



UNIVERSITE DE GENÈVE

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

RÉSECTIONS ATYPIQUES

DANS LES ARTICULATIONS

PAR

Albert SOUTTER

Ancien assistant d'Anatomie pathologique.
Ancien médecin assistant de clinique chirurgicale à l'Université
de Genève.
Médecin diplômé de la Confédération suisse.

THÈSE INAUGURALE

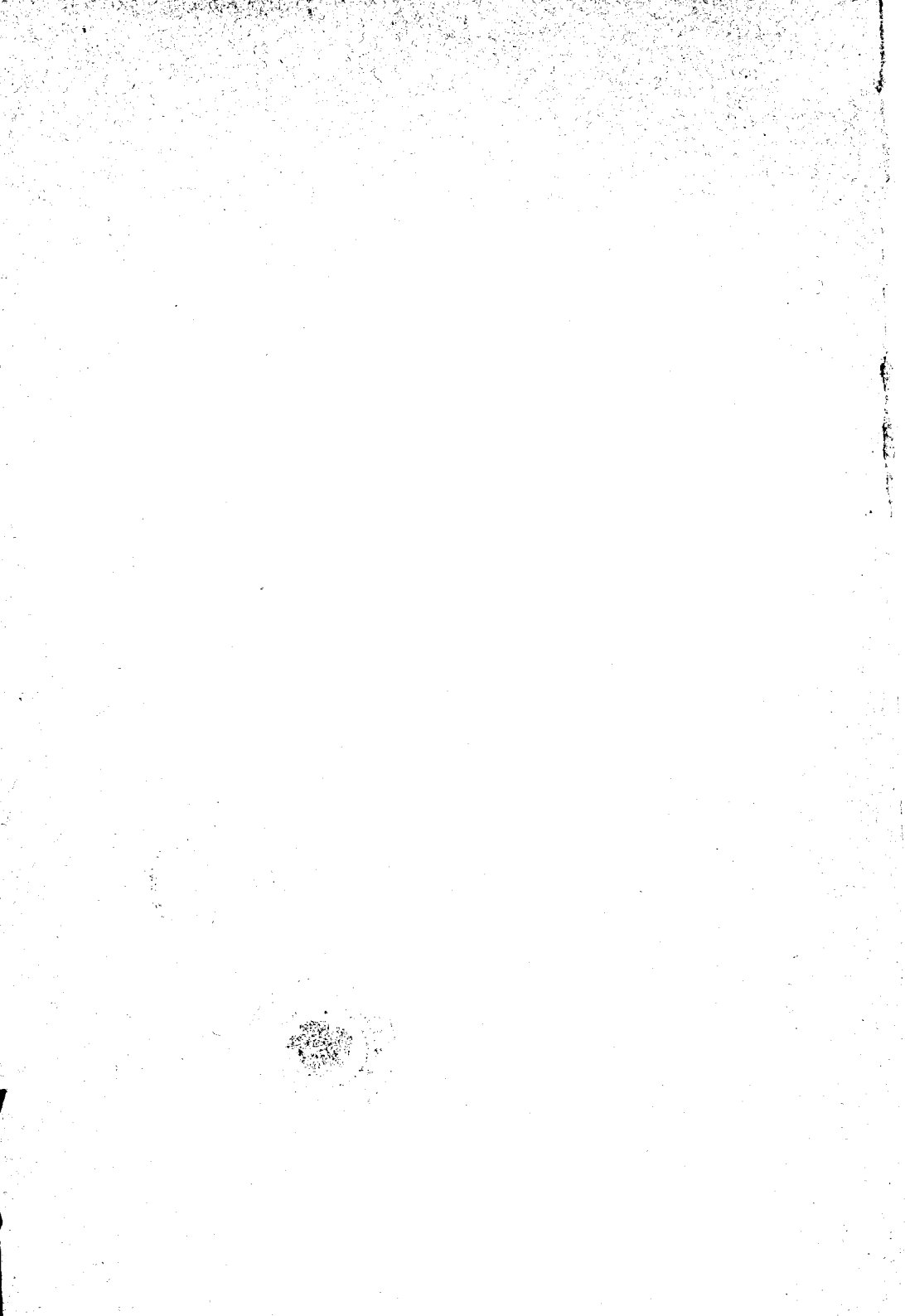
*Présentée à la Faculté de Médecine de Genève pour obtenir le grade de
Docteur en Médecine.*



GENÈVE

IMPRIMERIE TAPONNIER ET STUDER, ROUTE DE CAROUGE

1887



UNIVERSITÉ DE GENÈVE

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DES
RÉSECTIONS ATYPIQUES
DANS LES ARTICULATIONS

PAR

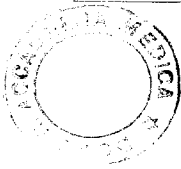
Albert SOUTTER

Ancien assistant d'Anatomie pathologique.
Ancien médecin assistant de clinique chirurgicale à l'Université
de Genève.

Médecin diplômé de la Confédération suisse.

THÈSE INAUGURALE

*Présentée à la Faculté de Médecine de Genève pour obtenir le grade de
Docteur en Médecine.*

