

Lorsqu'on est arrivé sur l'artère, un point essentiel est de se rappeler combien elle est courte, afin de ne pas lier par erreur quelque une de ses branches.

On a proposé aussi des procédés pour la ligature de l'artère ischiatique et de la honteuse interne; mais Harrison ne les donne lui-même que comme renseignements, pour le cas d'une plaie récente, où le jet du sang dirigerait plus sûrement encore sur le vaisseau. M. Sappey a lié l'ischiatique pour un anévrysme: une prompte récurrence, expliquée par les larges communications de cette artère avec plusieurs branches de la fémorale, l'ont amené à cette conclusion, qu'en pareil cas la méthode d'Anel est inférieure à l'ouverture du sac anévrysmal.

CHAPITRE VI.

OPÉRATIONS QUI SE PRATIQUENT SUR LES ARTICULATIONS.

Ce n'est pas ici le lieu de parler des opérations exigées par les luxations; les caries articulaires réclament des résections qui seront mieux traitées sous ce dernier titre; enfin, lorsqu'on veut détruire une ankylose, on agit essentiellement sur le tissu osseux. Il ne sera donc question dans ce chapitre que des hydarthroses et des corps étrangers articulaires.

1° Des hydarthroses.

On peut évacuer le liquide par de simples ponctions, *traitement palliatif*, ou tenter la cure radicale.

I. TRAITEMENT PALLIATIF. *La ponction.* — Quand l'hydarthrose est très considérable, on y plonge le trocart d'un coup brusque par le procédé ordinaire; s'il y a peu de liquide, le trocart doit être enfoncé lentement, jusqu'à ce qu'il arrive dans l'articulation.

Dans ce dernier cas, je me suis servi assez souvent d'un bistouri étroit porté à plat dans la synoviale, en relevant la lame de champ pour favoriser l'issue du liquide. Il est bon d'attirer préalablement la peau dans un sens ou dans l'autre, pour détruire le parallélisme de la ponction des téguments avec celle des tissus plus profonds; et l'on bouche ensuite la plaie avec une mouche de diachylon. Seulement, pour éviter l'inflammation, je regarde comme une précaution indispensable de maintenir le membre immobile sur un double plan incliné, au moins durant vingt-quatre heures.

Je ne compte plus aujourd'hui le nombre des ponctions que j'ai pratiquées, et jamais je n'en ai vu résulter le moindre accident. Une fois même, une certaine quantité d'air a pénétré dans la synoviale; je ne m'en suis pas autrement occupé, et le lendemain il était résorbé.

II. TRAITEMENT CURATIF. — Il consiste essentiellement à déterminer dans la synoviale une inflammation qui en modifie l'état pathologique, et prévienne le retour de l'hydarthrose.

Boyer cherchait à procurer l'inflammation suppurative, à l'aide de l'incision; procédé redoutable par ses conséquences, et qui doit être absolument rejeté. La prudence veut qu'on s'arrête à l'inflammation adhésive, ou même à une irritation substitutive qui modifie l'état de la synoviale sans y déterminer des adhérences. Il y a pour cela deux moyens: les incisions sous-cutanées et les injections.

1° *Incisions sous-cutanées.* — Elles se font par deux procédés, selon qu'on évacue ou non le liquide.

Procédé de M. Goyrand. — Il souleva les téguments, à la partie externe et supérieure du genou, en un large pli transversal qu'il donna à tenir à un aide; et pressant de la main gauche sur la rotule et la partie inférieure de la tumeur pour distendre la partie supérieure, il plongea à la base du pli, de haut en bas, un ténotome étroit sous les téguments; après quoi il incisa à plein tranchant l'aponévrose, les portions externe et moyenne du triceps, et le cul-de-sac supérieur externe de la synoviale. Etant ainsi entré dans l'articulation, il fit exécuter à l'instrument un mouvement de demi-rotation sur son axe qui dirigea le tranchant en avant, et débrida de la cavité articulaire vers la peau toutes les parties profondes, de manière à donner à l'incision une étendue de 15 à 18 millimètres. Le ténotome fut ensuite retiré; et sans chercher à vider la synoviale, il recouvrit la petite piqûre extérieure d'un emplâtre de diachylon.

Le liquide s'infiltra dans le tissu cellulaire de la cuisse au-dessous du triceps; la compression en hâta la résolution, et le dix-neuvième jour le sujet sortait guéri.

Procédé de l'auteur. — Je fais une ponction avec un bistouri étroit, en prenant les précautions indiquées; je laisse écouler la synovie, et je pratique sur la synoviale à droite, à gauche, en haut et en bas, des incisions sous-cutanées, sans agrandir la piqûre extérieure.

