger le trocart dans l'articulation elle-même. S'agit-il d'hygromas prérotuliens à parois épaisses, on incise largement ces dernières, et l'on en opère ensuite l'excision partielle, ou bien on enlève toute la tumeur suivant les règles de la méthode antiseptique. Lorsque les parois sont moins épaisses, on fait une large incision, et l'on remplit la cavité du kyste de gaze chiffonnée, puis on applique le pansement régulier formé de huit couches de gaze ; on le serre suffisamment pour qu'il exerce un certain degré de compression et hâte ainsi l'accolement des parois du sac (VOLKMANN).

Les **hygromas développés dans le creux poplitée** sont ceux qui présentent le plus de difficultés au point de vue du traitement, à cause de la fréquence de leur communication avec la cavité articulaire. En général, lorsqu'on a épuisé la série des moyens inoffensifs (teinture d'iode, compression, ponction suivie de compression), on ne doit se décider à une opération que pour le cas où le fort développement de la tumeur et les souffrances du malade obligent d'y avoir recours. Les injections de teinture d'iode ont à leur passif un certain nombre de terminaisons graves, qui se sont produites dans des cas où le kyste communiquait avec l'articulation. De même la suppuration de cette der-

nière et la mort ont été maintes fois la conséquence d'incisions ou de tentatives d'excisions qui, parfois même, n'ont pu être terminées. Le plus sûr moyen de prévenir la suppuration de l'articulation avec ses graves conséquences, consiste, ici encore, à pratiquer la ponction en observant rigoureusement les règles de l'antisepsie, à évacuer le contenu de l'hygroma et à y injecter une solution phéniquée à 5 0/0, puis à instituer le même traitement consécutif (repos du membre et pansement de Lister) que s'il s'agissait de la ponction d'un épanchement intra-articulaire. Pour le chirurgien rompu à la méthode antiseptique, l'incision du kyste, voire même l'excision d'une partie de sa paroi, suivie de l'application du pansement Lister, est une opération en somme peu dangereuse, à en juger d'après les résultats de l'incision de l'articulation elle-même ; combiné avec la compression et le drainage, ce procédé est celui qui permet d'obtenir le plus sûrement une guérison durable. L'excision complète n'est pas possible, vu que la tumeur représente non pas une poche distincte et pouvant être isolée, mais simplement une cavité à parois lisses comprise entre les tissus de la région poplitée. Du reste, l'excision partielle suivie du lavage du sac avec une solution phéniquée et du drainage, donne d'excellents résultats, comme je puis l'affirmer en me basant sur ma propre expérience.

C. DES OPÉRATIONS QUI SE PRATIQUENT SUR L'ARTICULATION DU GENOU

1. Résection du genou.

§ 117. — Pour ce qui concerne les indications opératoires, ainsi que la statistique de la mortalité et du résultat fonctionnel de la résection du genou, nous renvoyons le lecteur aux remarques que nous avons faites à ce sujet dans notre étude du traitement des blessures par armes à feu et des affections inflammatoires de cette articulation. Nous nous attacherons donc d'emblée à la description de l'opération elle-même.

Supposons tout d'abord qu'il s'agisse de réséquer un genou affecté d'arthrite fongueuse. Si nous voulons réaliser des conditions aussi favorables que possible à la guérison, nous devons prendre en sérieuse considération certaines particularités dont on n'a pas à tenir compte dans la plupart des autres articulations. Dans notre étude des affections articulaires du genou nous avons plus d'une fois insisté sur l'étendue considérable de la synoviale, fait de la plus grande importance au point de vue des processus inflammatoires dont elle peut être le siège. Mais ce sont avant tout les poches accessoires situées à la partie antérieure et à la partie postérieure de l'articulation, et particulièrement le cul-de-sac sous-tricipital, qui jouent un rôle important dans la plupart des affections inflammatoires, mais surtout dans l'arthrite fongueuse du genou. Un grand nombre de réséqués qui ne sont pas guéris, grâce à la persistance de la tuberculose et à la formation de fistules, succombent plus tard à cette affection ou ne peuvent être sauvés que par une amputation de la cuisse, tandis qu'on aurait probablement obtenu la guérison de ces malades si l'on s'était rappelé l'importance du cul-de-sac supérieur de la synoviale, et que l'on eût opéré en conséquence.

Bien que, pour la plupart des autres articulations, le chirurgien soit tenu, en principe, d'enlever toutes les parties malades de la synoviale, le danger d'une récurrence provenant de cette dernière est relativement moindre à cause de la faible étendue de la séreuse et de l'accès facile qu'elle présente généralement, et il peut être considéré comme n'ayant aucune importance en présence des avantages que donne la conservation du cylindre capsulo-périosté. *Par contre, dans les arthrites tuberculeuses du genou, il importe au plus haut degré d'extirper aussi complètement que possible, le sac synovial.* Dans les cas où l'on avait négligé de le faire, on voit souvent la guérison s'opérer plus tard, grâce à l'extirpation ultérieure de la synoviale dégénérée.