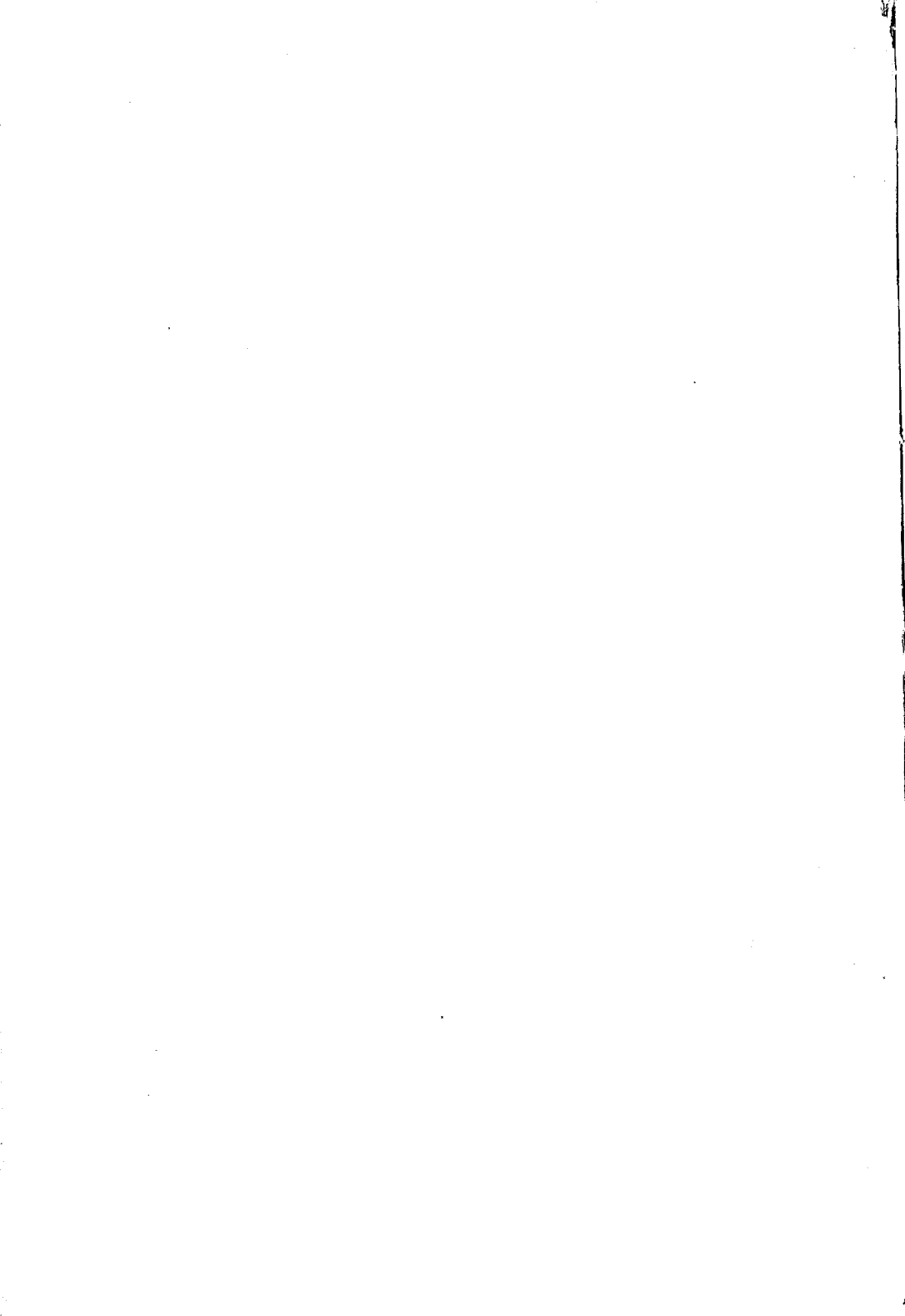


GENÈVE

IMPRIMERIE TAPONNIER ET STUDER, ROUTE DE

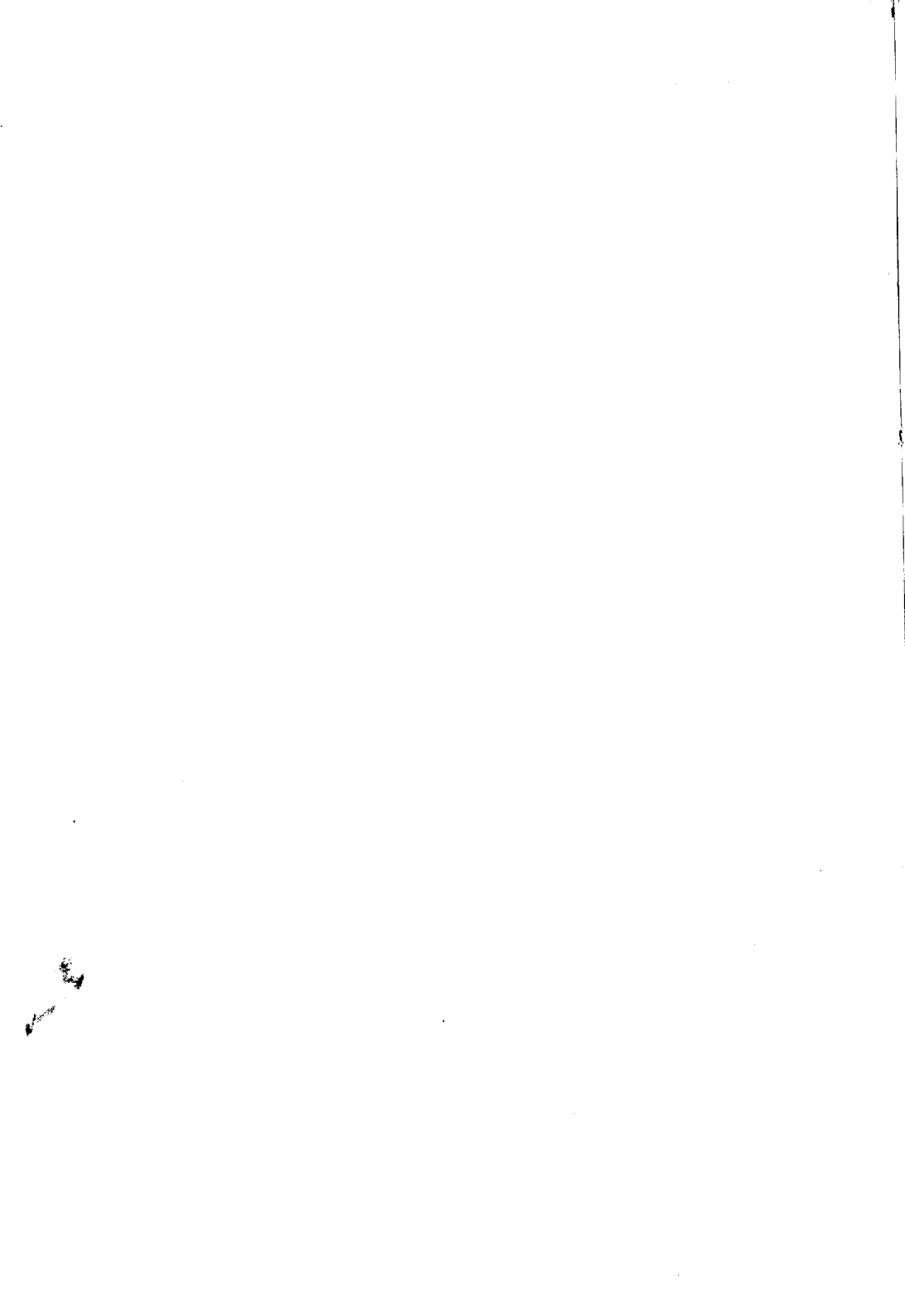
1887





A mes chers Parents

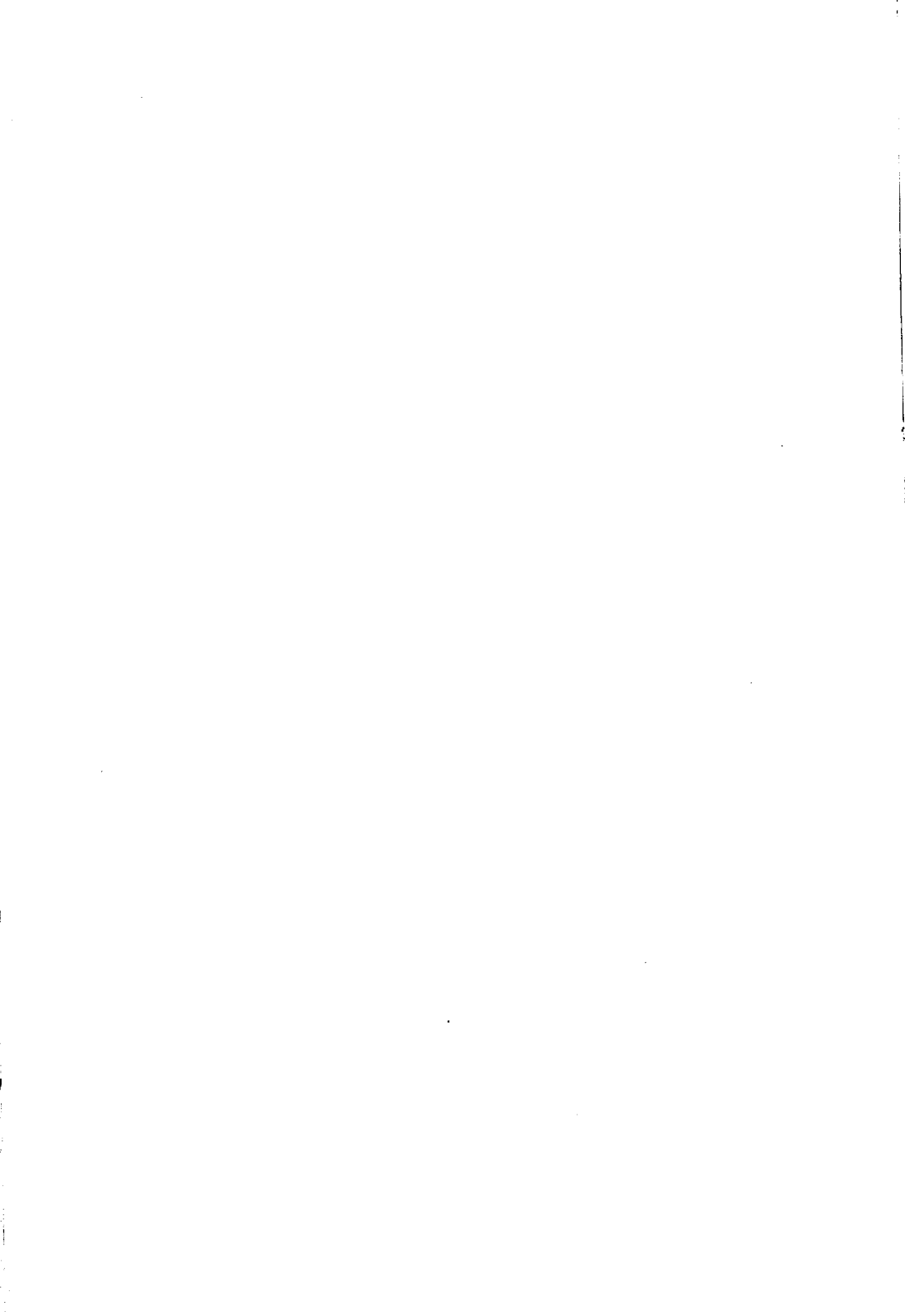
Hommage de profonde gratitude.



A MON VÉNÉRÉ MAITRE

Monsieur le Professeur D^r G. Julliard

Hommage de reconnaissance et d'affection.



INTRODUCTION

Malgré une existence d'un siècle, la question des résections articulaires n'est pas encore arrivée à une solution absolument satisfaisante. Comme tant d'autres choses en médecine, elle a subi les influences du moment et s'est modifiée d'après les changements qu'a éprouvés la chirurgie à travers les temps. De toutes ces transformations, il n'est toutefois resté aucune règle bien définie, bien déterminée, ce qui prouve que les résections articulaires ont donné et donnent encore lieu à bien des tâtonnements et à bien des controverses.

Il ne faudrait pas en conclure cependant, que la question soit restée stationnaire, en somme. Au contraire, elle a progressé, et beaucoup progressé, mais elle n'est pas encore arrivée au but idéal que tout le monde chirurgical cherche à atteindre et à la conquête duquel nous avons cherché à contribuer quelque peu par cette modeste étude.

Deux éléments nouveaux ont surtout contribué aux progrès de la chirurgie articulaire, en ouvrant aux chirurgiens des horizons jusqu'alors pour ainsi dire inconnus. Le premier, l'anatomie pathologique, pour l'appeler par son nom, en faisant voir la pathologie

sous un nouveau jour, a fait subir naturellement à la thérapeutique chirurgicale des modifications capitales, dont les résections articulaires n'ont pas été les dernières à bénéficier.

Grâce à elle, la différenciation anatomique des lésions, jusqu'alors plus ou moins rudimentaire et insuffisante, s'est beaucoup perfectionnée, et la science médicale, mieux renseignée sur la qualité et la nature des affections, a pu dès lors appliquer à chaque lésion différente une thérapeutique appropriée et raisonnée.

Les précieuses découvertes étiologiques, les renseignements précis sur les processus de désorganisation et de régénération des tissus provenant de l'anatomie pathologique, en faisant envisager la pathogénie des lésions sous une face encore peu connue, devaient avoir une influence modificatrice considérable sur la chirurgie.

Avec cette science, presque nouvelle, la question si pleine d'intérêt qui nous occupe aujourd'hui est entrée dans une phase nouvelle, dans laquelle elle a avancé à grands pas jusqu'à nos jours. Dans cette marche aussi rapide qu'intéressante, l'étude des résections articulaires a été puissamment secondée par le second des éléments dont nous parlions plus haut. Nous avons nommé l'antisepsie, suivant la méthode de Lister.

Expliquer et commenter les avantages de cette conquête de la science serait pour le moins superflu, tout le monde comprenant d'emblée quel immense bénéfice la chirurgie a retiré d'une méthode lui permettant d'opérer sans redouter les terribles dan-

gers d'autrefois. L'antisepsie rendant les opérations presque inoffensives, celles-ci ne devaient pas tarder à s'attaquer aussi aux articulations, terrain qu' auparavant on n' abordait jamais sans appréhension, et les avantages de ces autopsies *in anima vili* n'ont pas tardé à se faire sentir vivement.

Bon nombre de chirurgiens, qui avaient renoncé auparavant à porter le fer sur nos différentes jointures, reprirent leurs anciennes recherches; beaucoup d'autres, qui n'avaient peut-être jamais songé à le faire, suivirent leur exemple, et la question, soutenue par les deux puissants éléments dont nous parlions tout à l'heure, est redevenue plus vivante, plus palpitante, mais aussi plus controversée que jamais.

Parmi les chirurgiens qui contribuèrent le plus à l'étude des résections et qui arrivèrent enfin à des conclusions scientifiques sérieuses, il convient de citer ici les noms d'Ollier, Volkmann, Kœnig et Lister.

C'est à ces hommes de talent que revient le mérite d'avoir fait de la résection articulaire une opération qui ne quittera plus désormais la pratique chirurgicale.

C'est grâce à leurs connaissances approfondies de la chirurgie et de l'anatomie pathologique qui en est la base, qu'ils ont pu modifier les résections des articulations d'une façon scientifique et raisonnée, substituant à l'ancienne opération aveugle et, je dirai presque, irréfléchie, une intervention économique et soucieuse d'un résultat aussi satisfaisant que possible.

S'inspirant de leurs travaux, notre maître et ancien

chef, M. le professeur Julliard, a également modifié les résections articulaires typiques en atypiques, autrement dit, en nettoyages articulaires, pensant avec raison que l'affection n'est pas créée pour l'opération, mais l'opération pour l'affection et que si, dans un cas donné une résection typique pouvait être indiquée, dans un beaucoup plus grand nombre d'autres elle pourrait être modifiée avec avantage pour le patient.

C'est pourquoi M. le professeur Julliard a renoncé pour ainsi dire complètement à la résection typique ou classique, comme l'on voudra, se bornant à un nettoyage consciencieux de la jointure malade.

Ayant eu l'occasion, comme élève d'abord, puis comme son assistant ensuite, de voir M. le professeur Julliard pratiquer ces opérations économiques des articulations et frappé par ce qu'il y a de rationnel et d'avantageux dans cette méthode, nous avons été tenté d'étudier la question d'un peu plus près et de publier les résultats obtenus par cette façon d'opérer.