J'ai obtenu ainsi quelques cures radicales; mais le plus souvent l'hydarthrose a récidivé. Je n'oserais cependant laisser la synovie

s'épancher dans le tissu cellulaire, comme a fait M. Goyrand; si un abcès survenait ainsi, il s'ensuivrait les plus fâcheuses conséquences. D'ailleurs, M. Goyrand ayant perdu de vue son malade au dix-neuvième jour, on ne sait pas si la guérison s'est maintenue; et dans ce cas même, un succès unique ne prouverait pas que le procédé aura une efficacité constante. Ce que je puis du moins affirmer du mien, c'est que jamais je n'en ai vu résulter le moindre accident.

2° *Injections*. — L'idée d'injections irritantes dans les hydarthroses n'est pas nouvelle. Gay, en 1789, y fit avec succès des injections d'eau de Goulard, animée de tafia camphré; en 1830, M. Jobert a essayé des injections d'eau d'orge alcoolisée; enfin, en 1842, Bonnet (de Lyon) et M. Velpeau ont tenté les injections iodées, qui semblent appelées à rester dans la pratique.

La ponction se fait à l'ordinaire. Le liquide qu'injectait Bonnet se compose de : eau, 46 grammes; iode, 2 grammes; iodure de potassium, 4 grammes. M. Velpeau mêle simplement l'eau et la teinture d'iode, soit à parties égales, soit à la dose d'un tiers de teinture pour deux tiers d'eau.

On a obtenu ainsi quelques succès mêlés de revers; mais peut-être les revers tenaient-ils à ce qu'on a essayé les injections dans des cas où l'hydarthrose n'était qu'un symptôme d'une affection plus grave. J'ai eu occasion d'y recourir plusieurs fois, et avec des résultats variés : une fois, le succès fut si complet, que les mouvements du genou furent conservés dans leur intégrité; d'autres fois, l'hydarthrose a disparu, mais en laissant quelque roideur; dans d'autres cas elle a persisté; et enfin, chez un sujet où trois injections n'avaient rien produit, la quatrième détermina une suppuration dans l'article suivie de fistules opiniâtres.

2° *Corps étrangers articulaires.*

Ils peuvent se développer dans toutes les articulations; mais c'est principalement dans celle du genou qu'on les rencontre.

On a essayé un mode de traitement palliatif, en fixant le corps étranger dans un point de l'articulation où il ne puisse nuire; et un traitement curatif, qui consiste à l'extraire de la cavité articulaire.

TRAITEMENT PALLIATIF. Fixation du corps étranger dans l'articulation même. — Il faut avant tout que le corps étranger se laisse ramener au-dessus ou sur les côtés de la rotule; alors on a cherché à l'y fixer, soit avec un emplâtre agglutinatif soutenu par un bandage (Middleton), soit à l'aide d'une genouillère bien matelassée et cou-

struite exprès (Gooch). On cite quelques cas de succès, soit que le corps étranger ait contracté en ce point des adhérences, soit qu'il ait été retenu par une sorte de juxtaposition.

Mais, la réussite étant bien rare, M. Jobert a essayé un procédé qui devait l'assurer à peu près dans tous les cas : ce procédé consiste à ficher dans le corps étranger, à travers la peau, des épingles destinées à la fois à le retenir en place, et à développer alentour une inflammation adhésive. Un premier essai n'a pas tenu ce qu'on en attendait; après plus de quinze jours, les épingles n'avaient déterminé aucune inflammation, aucune adhésion; et il fallut y renoncer.

TRAITEMENT CURATIF. Extraction du corps étranger. — Il y a deux procédés, l'un par une large incision, l'autre par une incision sous-cutanée.

1° *Procédé ancien. Large incision.* — Le malade étant couché sur le bord du lit correspondant au genou affecté, la jambe étendue et placée sur un oreiller, le chirurgien cherche le corps étranger, et l'amène d'abord à la partie supérieure de l'articulation au-dessus de la rotule, puis à son côté interne, le plus près possible de l'attache de la capsule au condyle fémoral. Si cette manœuvre ne réussit pas, on recommande au malade de faire exécuter à la jambe les mouvements dans lesquels il a remarqué que le corps étranger se porte vers ce point; s'il est plus facile de l'attirer au côté externe, c'est de ce côté qu'on fera l'incision; si enfin on ne peut l'amener en dedans ni en dehors, il faudra remettre l'opération à une occasion plus favorable.

Le corps étranger étant donc convenablement placé, l'opérateur le fixe lui-même entre le pouce et l'indicateur gauches; puis, faisant tirer la peau en devant et en dehors par un aide, il pratique dans la direction du membre une incision de 3 à 4 centimètres, qui divise à la fois les téguments et la capsule articulaire : si l'incision de cette dernière est trop étroite, on l'agrandit assez pour que le corps étranger la traverse sans en contondre les bords. Souvent le corps étranger s'échappe de lui-même sous la pression des doigts; sinon, on l'extrait avec une curette ou une spatule, en évitant de froisser les parties qui composent l'articulation; si enfin il adhère à la capsule par un prolongement fibreux ou autre, on attire cette espèce de pédicule au dehors, et on le coupe avec des ciseaux. Quelquefois il se trouve deux corps étrangers, ou même davantage; on procède à leur extraction l'un après l'autre. Cependant, s'ils ne pouvaient être amenés vers l'incision qu'avec de grands mouve-

ments, ou à l'aide d'instruments portés dans l'articulation, il vaudrait mieux l'abandonner, pour les extraire plus tard par une seconde opération.

