CHAPITRE VI

OPÉRATIONS SUR LES ARTICULATIONS

I. — PONCTION

La ponction articulaire se pratique principalement au niveau du genou. Elle se fait à l'aide d'un trocart simple ou d'une aiguille adaptée à une seringue ou à un appareil aspirateur. Elle exige une irréprochable asepsie.

Voici dans ses grands traits comment Farabeuf décrit la *ponction du genou* :

Jambe en extension ; opérateur toujours à gauche du malade ;

Avec la main gauche, comprimer toute la partie inférieure de l'article, pour refouler le liquide sous la rotule, dans le cul-de-sac tricipital.

Mesurer d'avance la longueur d'aiguille à enfoncer pour en amener l'œil derrière le centre de la rotule.

Enfoncer l'aiguille au niveau de la base de la rotule, à un bon travers de doigt de l'angle correspondant et la diriger obliquement en bas et en arrière, vers le milieu de la trochlée fémorale.

La ponction peut être suivie d'une injection modificatrice.

II. — ARTHROTOMIE

L'arthrotomie ou *taille articulaire* est faite soit pour explorer ou drainer une articulation, c'est l'*arthrotomie simple* ; soit pour intervenir dans un but spécial (corps étrangers, luxations irréductibles). Nous étudierons seulement l'arthrotomie simple.

Dans sa technique générale, elle comprend : 1° l'incision de l'article ; 2° l'évacuation de son contenu, suivie ou non de lavages ou injections modificatrices ; 3° la suture totale ou partielle avec drainage.

Nous allons brièvement passer en revue les principales arthrotomies.

Épaule. — L'articulation scapulo-humérale est accessible par trois voies :

a. **Voie postérieure.** — Incision verticale de 5 à 6 centimètres à partir de l'angle de l'acromion. Couper la peau, le tissu cellulaire, le deltoïde, qu'on peut, pour plus de prudence dissocier seulement à la sonde cannelée.

Ménager le nerf circonflexe. Arriver dans le tissu cellulaire sous-deltoïdien et inciser la capsule en arrière.

b. **Voie antérieure.** — Incision oblique en bas et en dehors, longue de 10 à 12 centimètres, parallèle à l'interstice pectoro-deltoïdien et près de lui. Chercher la coulisse bicipitale et ouvrir la capsule en dehors d'elle, pour ménager le long tendon du biceps.

c. **Voie supérieure.** — Nous la décrirons au chapitre de l'intervention dans les luxations anciennes (voy. p. 405).

Coude. — L'articulation huméro-cubitale est accessible de chaque côté de l'olécrâne, par deux incisions de 5 à 6 centimètres, menées au contact de la saillie olécranienne. Au dedans, songer, pour le ménager, au nerf cubital.

Poignet. — C'est par une *incision dorsale externe*, cotoyant le bord externe des tendons de l'index, sans les intéresser, qu'on abordera l'article, en passant entre le long extenseur du pouce en dehors et les tendons de l'index en dedans.

Hanche. — Deux voies permettent d'arriver à l'article.

a. **Voie antérieure.** — Incision de 10 à 12 centimètres, partant de l'épine iliaque antéro-inférieure pour suivre le bord interne du couturier. Rejeter ce muscle en dehors, arriver sur le psoas, récliner également le psoas en dehors, après flexion de la cuisse. On découvre la capsule que l'on incise.

b. **Voie postérieure.** — La cuisse est fléchie à 45°, en sorte que son axe prolongé aboutisse à l'épine iliaque postéro-supérieure. Faire dans l'axe du fémur une incision de 10 à 12 centimètres, dont les deux tiers supérieurs intéressent la fesse et le tiers inférieur, le trochanter. Couper la peau, la graisse ; dissocier le grand fessier en passant entre deux faisceaux charnus ; diviser la graisse sous-fessière, chercher l'interstice situé entre le pyramidal en bas et en arrière et le moyen fessier en haut et en avant. Séparer ces muscles au bistouri ; les écarter fortement. La capsule apparaît ; on l'ouvre dans la direction du col anatomique.

Genou. — Il peut être ouvert par l'incision transversale sous-rotulienne que l'on utilise dans la résection (incision de Mackensie), mais dans les arthrotomies proprement dites, on l'aborde plus volontiers par des incisions latérales antérieures ou postérieures.

a. **Voie antéro-latérale.** — De chaque côté de la rotule et à 2 centimètres et demi de ses bords, faire une incision verticale de 5 à 10 centimètres, coupant par son milieu l'interligne. Sectionner la peau, l'aponévrose plus épaisse

en dehors qu'en dedans où l'on rencontrera en revanche quelques fibres du vaste interne. Pincer la synoviale lâche et fuyante pour l'ouvrir largement.