C'est ce qui nous a amené à faire le travail que nous présentons aujourd'hui, convaincu que nous sommes de l'excellence de la méthode et désireux de la voir prendre une extension toujours plus grande.

Nous ne nous occuperons pas de toutes les résections dans ce travail et laisserons de côté les résections *préventives*, *antiphlogistiques* et *anaplastiques* pour nous servir de la bonne classification de M. le professeur Verneuil, et nous nous restreindrons aux résections *suppressives* ; les opérations intéressant les articulations pour affections aiguës et orthopédiques

fournissant un sujet d'étude trop étendu par lui-même pour que nous puissions l'entreprendre ici.

Ce sera donc uniquement aux *affections chroniques* des jointures que nous nous adresserons dans ce travail.

Qu'il me soit permis d'exprimer ici à mon ancien chef, M. le professeur Julliard, ma vive reconnaissance pour toute la bienveillance dont il n'a cessé de faire preuve à mon égard pendant mon séjour dans son service et pendant l'élaboration de ce travail, pour les conseils précieux qu'il m'a donnés et pour le matériel qu'il a bien voulu mettre à ma disposition pour cette étude.





CHAPITRE PREMIER

Historique.

Le but de ce chapitre n'est pas de faire un historique complet des résections articulaires. Cette partie de la question suffirait à elle seule comme sujet d'une étude aussi étendue qu'intéressante, que le but de notre travail ne nous permet pas d'embrasser du reste.

Nous ne nous occuperons également ici que des faits historiques se rapportant directement aux résections suppressives; en d'autres termes, nous devons laisser dans l'ombre ce qui a trait aux résections d'ordre traumatique (fractures avec ouverture de l'articulation), orthopédique ou enfin antiphlogistique (arthrites suppurées aiguës et subaiguës), et nous borner à mentionner ce que nous avons recueilli au sujet des opérations ouvrant les articulations atteintes d'affections chroniques.

Le genre de résection qui a fait le sujet de nos recherches, quoique d'application surtout moderne, paraît avoir été connu et indiqué dans des temps relativement très reculés, ainsi que le démontre le passage suivant de Paul d'Égine¹ : *Si extremitas ossis prope articulum affecta fuerit, ipsam reseccare oportet.*

1. *Paul d'Égine*: Lib. VI, cap. 77 : *De fistulis et fobis.*



Cette théorie, radicale et avancée pour l'époque, ne paraît pas avoir été goûtée par les chirurgiens de ce temps et même les praticiens du moyen âge paraissent n'avoir pas mis en pratique les conseils de l'illustre médecin grec.

Il ne nous a du moins pas été possible de trouver dans la littérature la preuve du contraire. Ce n'est que plusieurs siècles plus tard que cette question a été remise sur le tapis et qu'elle prend droit de cité dans la chirurgie pratique.

C'est vers le milieu du XVIII^{me} siècle que les résections articulaires sortent de l'oubli dans lequel elles avaient végété jusque-là. A qui en revient l'honneur? La chose est très controversée. Les Anglais réclament la priorité et les Français ne leur cèdent en rien. D'après Velpeau¹, il paraîtrait que c'est un certain Thomas qui aurait le premier tenté cette opération en 1740, en réséquant une tête humérale. Treize ans plus tard, un Français, Boucher, publie un traité des résections articulaires et y communique la première résection du coude faite par lui. Après celui-ci, ce sont des Anglais qui exposent les cas de résections qui leur sont propres.

Wammian (1758), Filkin de Norwich (1762) paraissent avoir tenté cette opération. Mais c'est à With (1770) et Park, chirurgiens anglais, puis au même titre à Moreau, de Bar-le-Duc (1782), et à son fils, que revient le mérite d'avoir sorti de l'ombre la résection articulaire, opération dont ils sentaient toute l'importance et dans l'avenir de laquelle ils avaient foi.

1. *Velpeau* : Nouveaux éléments de médecine opératoire, p. 179.

With¹, dans ses *Cases in Surgery* ; Moreau père et fils, dans plusieurs monographies, ce dernier dans sa thèse inaugurale, recommandent, règlent, indiquent les résections dans la contiguïté et publient leurs observations personnelles.

D'autres chirurgiens de la fin de ce siècle suivent l'exemple donné, pratiquent des résections, et cela dans presque tous les pays.

Dupuytren et Roux en France, Jæger et Textor père en Allemagne, Mulder en Hollande, Heusser en Suisse, sont les principaux adeptes de cette pratique à ce moment. Leurs résultats, cependant, qui étaient certainement étonnants pour l'époque, ne gagnèrent que peu de monde à leur cause. La littérature relative à ce sujet ne cite pas du moins beaucoup de nouveaux partisans de la nouvelle opération, et les ouvrages de médecine opératoire, tout en la mentionnant et en en donnant des descriptions assez rudimentaires, ne paraissent pas en être très enthousiastes. Sabatier² cependant, dans son excellent *Manuel de médecine opératoire*, parle d'un grand progrès que vient de faire la chirurgie, par le fait de la résection articulaire pratiquée pour la première fois, dit-il, par With, chirurgien anglais. L'auteur recommande, dans ce même ouvrage, le procédé de résection du genou, encore aujourd'hui classique, pour certains chirurgiens du moins. Son procédé ne diffère de ce dernier que par l'incision des téguments, qu'il fait en forme de **H**.

Comme nous l'avons dit, le succès ne fut pas immense,

1. *With* : *Cases in Surgery*, by With, London, 1770.

2. *Sabatier* : *De la Médecine opératoire*, 1796. Vol. III, p. 262 et sequent.

et avec le commencement du XIX^e siècle les résections articulaires retombent dans un oubli assez général pour n'en sortir que rarement, en France surtout, puisque l'on ne cite que quatre cas de résections articulaires publiés jusqu'en 1860, ce qui paraît incroyable. En admettant, ce qui forcément doit être, qu'on n'a pas parlé de bon nombre d'observations de ce genre recueillies pendant ce demi-siècle, l'on est cependant forcé de convenir que la question s'est décidément arrêtée dans son développement à la fin du siècle dernier. Il est bien évident que ce que nous disons ne touche en rien les résections déterminées par des blessures par armes à feu, en un mot par des traumatismes. Celles-ci, à l'encontre des résections suppressives, avaient plus de vogue et étaient déjà mises en pratique couramment, alors qu'on ne songeait pas encore à celles qui nous occupent.

Si nous examinons les modifications subies par l'opération elle-même, comme manuel opératoire, nous verrons qu'il est, en somme, à peu de chose près, le même pour tout le monde et représente partout ce que nous appelons « résection classique ou typique ». Les grands principes restent les mêmes : on ouvre les articulations, on scie les extrémités osseuses, l'on adapte les surfaces de section, et ce n'est que sur les temps accessoires que portent les divergences. L'incision des téguments est le point litigieux par excellence; chaque chirurgien vante son procédé et lui donne son nom. C'est ainsi que nous voyons *Moreau de Bar* pratiquant sur le coude une triple incision en **H** (deux longitudinales sur les côtés du coude, réunies par une transversale passant par l'olé-

crâne), tandis que *Dupuytren* et *Velpeau*, tout en incisant de la même façon que le chirurgien ci-dessus, rapprochent l'incision latérale interne de l'olécrâne, pour éviter la gaine du nerf cubital. *Roux* incise la peau du coude en forme de **T** renversé; *Nélaton* en **L**, dont le long côté correspond au bord externe de l'humérus; *Park* fait l'incision encore aujourd'hui usuelle, médiane postérieure; *Chassaignac* fait également une incision unique, mais postéro-latérale externe; *Textor* (de Wurzburg) incise en forme de **V** dont les deux branches partant des condyles huméraux, vont se rejoindre au sommet de l'olécrâne, etc., etc.

Les uns ouvrent l'articulation en sciant l'humérus, puis luxent et scient les autres os ensuite; les autres sectionnent l'olécrâne à sa base, les uns mettent tous leurs soins à éviter le nerf cubital, les autres, tels que *Roux*, ne se laissent pas déranger par ce nerf et font presque comme s'il n'était pas là; mais tous ouvrent l'articulation aussi grande que possible et scient sans autre les extrémités articulaires constituant la jointure.

Ce qui est vrai pour le coude l'est aussi pour le genou et du reste pour les autres articulations, mais c'est pour cette dernière surtout que l'imagination des chirurgiens s'est ingéninée à trouver une incision idéale.

Park incise en croix les téguments au-devant de l'articulation fémoro-tibiale; *Moreau* pratique trois incisions autour de la rotule et commence par l'extirper. L'incision en **H** est de l'invention de *Jones* (de Jersey), et a été modifiée plus tard par Verneuil.

Mais, en général, les chirurgiens se sont ralliés à l'incision *unique*, la pratiquant verticale et médiane, comme *Ollier*, ou transversale, comme *Chassaignac*, *Langenbeck* et d'autres. *Heyfelder* a même été jusqu'à pratiquer une incision en **Z** à la face antérieure du genou. Au genou, comme au coude, le grand principe est d'abattre à la scie les extrémités articulaires des deux os, sciant les uns systématiquement en plein tissu sain, les autres se bornant à éliminer à la scie les parties manifestement en voie de désagrégation et laissant intacts les points simplement raréfiés situés au-dessus ou au-dessous des portions lésées. Pour *Holmes*, par exemple, le « tout enlever » était la règle, et il allait jusqu'à fixer mathématiquement sur le coude, par exemple, les points par où devaient passer les traits de scie. La rotule, de son côté, a été le sujet de nombreuses controverses. Faut-il l'enlever dans tous les cas, ou faut-il la laisser quand elle est saine ? Comme bien l'on pense, chacune des théories a eu ses partisans, les uns conservant, les autres enlevant toujours.

La technique des résections d'autres articulations que le coude et le genou n'a pas subi de changements dignes d'être signalés.

Nous ne pouvons et ne voulons pas, du reste, nous appesantir sur ce point, qui nous mènerait trop loin du but de ce travail. Il suffira de savoir que l'épaule et le poignet (le poignet surtout), la hanche et l'articulation tibio-tarsienne ont été également l'objet de la sollicitude des chirurgiens, et que ces derniers ont cherché et trouvé cent méthodes d'incision, toutes meilleures les unes que les autres.

Si nous nous sommes bornés à parler plus longuement du genou et du coude, c'est parce que ce sont aussi les deux jointures les plus fréquemment soumises au bistouri du médecin et dont l'importance n'échappe à personne.

Telles ont été, jusqu'en 1860, la théorie et la pratique des résections articulaires. L'on est surpris de voir avec quel calme et quel repos d'esprit l'on sacrifiait des extrémités osseuses pour des lésions souvent minimales et amenait ainsi des raccourcissements généralement notables, sans chercher à supprimer cet inconvénient. Tel est du moins ce qui ressort de la lecture d'une monographie de A. *Bonnet*¹ publiée en 1858, où l'on ne trouve rien de bien nouveau pour l'époque.