Il s'agit, par conséquent, de trouver une méthode de résection qui nous permette de voir toute l'étendue de la cavité articulaire, et d'extirper aussi complètement que possible la bourse sous-tricipitale et les culs-de-sac postérieurs de l'articulation. Pour que ces conditions se trouvent remplies, il faut que l'incision soit pratiquée de façon que l'on puisse avoir un libre accès dans le prolongement sous-tricipital de la synoviale. L'incision la plus simple sous ce rapport, est celle qui divise transversalement la peau et le ligament rotulien, ou la rotule elle-même.

Une circonstance fort heureuse, c'est que le procédé que nous venons d'indiquer remplit aussi les conditions voulues au point de vue du mode de guérison. Au genou nous ne cherchons pas à obtenir une néarthrose comme c'est le cas pour la plupart des autres articulations; ce que nous voulons, c'est une réunion aussi solide que possible des extrémités articulaires, et de fait, les meilleurs résultats fonctionnels sont ceux que donne la guérison avec ankylose osseuse ou cartilagineuse, ou avec de fortes adhérences fibreuses. Les cas dans lesquels on a réussi à obtenir une articulation mobile et utilisable, sont si peu nombreux relativement à ceux dans lesquels la pseudarthrose ne rend aucun service, que nous ne sommes nullement autorisés à employer une méthode opératoire ayant pour but de reconstituer un genou doué de mobilité. D'ailleurs, alors même que l'on voudrait maintenir la continuité du ligament rotulien, l'appareil extenseur de la jambe ne s'en trouverait pas moins compromis très souvent par le fait que l'on a été obligé d'enlever la rotule ou que cet os, lorsqu'on a pu le conserver, s'est soudé plus tard à la surface du fémur. Enfin, ce qui est une consolation pour le chirurgien qui attache une grande importance au maintien de la continuité de l'appareil extenseur, l'incision transversale permet de réaliser également cette dernière condition, grâce à une réunion exacte des bords de la plaie opératoire.

Le seul cas dans lequel j'aie réussi à obtenir une articulation douée de mouvements actifs peu étendus, il est vrai, avait été opéré par le procédé de l'incision en arc de cercle divisant le ligament rotulien (il s'agissait d'une fracture par arme à feu).

Les principes que nous venons d'énoncer ne sont point nouveaux. Depuis longtemps déjà la résection du genou, avec extirpation de la syno-

viale, est pratiquée fréquemment en Angleterre, et il y a longtemps également qu'en Allemagne, divers chirurgiens tels que BILLROTH, HEINEKE, PITHA, METZLER, etc., se sont prononcés en faveur de cette opération. Néanmoins cette dernière n'a pas été adoptée dans la pratique, et il faut, sans doute, en chercher la cause essentiellement dans l'imperfection de la méthode d'extirpation du sac, comme aussi dans la crainte que l'on avait d'augmenter ainsi considérablement l'étendue de la plaie. Ces motifs d'abstention n'existent plus aujourd'hui grâce au procédé d'extirpation que nous décrivons plus loin, et au traitement consécutif (pansement de Lister et surtout iodoforme).

Une question qui n'est pas sans importance pour la résection du genou, est celle de savoir si l'on doit provoquer l'ischémie du membre suivant la méthode d'ESMARCH.

D'une manière générale, nous sommes tout à fait partisan de l'hémostase provisoire. Cependant nous ne conseillons pas d'y avoir recours dans les résections dites orthopédiques. En effet, lorsqu'on n'est pas obligé d'extirper la synoviale, la perte de sang est vraiment minime, et d'autant moindre que l'on peut fléchir davantage le genou; dès que l'opération est terminée, l'écoulement sanguin s'arrête sans qu'il soit nécessaire d'user de précautions particulières (pansement compressif, position élevée du membre). Par contre, nous avons toujours recours à l'hémostase provisoire lorsque nous devons extirper le cul de sac supérieur de la synoviale. Une fois l'opération terminée et la plaie suturée, on entoure le membre d'une couche épaisse de gaze de Lister jusqu'à l'endroit où se trouve le tube élastique, que l'on a eu soin de placer aussi haut que possible. Cette couche de gaze doit exercer une compression modérée. Le membre est ensuite élevé verticalement, et l'on achève le pansement après avoir enlevé le tube; à l'endroit où se trouvait ce dernier, on applique autour de la cuisse une couche de gaze fermée en haut par une bordure de coton. Enfin on recouvre le tout d'un pansement de Lister typique entourant l'extrémité depuis le pied jusqu'à l'aîne. Une attelle étroite légèrement creusée en gouttière et munie d'une semelle, est fixée à la face postérieure de la jambe au moyen d'une bande de gaze. La position élevée du membre doit être maintenue pendant 24 heures. Tel est le procédé que j'emploie sans exception depuis des années dans toutes les résections non orthopédiques du genou, et je n'ai jamais vu se produire d'hémorragie sous le pansement.

Pour les raisons indiquées plus haut, je fais soit une **incision en arc de cercle** sur la face antérieure de l'articulation, soit une **incision transversale qui divise la rotule** (VOLKMANN). Ce dernier procédé a tant d'avantages sur les autres que j'y ai recours habituellement, abstraction faite toutefois d'un certain nombre de cas dans lesquels la rotule ne peut être conservée.

Si l'incision transversale ne suffit pas, ce qui est rare, on ajoute à