L'extraction achevée, on laisse revenir la peau sur elle-même; l'incision de la capsule se trouve ainsi fermée et à l'abri du contact de l'air; et l'on réunit la plaie extérieure par des bandelettes agglutinatives.

Bromfield faisait tirer les téguments en bas; B. Bell, en haut; Desault, en devant, du côté de la rotule: le choix est assez indifférent. Mais le procédé en lui-même expose beaucoup trop à la suppuration de la synoviale; et il a été avantageusement remplacé par le suivant.

2° *Incision sous-cutanée. Procédé de M. Goyrand.* — Le malade étant couché, le chirurgien, placé à sa gauche, refoula le corps étranger dans la partie externe du cul-de-sac supérieur de la synoviale, où il le fixa à 4 centimètres au-dessus de la rotule, en continuant de le presser de bas en haut avec le pouce et l'index gauches. Il fit ensuite soulever par un aide la peau de la cuisse, au-dessus du corps étranger, en un large pli transversal, de manière à amener au voisinage de ce corps une portion de peau fort éloignée. Alors, s'armant d'un ténotome aigu, de 7 centimètres de longueur avec 4 millimètres seulement de largeur à sa base, il le plongea de haut en bas à la base de ce pli; et dirigeant la pointe vers le corps étranger, il incisa sous la peau, parallèlement à l'axe du membre, tous les tissus qui recouvraient ce corps; il fallut revenir à trois reprises sur ces tissus pour les diviser, après quoi l'opérateur sentit la concrétion fuir sous ses doigts: elle était sortie de l'articulation. Le bistouri fut retiré, l'aide laissa aller le pli de la peau; quelques gouttes de sang mêlées de bulles d'air sortirent par la piqûre, qui remonta à 8 centimètres au-dessus du point où la synoviale avait été divisée. Quelques bulles d'air restèrent même dans le tissu cellulaire sous-cutané, au-dessous de la piqûre.

Le corps étranger était logé entre les portions moyenne et externe du triceps, à 6 ou 7 centimètres au-dessus de l'incision de la synoviale. Une compression fut établie au-dessous, tant afin d'empêcher sa rétrocession que pour tenir en contact l'incision sous-cutanée; cette compression put être enlevée le sixième jour.

Quelques jours plus tard, deux autres corps étrangers s'étant montrés dans l'article, M. Goyrand répéta pour l'un d'eux la même opération, seize jours après la première, seulement en faisant son incision un peu en dedans de l'autre, et en incisant assez largement le triceps et l'aponévrose pour que le corps étranger pût

arriver jusque sous la peau; et s'il ne réussit pas tout à fait comme il l'avait souhaité, du moins il le fit arriver jusque sous l'aponévrose.

Onze jours plus tard, présumant que toute communication devait être fermée entre ce dernier corps étranger et la synoviale, le chirurgien en fit l'extraction par une incision ordinaire; mais il ne voulut pas tenter la même opération pour celui qui était resté sous le muscle vaste externe; et il pense qu'il vaut mieux se borner à les déloger de l'article et à les laisser dans le tissu cellulaire, où ils s'enkystent sans donner lieu à aucun inconvénient.

Il n'est pas toujours facile d'amener le corps étranger là où l'on veut; et l'on est trop heureux quelquefois de le tenir acculé dans le cul-de-sac externe ou interne de la synoviale, en dehors ou en dedans de la rotule. On soulève alors la peau de la jambe au lieu de la peau de la cuisse pour plonger le ténotome de bas en haut, et l'on expulse le corps étranger par en bas; au besoin on l'expulserait par en dedans ou par en dehors.

Quelquefois aussi le corps étranger est tellement mobile, que la moindre pression risque de le faire fuir dans l'intérieur de l'article. M. Bauchet a imaginé de le fixer durant l'opération avec un poinçon un peu mousse, qu'on pique dessus à travers les téguments. Je l'ai vu pratiquer ainsi l'opération dans mon service, avec un plein succès.

CHAPITRE VII.

DES OPÉRATIONS QUI SE PRATIQUENT SUR LES OS.

Ces opérations exigent d'abord, pour la plupart, l'emploi d'instruments spéciaux dont l'application est soumise à certaines règles. Après en avoir parlé, je traiterai en autant d'articles, des tumeurs des os, de la carie et de la nécrose, des courbures anormales des os, des ankyloses, et enfin des pseudarthroses. Quant aux résections, à raison de l'importance de la matière, j'en ferai l'objet d'un chapitre particulier.

Art. 1°. — Des instruments propres à diviser les os.

On peut ramener ces instruments à quatre classes, selon leur manière d'agir, savoir: 1° les instruments tranchants; 2° les scies; 3° le perforatif; 4° le trépan.