Nous devons cependant mentionner un fait que nous trouvons consigné dans un ouvrage de *Velpéau*² et qui nous donne une haute idée de l'intelligence, de la perspicacité et du savoir de l'un des pères des résections articulaires, de Moreau en un mot. Ce chirurgien, nous raconte *Velpéau* (page 178), eut déjà l'idée de pratiquer la résection partielle d'une extrémité articulaire pour lésions osseuses limitées, et cela non avec la scie, comme c'était la règle, mais avec la gouge et le marteau. Il s'agissait d'une résection du coude. Ce fait n'est, au reste, pas isolé dans la pratique de Moreau, car il raconte dans sa thèse

1. A. *Bonnet* : Nouvelles méthodes de traitement des maladies articulaires, 1858.

2. *Velpéau* : Nouveaux éléments de Médecine opératoire. Paris, 1832.

inaugurale¹ qu'il avait évidé deux pouces d'un tibia au cours d'une résection et ajoute que si l'on n'avait pas ce moyen d'enlever tout le mal, ces opérations seraient souvent si énormes qu'elles deviendraient impraticables. Il est donc bien évident qu'il se rendait déjà un compte exact des gros inconvénients inhérents à l'ablation d'une certaine quantité des os constituant une jointure ; et cependant son exemple n'a pas été suivi ; bien plus, il a été blâmé, et par Velpeau lui-même, qui déclare dans le même ouvrage que pour lui « l'ablation des extrémités malades dans leur totalité est la règle » ; cette désapprobation tacite et générale ou, mieux peut-être, cette indifférence pour une question aussi intéressante, a lieu de surprendre, et cela d'autant plus qu'elle n'a disparu que près d'un demi-siècle plus tard, si nous en exceptons les conseils que donne *Boyer*² dans son *Traité des maladies chirurgicales*. Il indique déjà que l'on doit ruginer et cautériser les lésions superficielles des os qui restent dans l'articulation après la résection des parties gravement atteintes.

Ces bons conseils, cependant, pas plus que ceux de Moreau, ne furent mis en pratique (il nous a du moins été impossible de trouver la preuve du contraire), et l'on est forcé d'arriver jusqu'à la moitié de ce siècle et au-delà pour voir faire un pas en avant à la question.

1. *Moreau* : Observations pratiques relatives à la résection des articulations affectées de carie. Thèse de Paris, 1803.

2. *Alexis Boyer* : Traité des maladies chirurgicales et des opérations qui leur conviennent. 1831, loc. cit., tome IV, p. 542.

C'est avec les premiers travaux de l'éminent chirurgien lyonnais, *M. Ollier*¹, en 1858, que cette fraction importante de la chirurgie reprend une vie nouvelle, un nouvel essor qui n'a fait dès lors que gagner en étendue. Par ses recherches remarquables sur la régénération des os et sa méthode de résection sous-périostée et sous-capsulo-périostée, qui en découle, *M. Ollier* a puissamment contribué à l'avancement de l'étude des résections articulaires. Il est un des premiers en France qui ait admis la possibilité de modifier la résection typique en résection partielle au moyen de curages à la gouge, sans toutefois la recommander, car, dit-il², la résection partielle d'une articulation est plus dangereuse qu'une résection totale, dans les ginglymes surtout, à cause des recessus et anfractuosités pouvant recéler du pus. Cette dernière objection, qui aujourd'hui paraîtrait puérile, grâce à la méthode antiseptique actuellement adoptée partout, pouvait avoir une certaine valeur à une époque où l'antisepsie était à peu près inconnue et où la moindre opération chirurgicale faisait courir à l'opéré des risques, auxquels on ne prend pour ainsi dire plus garde depuis que l'on est armé si efficacement contre la pyohémie et la septicémie, ces deux fléaux de l'ancienne chirurgie.

Langenbeck, cet illustre chirurgien allemand, servi à souhait par la guerre du Schleswig-Holstein, y acquit une expérience précieuse des résections arti-

1. *L. Ollier* : *Gazette hebdomadaire* du 31 XII 1858 et *Journal de physiologie*, 1859.

2. *L. Ollier* : *Traité expérimental et clinique de la régénération des os et de la production du tissu osseux*. Tome II, pages 366 et suiv.

culaires, expérience qu'il exploita plus tard pour les affections articulaires chroniques. La résection sous-capsulo-périostée, d'après la méthode d'Ollier, donna de beaux succès entre ses mains, et il la prône beaucoup, mais il est, comme son émule français, peu partisan de la résection partielle. Il semble pourtant l'avoir pratiquée, car il relate, dans un journal médical¹, un cas de résection du genou où il obtint une articulation mobile et fonctionnant admirablement bien au point de vue de la marche. Or, il est peu probable qu'il ait pu obtenir un pareil résultat après l'ablation à la scie des deux extrémités articulaires du genou. Nous n'avons pas pu retrouver le numéro du journal en question, ce qui nous empêche de nous prononcer catégoriquement sur le *modus faciendi* qui a présidé à cette opération. Ce n'est donc que par déduction que nous arrivons à la conclusion énoncée ci-dessus, ce qui lui enlève incontestablement de sa valeur.

Deux éléments d'une grande importance viennent environ à cette époque faire sentir leur influence bienfaisante à la chirurgie. Nous avons nommé l'anatomie pathologique et la méthode antiseptique de Lister. Celle-là, à vrai dire, n'était pas une nouveauté, mais son importance, longtemps méconnue par la clinique, avait repris quelque peu, depuis une dizaine d'années, la place qui lui revenait de droit. La clinique alors, prenant l'anatomie pathologique comme base, put modifier sa thérapeutique en connaissance de cause, se rendant un compte exact autant que pos-

1. *Langenbeck : Deutsch Klinik*, 1863.

sible des lésions qu'elle avait à combattre, lésions considérées antérieurement sous un jour tout différent.

Le second élément de progrès, la méthode antiseptique de Lister, en supprimant, ou du moins, en diminuant considérablement les dangers d'infection, contribua puissamment à faire opérer, là où quelques dix ans plus tôt, le bistouri eût été absolument pros- crit. Les opérations, rendues presque inoffensives, devaient se multiplier. Elles se multiplièrent dans tous les domaines et les résections articulaires ne furent pas les dernières à bénéficier de la thérapeu- tique nouvelle.

Guidé et soutenu par les deux facteurs chirurgi- caux dont nous venons de parler, le chirurgien devient de plus en plus conservateur.

Les résections subissent également une influence dans ce sens, et l'on voit se produire quelques petites modifications qui ne peuvent cependant pas être éri- gées en systèmes, étant donné leur peu d'importance. La résection articulaire typique règne en maîtresse, et les changements qu'elle subit ne sont pour ainsi dire que des bagatelles. Cependant le besoin de conserver autant que possible donne des idées qui, sans avoir porté des fruits immédiatement, ont été consacrées plus tard par la pratique.

Ainsi nous voyons *Sédillot*¹ reprenant les princi- pes de Moreau, peut-être sans le savoir, nous dire (vol. I, page 521) : « Les extrémités articulaires peu- vent aussi être évidées avec succès, et l'opération,

1. *Sédillot et Legouest* : Traité de médecine opératoire, bandages et appareils. 2 vol., 1870.

dans son ensemble, est simple et généralement exempte d'accidents », et quelques pages plus loin (vol. I, page 525) : « en règle générale, l'on doit éviter les désordres inutiles et borner la résection aux portions osseuses réellement malades et circonscrire, autant qu'on le juge possible, l'étendue des traumatismes ».

A peu près à la même époque où Sédillot donnait ces conseils, *Volkman*, à Halle, mettait en pratique cette manière de faire, ainsi que le démontre le rapport annuel¹ de la clinique chirurgicale de Halle de l'année 1873, qui nous dit (page 152) que : « Eine Anzahl brillanter Resultate wurde auch in diesem Jahre, mittelst der Ausschabung fungöser oder cariöser Gelenke erzielt, indess doch fast ausschliesslich bei Kindern. Ellenbogen und Knie liefern doch weit aus die günstigsten Resultate. Schulter und Hüftgelenk sind nicht zugänglich genug in der Mehrzahl der Fälle und am Fuss bleibt unserer Erfahrung gemäss, grosse Vorsicht nöthig. » Il cite dans ce même rapport un cas de résection du genou, où les condyles fémoraux sont coupés au couteau au-dessus du cartilage d'encroûtement, le fémur râclé sur une hauteur de 0^m,02; la cavité médullaire ouverte et râclée de telle façon qu'il ne reste plus qu'une mince couche de substance compacte. Le patient (c'était un enfant de 7 ans) a bien guéri à tous les points de vue, mais avec un raccourcissement de 0,^m035.

1. *R. Volkman* : Beiträge zur Chirurgie anschliessend an einen Bericht über die Thätigkeit der chirurgischen Klinik zu Halle in Jahr 1873.

Le jugement de Volkmann, que nous venons de citer, concernant les divers résultats, démontre à l'évidence que cette manière d'opérer lui est familière depuis assez longtemps. Il évite autant que possible l'ablation des extrémités osseuses en masse et se sert, pour enlever les parties articulaires pathologiques, soit osseuses, soit molles, de la curette tranchante, qui porte son nom, et concurremment avec elle des ciseaux courbes. Il râcle, nettoye les jointures, persuadé que les résultats sont meilleurs que ceux fournis par la résection typique.

Un travail publié par son assistant, M. Max Schede, en 1872, donne sans nul doute des renseignements sur cette manière d'opérer, mais nous n'avons pas eu la chance de le trouver.

Quelques années plus tard, paraît à Halle, une thèse¹, sous les auspices de Volkmann, qui expose la manière de procéder du clinicien prussien. L'on procède alors déjà, d'après ce que nous en dit l'auteur, exactement comme M. le professeur Julliard le fit quatre ans plus tard et le fait encore aujourd'hui : rugine, ciseaux, couteau, curette, mais peu ou pas de scie, et à ce propos M. Dahlmann² dit que : « Sous l'influence du trait de scie, l'os s'échauffe ; la sciure ne pouvant pas être enlevée absolument, agit comme des séquestres en miniature et peut gêner ainsi la guérison ».

Le célèbre chirurgien de Halle s'est fait une règle

1. *Max Schede* : Ueber den Gebrauch des scharfen Löffels. Halle, 1872.

2. *Franz Dahlmann* : Zur Resection des Kniegelenks. Inaugural-Dissertation. Halle, 1876.

du procédé et l'applique conséquemment, insistant surtout sur le nettoyage des os de l'articulation, sur le curage, l'ablation des foyers inflammatoires ou dégénérés siégeant sur les os, persuadé que les lésions de la synoviale sont toujours ou presque toujours la conséquence des lésions osseuses.

Il convient de parler à cette place d'une pratique de Volkmann, qui a été confondue fréquemment par des auteurs français surtout, avec le nettoyage articulaire complet avec ouverture large de l'articulation. Ce procédé consiste à se servir des fistules existant déjà, de les dilater avec le doigt et de pénétrer de cette façon dans l'articulation avec la curette, avec des tampons antiseptiques, des éponges montées, etc., et de faire un nettoyage aussi complet que possible. S'il n'existe pas de fistules, il fait de petites incisions dans l'articulation et continue comme avec les fistules. Grâce à ce procédé qui, je le répète, est confondu à tort avec la résection atypique pratiquée également couramment à Halle, Volkmann prétend avoir obtenu de très bons résultats.