Si une seule incision paraît suffisante, la pratiquer de préférence en dehors.

b. **Voie postéro-latérale**. — On l'associe habituellement à la précédente pour pratiquer des incisions de décharge. En ce cas et très simplement, il suffit par les incisions antéro-latérales de glisser une pince hémostatique en dedans des ligaments latéraux, jusqu'à ce que son bec vienne saillir en arrière sur les côtés du creux poplité. On ouvre la pince et entre la double saillie des mors, on fait une incision de 3 à 5 centimètres par laquelle la pince ramène un drain.

L'incision externe, pour ménager le nerf sciatique poplité externe, devra longer le bord antérieur du tendon du biceps. L'incision interne pourra sans autant d'inconvénients intéresser les tendons de la patte d'oie.

Cou-de-pied. — L'arthrotomie tibio-tarsienne exige plusieurs incisions pour être complète : deux prémalléolaires, l'une externe, l'autre interne et deux rétromalléolaires de décharge.

a. **Voie antéro-latérale**. — L'incision prémalléolaire externe longera le bord antérieur du péroné, passant entre la malléole en dehors et le péronier antérieur en dedans, descendant jusqu'à 1 centimètre au-dessous de la pointe malléolaire et coupant la peau, l'aponévrose avec le ligament annulaire et la capsule.

L'incision prémalléolaire interne, plus courte, se fera symétriquement devant la malléole tibiale, et commodément si, par l'incision externe, on fait saillir une pince sur le bec de laquelle on incisera pour saisir un drain.

b. **Voie postéro-latérale**. — Les incisions rétro-malléolaires, incisions de décharge, se feront l'externe en arrière des tendons péroniers, l'interne en dehors du paquet vasculo-nerveux formé par le nerf et les vaisseaux tibiaux postérieurs qu'il faut soigneusement récliner en dedans.

III. — ARTHRECTOMIE

L'arthrectomie, encore nommée *synovectomie*, *arthroxésis*, consiste à extirper toutes les parties molles d'une articulation, ligaments et synoviale, sans toucher au squelette.

On l'emploie dans les arthrites tuberculeuses et particulièrement dans celles du genou.

Arthrectomie du genou. — On l'oppose à la résection dans les formes dites synoviales.

a. **Procédé de Richelot**[1]. — 1° **Section de la rotule**. — Incision horizontale par le milieu de la rotule, poussée très loin sur les côtés. Scier la rotule transversalement et rabattre ses deux fragments.

2° **Dislocation du genou**. — Couper d'avant en arrière dans toute leur étendue les ligaments latéraux et croisés, puis disloquer l'articulation. Explorer alors les os avec la pointe du bistouri pour choisir entre l'arthrectomie et la résection.

3° **Arthrectomie**. — Détruire tous les tissus articulaires. Pour cela, disséquer anatomiquement les culs-de-sac supérieur et latéraux de la synoviale. Enlever au bistouri et à la curette les ligaments croisés et latéraux, la graisse, les ménisques, les cartilages articulaires. Poursuivre à la curette et à la compresse la destruction de toutes les fongosités.

4° **Reconstitution de la jointure**. — Désinfecter avec soin l'articulation à la solution phéniquée forte ou au sublimé.

Suturer les deux fragments rotuliens, puis les parties molles.

5° **Pansement. Soins consécutifs**. — Drainage latéral ; pansement compressif. Immobilisation dans une attelle. Marche au bout de deux mois, lorsque l'ankylose s'est établie.

b. **Procédé d'Albertin**[2]. — 1° **Incision cutanée**. — Après application de la bande d'Esmarch, faire une incision en H, dont la branche horizontale soit à mi-distance entre la pointe de la rotule et la tubérosité antérieure du tibia et dont les branches verticales soient à 2 centimètres de la rotule.

Couper la peau, les plans fibreux, le ligament rotulien et relever un volet fibro-musculaire dans lequel est compris la rotule.

2° **Arthrectomie**. — Extirper d'abord la partie antérieure de la synoviale, et le cul-de-sac sous-tricipital avec le tissu graisseux qui le double.

Désinsérer les ligaments croisés à leur extrémité supérieure, ruginer l'excavation condylienne ; fléchir à fond la jambe, désinsérer l'extrémité inférieure des mêmes ligaments et enlever les ménisques.

Extirper enfin avec soin la partie poplitée de la synoviale, en allant jusqu'au plan fibreux sous-jacent, lequel est brillant et résistant.

3° **Chondrectomie**. — Avec la curette ou le couteau ostéotome, aviver les cartilages du fémur, du tibia et de la rotule, en allant jusqu'à la couche profonde et jusqu'à l'apparition de points osseux.

4° **Thermocautérisation**. — Passer alors tout l'article au thermocautère.

[1] Richelot, *Bull. et Mém. de la Soc. de chir.*, 1890, p. 727.
[2] Albertin, *Arch. prov. de chir.*, 1895, p. 289.

Une première cautérisation sera faite au rouge blanc pour produire la stérilisation, une deuxième au rouge sombre pour produire l'hémostase. On touchera ensuite les surfaces avec un tampon imbibé de chlorure de zinc au dixième ou d'acide phénique au vingtième.