Il cite¹ à ce propos le cas d'un enfant atteint de coxalgie, auquel il enleva, par un trajet fistuleux, des fongosités, des séquestres dans le trochanter et jusque dans le col du fémur. L'enfant ayant succombé quelques semaines après à une albuminurie, l'autopsie démontra que la cavité osseuse produite par la curette était comblée complètement, jusqu'au volume d'un petit pois siégeant sur le trochanter. Aussi, décon-

1. R. Volkmann : Die Resectionen der Gelenke (Sammlung Klinischer Vorträge ausgegeben von Prof. Dr. R. Volkmann in Halle n° 51) page 495.

seille-t-il fort la résection de la hanche chez les enfants et les jeunes sujets, tandis que chez les adultes, il résèque plus volontiers, ayant constaté que chez ces derniers le traitement conservateur et anti-opératoire de la coxalgie suppurée entraînait plus souvent la mort. Mais c'est surtout pour les affections de l'articulation tibio-tarsienne chez les enfants, qu'il recommande le procédé ci-dessus, tandis qu'il ampute plutôt selon Syme et Pirogoff chez les adultes. Pour les enfants, il prétend avoir fait l'expérience que, malgré une suppuration d'une année, même des cas des plus graves ont pu être guéris par cette méthode, sans résection ni amputation et avec conservation partielle des mouvements, en extrayant et en râclant consciencieusement avec la curette les parties cariées et les fistules, puis en drainant à travers ces dernières. « Les fistules, dit-il, sont tellement favorables à cette intervention dans cette région, que l'on peut facilement pénétrer avec la curette dans l'articulation, que de petites incisions rendent accessible, si les fistules ne le sont pas. De cette façon, la cuiller ramène souvent des masses de granulations en voie de dégénérescence, des portions considérables d'os ramolli et rencontre fréquemment des séquestres, déjà mobiles et détachés, de substance spongieuse, que l'on rencontre beaucoup plus fréquemment chez l'enfant que chez l'adulte. Le résultat immédiat ne diffère pas considérablement de celui de la résection propre, si ce n'est que les désordres sont beaucoup moins grands et produisent aussi une réaction moins longue, permettant une guérison beaucoup plus prompte et n'entraînent pas de déformation du pied ni raccour-

cissement. « Ich darf, dit Volkmann¹ à ce sujet, die Resultate, die ich mit Ausschabung an Kindern bei Caries des Fusses erzielt habe, geradzu glänzend nennen, und habe aus diesem Grund, wegen chronischer Caries des Sprunggelenks bei jüngeren Kindern Resection noch nie vorzunehmen nöthig gehabt, ebenso wenig, als ich bei ihnen jemals partielle Fussamputationen gemacht habe. »

L'on voit, par ces quelques lignes, ce qu'est ce *râclage simple* (ainsi qu'on l'a nommé), râclage qu'on a confondu avec l'autre, que Volkmann pratique également, confusion que nous avons tenté de faire disparaître par cette petite digression. Comme nous aurons à revenir sur le malentendu en question, nous avons pensé que ces lignes ne seraient pas de trop ici.

Les deux procédés de Volkmann ont eu des partisans, mais ils paraissent s'être ralliés au premier, à la résection atypique. Voici, entre autres, ce que dit M. le professeur *Bardenheuer*², de Cologne, à ce sujet : « Je ne puis malheureusement donner du *râclage simple* des articulations, le témoignage favorable qu'en donne Volkmann. Je me suis donné toutes les peines du monde pour découvrir les négligences que j'avais pu apporter dans la pratique de cette opération, mais cela ne m'a pas été possible. Je ne crains pas autant l'ouverture d'une articulation affectée de carie. L'expérience m'a, au contraire, appris que *l'ouverture et*

1. Loc. citat., page 327.

2. *Bardenheuer* : Indicationen zur Anwendung des scharfen Löffels. Cöln, 1876.

ensuite le râclage d'une articulation dans ces conditions donnent de bons résultats. »

*König*¹, l'ami et collaborateur de Volkmann, est également partisan du râclage et nettoyage articulaires. Il le recommande beaucoup dans son manuel de pathologie externe spéciale, publié en 1879, mais il en est moins enthousiaste que son collègue de Halle, et ne l'applique guère qu'aux enfants et aux sujets n'ayant pas dépassé la puberté.

A l'encontre de ce dernier, il attache une importance capitale à l'extirpation complète des fongosités et de la capsule articulaire qu'il *énuclée*, au genou par exemple, comme la poche d'un kyste thyroïdien. Depuis la publication de son ouvrage, *König* a cependant légèrement modifié sa manière de voir sur les lésions tuberculeuses, depuis l'introduction et l'emploi abondant de l'iodoforme, auquel il attribue des propriétés anti-tuberculeuses indubitables.

Il déclare avoir pu opérer, grâce à ce médicament, des jointures, à un âge beaucoup plus avancé qu'il ne l'eût osé auparavant, et que l'on peut être aussi plus économe des différentes parties de la jointure qu'avant l'emploi de l'iodoforme. Un passage extrait de sa monographie sur la tuberculose articulaire en dira plus long qu'une explication étendue : « Während² zunächst das Bestreben, eine möglichst gründliche Beseitigung des erkrankten Knochens und der inficirten Synovialis zu ermöglichen, zu verhältniss-

1. *König* : Lehrbuch der Speziellen Chirurgie. II Band. Berlin, 1879.

2. *König* : Die Tuberculose der Knochen und Gelenke (Sammlung Klinischer Vorträge von R. Volkmann, n° 214), 1882.

mässig ausgedehnten Operationen mit gründlicher Extirpation des gesammten Synovialsacks führte, sind wir jetzt durch das Iodoform wieder in die Lage gekommen, auch auf milderem Weg mehr zu erreichen als auf dem ebengedachten eingreifenden. Und wir sind durch die grössere Sicherheit, unter dem Schutz des Iodoforms die Heilung herbeizuführen auch wieder in der Lage, bei älteren Personen, Resectionen oder wenigstens resectionsähnliche Operationen mit Glück zu machen. Ganz besonders kommt dies den Gelenksresectionen zu Gute, welche bis dahin, von den meisten Chirurgen, wegen der Unsicherheit dessen, was man zu erreichen vermochte, *perhorrescirt* waren, wir meinen die Resectionen in Hand- und Fusswurzel. Erst jetzt ist die Entfernung des erkrankten Carpus eine Operation geworden, welche man ohne weiteres den besten Gelenksresectionen an die Seite stellen kann. »

Outre ces deux éminents chirurgiens allemands, d'autres praticiens ont également pratiqué la résection atypique des articulations en suivant leur exemple. *Hahn* avivait le cartilage articulaire au couteau chez les jeunes enfants ; le Dr *Jaffé*¹, à Hambourg, opérait comme *Volkman*. Voici ce qu'il dit à ce sujet : « Bei erwiesener Knochen- oder Gelenkstuberculose ist die Frühoperation am Platz ; sind die inneren Organe gesund und das Individuum jung so kann dabei conservativ verfahren werden (*Evidement, Arthrotomie, partielle oder totale Resection*), im anderen Falle ist die Amputation angezeigt. »

1. Dr *Jaffé* : Ueber Knochentuberculose (*Schmidts Jahrbücher*), 1883.

Comme on le voit, cet opérateur part des mêmes principes que M. le professeur Julliard, à Genève, ainsi qu'on le verra dans un chapitre suivant.

Mêmes règles, même pratique chez M. le professeur *Albert*¹, à Vienne (Autriche), qui dit : « qu'également la technique de la résection a changé : autrefois, l'on sciait simplement les extrémités articulaires des os après division des parties molles et l'important était fait ; la capsule restait intacte. Aujourd'hui, la résection typique est remplacée par l'atypique ; l'on n'enlève, autant que possible, que les parties malades, entre autres la capsule atteinte, tandis qu'aux extrémités osseuses l'on enlève par évidement, que les parties malades. » *Billroth* a également pratiqué la résection atypique, mais il n'en n'est pas chaud partisan, et il ne paraît pas s'être intéressé beaucoup à la question. Il est du moins très difficile de trouver quelque chose de lui dans la littérature à ce sujet.

Si la méthode a eu ses partisans, elle a eu certainement aussi ses adversaires, et sans vouloir les rechercher, je ne citerai que deux noms bien connus dans la chirurgie contemporaine. L'un est M. le professeur *Bruns*², de Tubingue, et le second M. le professeur *Maas*³, autrefois à Fribourg en Brisgau. Ces deux chirurgiens sont absolument opposés à la résection partielle, ainsi que le prouvent leurs écrits, que je ne citerai pas pour ne pas allonger. Malgré cette

1. *E. Albert* : Ueber Gelenksresectionen bei Caries. Wien. Klinik n° 4, 1883 (pages 85-100, Schmidts Jahrbücher, 1883).

2. *Bruns* : Mittheilungen aus der chirurgischen Klinik zu Tubingen (Schmidts Jahrbücher, 1885, vol. 207, page 303).

3. *Maas* : (Schmidts Jahrbücher, vol. 7, n° 7, 1886).

opposition, l'on peut dire, d'après la littérature, que la résection atypique est une méthode qui a généralement cours en Allemagne, et qu'elle pourrait bien y supplanter un jour la résection classique.

Il en est autrement en France, où les tentatives de ce genre ne se trouvent qu'isolées et peu nombreuses. Les chirurgiens français paraissent ne pas s'être occupés beaucoup de la chirurgie des os et des articulations au point de vue opératoire, depuis les admirables recherches d'Ollier et la publication de son livre sur la régénération des os, œuvre cependant bien faite, semble-t-il, pour stimuler l'intérêt que doit éveiller une pareille question et qui paraît avoir eu, même en Allemagne, plus de retentissement que dans sa propre patrie. Beaucoup de travaux ont paru en France, mais bien peu offrent des faits importants et nouveaux sur le chapitre des résections articulaires. Partout, ou à peu près, l'on scie systématiquement les os et l'on ne parle guère de nettoyages articulaires ou de résections atypiques.

En 1872, le D^r Augé¹ proposait la conservation de l'olécrâne dans la résection du coude, afin de conserver à l'avant-bras l'extension active, et pour cela il engageait à un râclage, à un évidement de cette apophyse quand elle est atteinte, s'inspirant pour cela, probablement, des leçons de Sédillot.

Pendant plusieurs années, l'on ne trouve la trace d'aucun changement appréciable apporté à la méthode conservatrice dans les résections articulaires, et il faut arriver jusqu'en 1879, où M. le professeur

1. D^r Augé : De la résection du coude. Thèse de Paris, 1872.

Letiévant¹, chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu de Lyon, publie un petit travail sur l'abrasion articulaire.

L'auteur propose, dans cette étude, pour les tumeurs blanches à lésions osseuses peu étendues, d'attaquer par de larges incisions les fongosités de la synoviale et de les détruire radicalement, se basant sur cette opinion, que dans les arthrites fongueuses, ce sont les fongosités qui sont le point de départ et les lésions osseuses seulement la conséquence, et qu'elles n'attaquent les extrémités articulaires que lorsqu'elles ont atteint une certaine extension.

« Il me paraît inutile, dit M. Letiévant, *dans ces cas*, de sacrifier une masse osseuse parce qu'elle est entourée d'un fungus, qui a légèrement altéré sa surface. Il se trouverait même, ce que je n'ai pas observé, des fongosités profondes, il faudrait évider, sans pour cela amputer ou réséquer. *Enlever le mal, rien que le mal. Respecter ce qui est sain, tout ce qui est sain.*

« En agissant ainsi, on doit obtenir : 1° une *économie* pour l'organisme dans le travail de réparation ; 2° une *adaptation exacte* des surfaces articulaires laissées dans leurs rapports normaux ; 3° la *conservation* plus complète des *capsules articulaires* ligamenteuses qui seront à peine intéressées ; 4° une *précision dans les mouvements* que les méthodes en usage ne donnent pas habituellement. »

A l'appui de ces théories, il publie cinq observations de cette opération. Toutes portent sur de jeunes sujets ; le plus âgé avait 33 ans et les autres n'avaient pas

1. Dr Letiévant : Nouvelle méthode d'opération des tumeurs blanches ou abrasion intra-articulaire, ou encore arthroxésis (*Lyon médical*, XI, 1879).

20 ans ; dans tous les cas, l'abrasion a été pratiquée sur le coude pour des tumeurs blanches. Malheureusement, ces observations sont très incomplètes, sauf la première, et les résultats peu brillants. La première observation seule, donne comme résultat une guérison ; dans trois autres, les malades ont encore des fistules ; la cinquième enfin, ne parle que de l'opération et pas de la terminaison. Aussi est-on étonné de voir M. Letiévant parler, en terminant, de ces cinq cas comme étant « tous heureux », alors qu'il ne peut juger que d'après une seule guérison la valeur de la méthode. Son jugement est au moins prématuré, quoique nous soyons persuadés de l'excellence du procédé, qui est du reste celui que nous défendons. M. Letiévant réclame la priorité de l'invention et prétend en outre l'avoir érigée le premier en système, déclarant, comme du reste après lui, son élève M. de Laprade et M. le D^r Poinso, de Bordeaux, que son procédé n'a rien de commun avec celui de Volkmann, qui se borne, disent ces Messieurs, à râcler les articulations à travers des trajets fistuleux, naturels ou artificiels.

La manière de voir de ces chirurgiens est évidemment erronée et ne peut reposer que sur des renseignements incomplets ou incompris. Nous avons vu d'abord qu'en 1873 le chirurgien de Halle mettait déjà en pratique la résection atypique. Ensuite, le travail¹ même sur lequel se basent ces Messieurs pour différencier leur système de celui qu'ils croient employé exclusivement par Volkmann, contient la preuve évi-

1. R. Volkmann : Die Resectionen der Gelenke (Sammlung Klinischer Vorträge, n° 51).

dente qu'ils ont mal lu ou mal compris, et cette preuve, la voici¹ : « Bei der Absägung der Kniegelenksephysen, hat man, wie schon erwähnt, so sparsam als es irgend thunlich zu verfahren. Namentlich genügt es oft, von der Tibia nur eine *Pappdeckel dicke Schicht* abzutragen, oder ihre *oberflächlichsten Schichten* mit dem *scharfen Löffel abzukratzen*, während man allerdings auf der anderen Seite, die noch vorhandenen Reste der semi-lunare Knorpel sorgfältig mit Scheere und Pincette herauslöst », et dans la même étude il recommande expressément de mettre de côté la scie chez les jeunes sujets et de prendre la curette et le couteau. « L'on peut impunément, dit-il, curer les foyers d'ostéite de l'épiphyse, puis traverser avec une curette fine le cartilage de conjugaison, nettoyer la diaphyse et lui enlever ses tissus pathologiques sur une assez grande hauteur, et cette opération est encore préférable à une résection étendue ». L'on trouve du reste encore ailleurs, dans les travaux de Volkmann, des preuves suffisantes de l'erreur que nous signalons, et celui qui en désire davantage n'aura qu'à lire son travail sur les arthrites fongueuses².

Un chirurgien français, M. *Aubert*³, a du reste également démontré à M. Letiévant lui-même, dans une séance de la Société des sciences médicales de Lyon, qu'il n'avait pas droit à la priorité qu'il revendiquait, puisqu'il avait vu pratiquer cette opération à M. Bill-

1. Loc. citat., p. 315.

2. *R. Volkmann* : Ueber den Character und die Bedeutung der fungösen Gelenkentzündung (Sammlung Klinischer Vorträge, 168-169).

3. *Lyon médical* : Novembre 1879 (p. 382).

roth, et que lui-même ne faisait pas autre chose à l'Antiquaille.

Mais en voilà assez sur une question accessoire en somme, et qui nous a peut-être trop écartés de la question.

Peu après M. Letiévant, son élève M. de Laprade¹, rapporte, dans sa thèse inaugurale, huit cas d'abrasion articulaire, dont quatre appartiennent à M. Letiévant, et ont été publiés par ce dernier, comme nous l'avons dit plus haut, dans le *Lyon médical* de 1879. Nous ne reviendrons pas sur ceux-ci. Quant aux quatre autres observations, propres à M. de Laprade, nous sommes obligés d'en dire la même chose que de celles de son maître. Elles sont incomplètes, ne disent rien d'un résultat éloigné, et sont peu satisfaisantes au point de vue du résultat immédiat, puisque sur quatre opérés, dont trois n'avaient pas 20 ans et un 34, un seul a guéri complètement; les autres suppurent encore au moment où l'auteur écrit, et cela plusieurs mois après l'opération.

En somme, là aussi rien de concluant ni de bien nouveau, si ce n'est que les opérations ont porté une fois sur l'articulation tibio-tarsienne, une fois sur l'articulation métatarso-cunéiforme, une troisième sur le genou et une quatrième sur le coude, et toutes pour arthrites chroniques suppurées.

M. de Laprade ne donne en outre qu'un manuel opératoire rudimentaire. Il recommande tout un arsenal de crochets mousses pour la synoviale et les os, de curettes de toutes les dimensions, de ciseaux droits

1. *De Laprade*: Traitement de l'arthrite fongueuse par l'abrasion intra-articulaire. Thèse de Paris. Août 1880.

ou courbes, rugines, spatules, sondes cannelées, écarteurs, et enfin de bistouris de formes variées. Il opère antiseptiquement, râcle d'abord les fongosités extra-articulaires, puis intra-articulaires, soit sur la synoviale, soit sur les os, et cela de façon à ne pas laisser une seule fongosité en arrière, quitte à consacrer une ou deux heures au nettoyage. Il négligera une ostéite superficielle et « espère triompher des modifications morbides, puisque la lésion produite aura été combattue dans son siège primitif », mais l'auteur ne nous dit pas du tout comment il agit dans des cas de foyers osseux circonscrits, lorsque ceux-ci présentent un contenu caséeux ou simplement des fongosités, ainsi que cela se voit cependant fréquemment. C'est, à notre sens, une lacune sérieuse de ce travail, que deux de ses observations comblent à peine en nous montrant que l'auteur a râclé à la curette des os atteints de lésions relativement profondes. Etant donné le petit nombre de cas que M. de Laprade relate dans sa thèse et l'ignorance complète où il est de leur terminaison définitive, nous nous dispenserons de parler des conclusions qu'il en tire comme étant trop précipitées et par conséquent pas assez démontrées.

Il convient de parler ici d'un travail paru en mai 1881 dans la *Revue de Chirurgie*, par M. le D^r G. Poinsot¹, de Bordeaux. Ce praticien y analyse et juge d'une façon très sévère les deux études dont nous venons de parler et dont il trouve surtout les conclusions par trop prématurées. Il publie en outre une observa-

1. G. Poinsot : Note sur l'arthroxesis ou abrasion intra-articulaire (*Revue de Chirurgie*, mai 1881).

tion personnelle d'une arthrite chronique fongueuse du genou sans lésions osseuses pour laquelle il pratiqua l'abrasion intra-articulaire. Le patient, jeune homme de 22 ans, fut opéré le 21 septembre 1880 et quitta l'hôpital, complètement guéri, le 27 décembre 1880. Les fongosités furent abrasées aux ciseaux et râclées, autant que possible, à la curette de Volkman, de façon à enlever la plus grande partie du tissu fongoïde, et enfin l'articulation fut lavée avec une solution de chlorure de zinc au 12^{me}. Inutile de dire que l'opération fut pratiquée avec l'antisepsie la plus rigoureuse. Le patient, revu en février 1884, se portait très bien et la marche était aisée, même sans appui.

Pour M. Poinso, l'opération comporte trois temps capitaux : 1^o *Ouverture large de l'articulation* ; 2^o *Râclage des fongosités* ; 3^o *Désinfection énergique au chlorure de zinc*.

C'est sur ce dernier point qu'il insiste surtout, expliquant que l'agent chimique agit comme caustique d'abord sur des fongosités désagrégées par la curette et par ce fait très susceptibles de se laisser modifier par lui, comme antiseptique énergique ensuite, empêchant la suppuration consécutive de la jointure. « ... C'est pour n'avoir pas senti l'importance d'une désinfection énergique à l'aide d'un agent doué également de propriétés caustiques, que le chirurgien lyonnais a vu les accidents inflammatoires se produire, la suppuration persister, et des trajets fistuleux se maintenir », dit M. Poinso, et il déclare que la prétention de détruire absolument toutes les fongosités à la curette, comme le veut M. Letiévant, est pour le

moins excessive, et dans certaines articulations, impossible, tandis que le chlorure de zinc peut pénétrer et faire sentir son action partout. L'emploi de cet agent chimique, ajoute-t-il, a largement cours du reste en Allemagne, chez Volkmann et Socin surtout. Ollier¹, dans une étude publiée également dans la *Revue de Chirurgie*, nous montre que l'arthrotomie, avec nettoyage de la synoviale et curage des extrémités articulaires, est une pratique dont il use lui aussi, mais d'une façon restreinte. Ce procédé doit être la règle pour les enfants, et il recommande instamment de se garder d'une résection *véritable*, à cause des inconvénients et des dangers qu'elle entraîne pour l'accroissement ultérieur des os.