5° **Reconstitution de l'article**. — Suture du plan fibro-musculaire, puis suture de la peau.

6° **Pansement et soins consécutifs**. — Appliquer un pansement compressif. Enlever la bande d'Esmarch. Gouttière plâtrée. Elévation du membre. Retarder le plus possible le premier pansement. Chercher l'ankylose. Vers la fin du deuxième mois, appliquer une genouillère silicatée et provoquer des essais de marche, avec béquilles. Ajourner la marche proprement dite jusqu'au quatrième au sixième mois.

c. **Procédé de Lauenstein**. — Pour ménager les ligaments et les mouvements articulaires, Lauenstein fait la résection temporaire de la partie intercondylienne de la tête tibiale sur laquelle s'insèrent les ligaments croisés, à l'aide d'une large gouge en gouttière, frappée d'avant en arrière. Il décroise le fragment tibial ainsi mobilisé et peut ainsi en le relevant nettoyer la partie postérieure de l'articulation et l'espace intercondylien fémoral.

IV. — RÉSECTIONS ARTICULAIRES

La technique et l'instrumentation générales sont identiques, dans leurs grandes lignes, à celles des résections osseuses, auxquelles nous renvoyons en ce qui les concerne (voy. p. 311).

Les résections peuvent être pratiquées dans trois cas principaux : 1° ostéoarthrites proprement dites ; 2° ankyloses ; 3° luxations, traumatiques. Nous étudierons successivement ces trois catégories, qui diffèrent par quelques points.

A. — Résections simples.

§ 1. — Membre supérieur

Articulation sterno-claviculaire. — *a*. **Résection totale**. — Soit à retrancher la partie de la clavicule qui est en dedans de l'insertion supérieure et externe du muscle sous-clavier (limite physiologique), ainsi que la facette articulaire du sternum.

Indiquée dans l'ostéo-synovite fongueuse, les néoplasmes de toutes ces parties à la fois.

Procédé. — L'épaule dépassant le bord de la table et tombant en arrière, diviser la peau et le tissu sous-cutané seulement par une incision qui longe le milieu de la face antérieure du sternum, dans l'étendue de 2 centimètres, en dehors du faisceau sternal du muscle sterno-cléido-mastoïdien.

Diviser le périoste au fond de l'incision cutanée, en commençant et en s'arrêtant à 1 centimètre de ses angles. Décoller la lèvre supérieure avec la rugine, aussi loin qu'on le peut, mais en rasant toujours l'os sans échappée, et détacher en même temps la moitié supérieure du ligament sterno-claviculaire antérieur, ainsi que le ligament inter-claviculaire ou sus-sternal.

Décoller ensuite la lèvre inférieure et en même temps la moitié inférieure du ligament sterno-claviculaire antérieur.

Avec un davier appliqué sur l'extrémité interne de la clavicule, chercher à la luxer en avant, en haut et en dehors.

Toujours avec la rugine, dénuder sa face postérieure et détacher notamment l'insertion du ligament costo-claviculaire, si épais et si puissant, qui est la clef de l'opération.

Puis pendant que l'extrémité interne de la clavicule est tenue en l'air, passer une scie fine au-dessous d'elle et par-dessus les ligaments refoulés en arrière, et la diviser d'arrière en avant, au niveau de la limite du décollement périostique.

Enfin, abattre avec le ciseau la facette articulaire du sternum.

b. **Résection partielle**. — Indiquée dans la luxation en arrière, dans la carie, la nécrose et les néoplasmes limités à l'extrémité sternale.

Procédé. — Faire sur le milieu de la clavicule une incision cutanée horizontale qui commence ou s'arrête au niveau de l'interligne articulaire, et ajouter à ce dernier point une incision verticale qui suive le bord antérieur de l'extrémité interne de la clavicule, d'où la forme d'un ⊢.

Le reste comme dans le procédé précédent, à part la petite résection du sternum.

Articulation acromio-claviculaire. — *a*. **Résection totale**. — Soit à enlever la partie de la clavicule qui est en dehors de la base de l'apophyse coracoïde, et la facette articulaire de l'acromion, en respectant le ligament acromio-coracoïdien.

Même indication que pour l'articulation sterno-claviculaire ; en outre, on peut y recourir dans les cas de luxation irréductible de l'extrémité externe de la clavicule, pour suturer cette extrémité avec l'acromion et obtenir une synostose.

Procédé. — Diviser la peau et le tissu sous-cutané seulement par une incision qui suive le milieu de la face supérieure de la clavicule et de l'acromion, et qui se prolonge à 1 centimètre au delà des deux points de section osseuse (fig. 345, *a b*).

Diviser le périoste dans toute l'étendue de l'incision cutanée, en commençant et s'arrêtant à 1 centimètre de ses angles.

Décoller sucessivement le périoste des deux lèvres et les parties correspondantes du ligament acromio-claviculaire supérieur ; luxer en dehors