Ayant mis en pratique la résection atypique chez un adulte cependant, l'auteur déclare ne pas l'aimer beaucoup, pour le genou surtout. « Nous ne voulons pas, dit-il², comparer aujourd'hui ces arthrotomies avec abrasion articulaire à la résection du genou. Ce sont, pour certains cas, des opérations rationnelles, mais qui, comme toutes les opérations économiques, exposent aux récidives. Il faut *se méfier* des râclages et des abrasions superficielles des os malades. Nous les pratiquons surtout chez les enfants. »

C'est surtout à l'endroit des arthrites fongueuses de nature tuberculeuse, qu'il est sceptique, et l'on doit, selon lui, intervenir après le nettoyage complet de la jointure, encore avec le fer rouge. Dans son

1. L. Ollier : De la résection du genou (*Revue de chirurgie*, avril 1883).

2. Loc. citat., p. 276.

3. Loc. citat., page 279.

discours ¹ au Congrès international de Copenhague, le 11 août 1884, Ollier fait encore davantage de restrictions pour la résection atypique et le nettoyage articulaire pour lésions tuberculeuses et les proscrit totalement ou à peu près chez les adultes, si nous avons bien compris son discours et ses conclusions. « L'idée d'enlever le moins possible (page 199, conclusion VI), doit toujours guider le chirurgien ; mais, appliquée à la généralité des lésions tuberculeuses, cette idée conduirait aux plus déplorables erreurs thérapeutiques », dit-il vers la fin de son discours, et il continue : « Parmi les opérations conservatrices, l'arthrotomie, l'abrasion, l'évidement, la tunnelisation des os, qui donnent chez l'enfant de si bons résultats, ne doivent être entrepris chez l'adulte qu'avec la plus grande réserve. Lorsqu'il s'agit de lésions manifestement tuberculeuses, il faut enlever toute l'extrémité osseuse pour obtenir une guérison plus rapide et plus complète », et il ajoute plus loin, pour expliquer cette manière de voir, que c'est parce que les résections atypiques favorisent la généralisation de la tuberculose davantage que les résections typiques. Sauf pour les lésions tuberculeuses, il est en somme conservateur, et tout en préférant sa méthode de résection sous-capsulo-périostée, il reste cependant fidèle aux principes de la chirurgie conservatrice : « Il ne faut pas enlever tout ce qui est malade, mais seulement tout ce qui ne peut redevenir sain » ; telle est la manière de penser qu'il émet dans son dernier

1. L. Ollier : Des opérations conservatrices dans la tuberculose articulaire (Arthrotomie, évidement, résection typique). *Revue de Chirurgie*, mars 1885.

ouvrage¹ (encore incomplet du reste), et qui prouve suffisamment notre dire.

En même temps qu'Ollier communiquait dans la *Revue de Chirurgie* (avril 1883) les résultats des résections du genou, faites par lui à la clinique chirurgicale de Lyon, un autre chirurgien français, M. *Nepveu*², recommandait le curage et le nettoyage de l'articulation du poignet par opposition à la résection totale, afin d'en améliorer les résultats fonctionnels, suivant en cela la méthode de König, qui ne résèque jamais le poignet, mais va le râcler à fond avec une grosse et forte curette ronde. Les résultats obtenus de cette façon paraissent être excellents.

Malgré nos recherches, nous ne sommes pas parvenus à trouver, chez d'autres auteurs français, des indices permettant de conclure que la résection atypique leur soit familière. Nous sommes cependant persuadés que la littérature chirurgicale française contient en grand nombre des faits relatifs à ce sujet, et si nous les omettons, c'est parce que la chance n'a pas voulu nous les laisser entrevoir.

La littérature nous apprend qu'en Danemark la résection atypique a également été pratiquée. M. le professeur *Saxtorph*, à Copenhague, en a publié un cas entre autres, des plus heureux. Il s'agissait d'une tumeur blanche, mais sans lésions cartilagineuses et qui guérit parfaitement bien au bout de trois mois ; le patient marchait très bien. A ce propos, l'auteur dit qu'il nettoie également à la curette les foyers

1. L. Ollier : *Traité des Résections*, 1 vol. in-8. Paris, 1886.

2. *Nepveu* : Contribution à la résection pathologique du poignet. *Revue de Chirurgie*, mai 1883.

osseux et que s'il ne l'a pas fait dans ce cas, c'est qu'il n'y avait pas lieu de le faire.

En Angleterre, les nettoyages articulaires, tels que nous les comprenons, n'auraient guère eu de succès, si nous en croyons M. de Laprade¹, qui ne cite que Annandale, chirurgien à Edimbourg, comme ayant pratiqué des arthrotomies, et encore seulement dans le but d'explorer la jointure. Lister lui-même n'aurait fait des arthrotomies que pour des corps mobiles articulaires, des hydarthroses ou enfin des résections typiques.

Notre ignorance totale de la langue anglaise ne nous permettant pas de contrôler le fait, nous le donnons pour ce qu'il vaut, bien persuadés cependant que le nettoyage articulaire n'est pas une « terra incognita » pour un Lister et d'autres éminents opérateurs anglais. Un médecin de nos amis, M. le Dr Andreae, connaissant personnellement Lister, et ayant suivi sa clinique pendant longtemps, nous a affirmé qu'au contraire, la curette et le couteau étaient les instruments favoris de l'illustre chirurgien, et que pour les opérations articulaires, il s'en servait plus fréquemment que de la scie.

Nous trouvons dans un ouvrage², paru récemment en Amérique, la preuve évidente que le curage des articulations est connu non-seulement à New-York (Bellevue-Hôpital), mais aussi à Londres. « Cette méthode, dit M. Sayre, que j'employais depuis plus de

1. Vid., page 20, loc. citat.

2. L. Sayre: Vorlesungen über orthopedische Chirurgie und Gelenkkrankheiten; zweite Auflage. Autorisirte deutsche Uebersetzung von Dr F. Dumont, Assistenzarzt an der chirurgischen Poliklinik in Bern. Wiesbaden, T.-F. Bergmann, 1886.

vingt ans, est en bon train d'être adoptée à Londres, ainsi que je puis le constater avec plaisir. M. H. Bryant, le chirurgien bien connu de l'hôpital Guy, à Londres (raconte M. Sayre dans son ouvrage), faisait les communications caractéristiques suivantes dans un travail publié dernièrement dans le *Lancet*, sur : *Du sacrifice le moindre possible de parties du corps, érigé en principe de la chirurgie opératoire.* . « Par cette série de cas, je crois avoir démontré et prouvé assez clairement la valeur du procédé que je voudrais introduire, par lequel, dans un grand nombre d'affections articulaires, la guérison peut être obtenue par une simple incision de l'articulation malade et l'ablation de l'os nécrosé. La série des cas porte sur toutes les articulations possibles, et je crois ne pas me tromper beaucoup en prétendant que, dans bon nombre, si ce n'est dans tous les cas, maint chirurgien, — et particulièrement ceux qui sont tout enthousiastes de la résection — eussent *réséqué*, et quelques-uns même *amputé*. »

En voilà assez, pensons-nous, pour convaincre le plus sceptique, et pour prouver que, si cette méthode opératoire n'est peut-être pas absolument courante en Angleterre, elle y est du moins connue et pratiquée. M. *Winiwarter*¹, professeur de clinique chirurgicale à Bruxelles, recommande également le curage des articulations en général, du poignet, du coude-pied et du coude en particulier. Ce chirurgien est convaincu que ce système se généralise, mais on n'en voit rien, on n'en parle pas, dit-il, ce qui est un grand

1. *Billroth und Winiwarter* : Pathologie et thérapeutique chirurgicales, 2^{me} édition française d'après la 12^{me} allemande. Paris, 1887.

tort à notre avis, ce silence nous privant de renseignements des plus importants pour le traitement et la statistique. Il croit avoir indiqué, en résumé, l'état actuel de la question et nous dit, comme conclusion (page 656) : « En général, on cherche moins aujourd'hui qu'autrefois à obtenir un pseudo-arthrose mobile après la résection ; par suite, on fait aussi beaucoup plus rarement la résection typique totale ; mais on se borne à enlever partiellement, à râcler soigneusement l'os atteint de carie et à extirper la capsule synoviale fongueuse avec les précautions antiseptiques usuelles, dans le but d'obtenir une ankylose aussi vite que possible et avec le moins de suppuration possible (*arthrectomie*). »

Enfin, en terminant cet historique, peut-être déjà trop long, nous sommes obligés, pour être complet, de citer le dernier écho, relatif à la question et qui nous vient du dernier congrès des chirurgiens allemands, où le professeur *Petersen*, chirurgien de Kiel, se prononçait absolument contre les résections du genou chez les enfants, en démontrant les inconvénients, qui sont d'autant plus grands que l'enfant est plus jeune : l'arrêt d'accroissement, lorsque le cartilage de conjugaison est intéressé, l'atrophie et même, lorsqu'il n'y a pas d'ankylose, les déviations consécutives. Il conclut en donnant la préférence de beaucoup à l'arthrectomie, autrement dit au procédé que nous étudions aujourd'hui.

Pour ce qui est de la clinique chirurgicale de Genève, la résection atypique y a fait son apparition en 1880 et ne l'a plus quittée depuis lors. Ce sont

précisément les cas de nettoyages articulaires qui s'y sont faits que nous publions aujourd'hui.

L'opération, en elle-même, n'a pas subi dès lors de modifications appréciables.

Au moment de mettre sous presse, nous lisons dans la *Semaine médicale*¹, que l'arthrectomie est aussi connue en Italie, et que même elle est pratiquée ordinairement à Rome. En effet, M. Mugnasi, chirurgien de cette ville, relate, à la quatrième réunion de la Société italienne de chirurgie, tenue à Gènes du 4 au 7 avril 1887, 12 cas d'arthrectomies ou nettoyages articulaires, et formule des conclusions analogues à celles que nous émettons.

Nous apprenons enfin, par un travail de M. le Dr Dumont², que M. le professeur Dr Kocher, de Berne, par une nouvelle manière d'inciser, attaque l'articulation coxo-fémorale par sa partie postérieure, ce qui lui permet, paraît-il, dans les cas appropriés, de mettre l'articulation au bénéfice d'un vrai nettoyage (page 227, loc. cit.), au lieu de réséquer dans tous les cas, selon la méthode classique.

1. *Semaine médicale*: 13 avril 1887.

2. Dr Dumont, de Berne: Die Resection des Hüftgelenks nach Kocher (*Correspondenzblatt für schweizer Aerzte*, n° 8, 15 avril 1887).

CHAPITRE II

Indications à l'opération.

Nous n'avons pas l'intention de récapituler les indications aux résections (elles se trouvent du reste dans tous les manuels de chirurgie), mais simplement d'exposer quels sont les facteurs qui servent d'indications à l'opération dans le service de M. le professeur Julliard, à l'Université de Genève.

L'âge du patient est la première chose à considérer. Cette question, si importante que je n'hésite pas à la taxer de capitale, a passionné les chirurgiens et suscité entre eux des discussions interminables. Le sujet en valait la peine, puisque c'était de lui que devait dépendre la vie de bien des gens, ou tout au moins l'utilité du membre opéré. Il a perdu un peu de son ancienne gravité, sans cependant perdre pour cela de son intérêt pratique et scientifique, depuis que la résection typique a dû céder une bonne part de sa place aux nettoiyages articulaires.

En effet, les désordres moins grands et les dangers moindres auxquels sont exposés par cette dernière manière d'opérer le membre et le patient, permettent d'intervenir à un âge plus tendre que lorsqu'il s'agissait d'une résection typique. sacrifiant sans pitié des extrémités articulaires entières et provoquant des arrêts d'accroissement formidables.

Le curage des os constituant l'articulation, ne lésant que fort peu les éléments d'accroissement du membre, il est évident que l'on n'a plus à tenir un compte si sévère de la jeunesse du sujet, comme le fait Ollier pour les résections chez les enfants, qu'il ne résèque jamais, dit-il¹, au-dessous de 8 ans. Comme on le verra par les observations, M. le professeur Julliard ne se laisse par arrêter par l'âge, témoin le patient de l'observation n° XV, qui n'était âgé que de 3 ans, et dont la guérison a été parfaite. C'est plutôt pour les adultes que l'on est très circonspect à la clinique chirurgicale de Genève, où, sauf pour le coude parfois, l'on n'opère plus de résection atypique passé 25 ans. Il y a évidemment des circonstances qui peuvent modifier un peu ces règles. Un état cachectique prononcé fera remettre l'opération ou bien en changer la nature, tandis qu'un développement incomplet, un organisme infantile pourront reculer la date prescrite habituellement, mais ce ne sont, à l'heure qu'il est, que des exceptions.

En résumé, l'âge réglementaire est de 2 à 25 ans ; en dehors de cela, toutes les résections atypiques ne sont que des exceptions, motivées par une raison sérieuse quelconque.

Les régions supérieures du corps sont, comme chacun le sait, douées d'une vitalité plus intense que les inférieures, et par conséquent plus susceptibles de guérir, de se régénérer que ces dernières, aussi

1. *L. Ollier* : De la résection du genou. *Revue de chirurgie*, avril 1883 (page 270).

préférons-nous opérer, et en particulier nettoyer plutôt les articulations du membre supérieur que les autres. Là où une amputation de cuisse deviendrait nécessaire pour arthrite chronique du genou, une résection partielle ou atypique peut encore se faire avec succès au coude par exemple. Telle est du moins la théorie basée sur des faits similaires, mais que le manque de cas y relatifs nous a empêchés de contrôler pratiquement, et si parmi nos observations l'on ne rencontre aucun cas de nettoyage de l'épaule, du poignet, de la hanche et du coude-pied, c'est que la chance nous en a privés, mais ces diverses articulations subiraient certainement la même opération que le coude ou le genou. Ce sont ces deux charnières qui ont fourni le plus de cas à opérer, mais l'articulation scapulo-humérale est parfaitement conditionnée pour ce genre d'intervention. Le poignet offre autant d'avantages à ce point de vue, et si nous n'avons pas pu en faire l'expérience, Nepveu, König et d'autres l'ont faite et d'une façon concluante. L'articulation tibio-tarsienne est également justifiable des nettoyages que nous recommandons, mais là surtout on devra être fort circonspect, se rendre un compte aussi exact que possible des lésions, de l'état général et compter avec l'âge, car si au coude l'on peut étendre les limites prescrites, ici l'on sera bien souvent forcé de les restreindre, sans aller jusqu'ou va Volkmann¹, qui pratique dans ces cas presque toujours l'amputation partielle du pied selon Pirogoff ou Syme chez les adultes. — La hanche, par contre, est la

1. R. Volkmann : Die Resektionen der Gelenke (Sammlung Klinischer Vorträge, n° 51, page 326 et suivantes).

moins propice de toutes les jointures pour ce genre de résection, sans être pour cela plus justifiable d'une résection classique. — Comme Volkmann¹, nous pensons qu'on ne doit pratiquer cette dernière que comme *ultima ratio*, et lorsque le malade est voué sans cela à une mort certaine. Il conseille alors de préférence les raclages par des trajets fistuleux. Inutile de dire, en passant, que les petites articulations se trouvent également bien des nettoyages, surtout celles de la main.

A quel degré d'une arthrite chronique devons-nous faire un nettoyage de l'articulation ? La solution de cette question dépend naturellement avant tout de la nature de la lésion. En thèse générale, pour des arthrites tuberculeuses, une intervention prompte est de règle (j'admets le diagnostic sérieusement établi), tandis qu'une tumeur blanche non tuberculeuse pourra peut-être rester plus longtemps sous l'influence de traitements appropriés, si tant est que ces arthrites, que l'on qualifie parfois de scrofuleuses, ne sont pas également tuberculeuses, comme le prétendent beaucoup d'auteurs. Une ostéo-arthrite chronique purement inflammatoire, non diathésique devra être respectée, et l'on n'opérera que lorsqu'il sera certain que tous les autres moyens sont impuissants à guérir le patient. On donnera une extension encore plus grande à cette manière de faire si l'on est en présence d'une affection positivement rhumatismale. L'état général du patient, sa constitution médicale, influent aussi d'une manière prépondérante sur la décision à

1. R. Volkmann : Loc. citat., page 294.

prendre. Aux grands maux les grands remèdes, dit le proverbe, et ici il trouve son application. Il est évident qu'en présence d'un individu débilité par une arthrite ou par une autre affection coexistante, l'indication d'opérer devient plus pressante que pour un sujet dont l'organisme ne paraît pas avoir souffert d'une façon notable. Toutes les indications à la résection typique dépendant de l'état général, sont absolument applicables au nettoyage articulaire, en d'autres termes que l'on résèque d'une façon ou de l'autre, ces indications-ci restent les mêmes. Nous devons cependant dire, à l'avantage du nettoyage articulaire, qu'il est bien des cas où l'état général n'autoriserait plus une résection typique, alors qu'une atypique serait encore parfaitement justifiée, le malade étant trop faible pour faire les frais de la guérison de la première ; si la seconde des deux méthodes peut encore être employée, c'est grâce à l'antisepsie et aux désordres moins grands qu'elle provoque dans la jointure.

Quant au degré d'étendue des lésions en lui-même, nous pensons que dans tous les cas où une résection typique serait indiquée, un nettoyage de l'articulation l'est aussi et la remplace avantageusement. Mais nous pouvons, nous devons même (lorsqu'on est en présence d'une affection vraiment tuberculeuse ou suspecte de tuberculose surtout), intervenir avec le couteau et la curette dans bien des cas où l'on n'oserait pas encore penser à une résection typique. L'on voit, d'après ce que nous venons de dire, qu'il est impossible de fixer nettement le moment où les lésions

anatomiques réclament notre intervention, intervention qui est soumise à une foule de considérations importantes et qui, justifiée dans un cas, ne l'est plus dans l'autre, toutes lésions anatomiques égales d'ailleurs.

CHAPITRE III

Manuel opératoire.

Le lecteur sera peut-être surpris de lire, sous ce titre quelque peu pompeux, la description d'un procédé opératoire qu'il connaît parfaitement et qui ne lui apprendra rien de nouveau. Nous n'avons pas non plus la prétention de donner quelque chose d'inédit, mais seulement d'indiquer rapidement comment procède habituellement à la clinique chirurgicale de l'Université de Genève, son chef, M. le professeur Julliard, et si nous consacrons à cette partie du sujet un chapitre spécial, c'est afin d'éviter des redites toujours ennuyeuses dans la publication des observations.

Ce que nous allons exposer doit être considéré comme le schéma, la règle, l'esprit qui ont présidé depuis quelques années, et qui président encore, à l'heure qu'il est, aux opérations dont nous nous occupons.

Les indications à l'opération, suivant les principes que nous donnons ailleurs, une fois bien posées, l'on y procède comme suit. Les instruments sont préparés d'avance et comportent :

Un fort bistouri, des ciseaux droits et courbes, des pinces à dissection, une gouge, un maillet, quelques

curettes tranchantes de dimensions variables à tige solide, fortement emmanchées, généralement courtes et des rugines tranchantes. La scie est prête également, au cas où des lésions osseuses, décidément trop étendues, ne permettraient plus de restreindre aux autres instruments l'intervention chirurgicale et où l'on devrait procéder séance tenante à l'amputation.

Des pinces à forcipressure, système Péan, une forte aiguille courbe à manche fixe, système Julliard, voilà tout l'arsenal. Le thermo-cautère de Paquelin est également sous la main.

Le pansement, comme pour toute autre opération, est préparé d'avance et maintenu à l'abri de l'air.

Le malade, étendu sur la table, est endormi avec de l'éther, narcose réglementaire dans cette clinique. Le membre malade est élevé en l'air, pour le vider de son sang autant que possible, puis le bandage élastique d'Esmarch est appliqué. L'on se dispense cependant, presque toujours, de la bande élastique dans les cas d'arthrites suppurées chroniques ; de même, lorsque l'on est certain d'avoir affaire à des lésions de nature tuberculeuse, on se borne alors à l'élévation du membre et à la constriction avec le tube en caoutchouc.

La région opératoire, ainsi que les parties avoisinantes, sont ensuite lavées avec du savon et la brosse à ongles sous un jet de solution phéniquée au 5 % ou 3 %. La force de la solution est diminuée suivant la jeunesse des sujets, et pour les petits enfants, l'on se sert généralement de thymol. La pulvérisation de solution phéniquée avec le spray n'a pas lieu dans

tous les cas ; elle est régulièrement négligée lorsqu'il existe des fistules.

L'incision des parties molles se fait avec un fort bistouri et est généralement unique pour l'épaule, le coude, le genou, la hanche, etc. Parallèle à l'axe du membre dans les trois premiers cas, médiane et postérieure pour le coude (quelquefois en baïonnette d'après le procédé d'Ollier), elle est transversale pour le genou, allant d'un condyle à l'autre, formant ainsi un lambeau supérieur à convexité inférieure. La section du tendon rotulien, au-dessous de la rotule, est la règle.

Les ligaments latéraux dans les ginglymes sont divisés, et la capsule articulaire incisée suivant l'axe de l'incision cutanée pour les énarthroses.

Au genou, les ligaments croisés, également sectionnés, permettent ainsi une exploration complète de l'article.

Les extrémités articulaires, une fois luxées et faisant saillie dans la plaie, deviennent l'objet d'une véritable sculpture et suivant les cas, les divers instruments tranchants trouvent leur emploi.

Est-on en présence de foyers circonscrits d'ostéite, de foyers caséux dans l'os, ou d'ostéite raréfiante limitée à une petite surface, la curette tranchante en fera justice par un évidement ou un raclage consciencieux. Une lésion des condyles, en surface par exemple, sera éliminée par le bistouri à os, et l'on enlèvera le tissu malade par tranches ou copeaux en conservant leur forme aux condyles. La gouge frayera un passage à la curette, empêchée par un trajet fistuleux trop étroit, d'atteindre un foyer intra-osseux.

La rugine écartera avec le tendon du triceps, au coude par exemple, le périoste, et permettra ainsi de nettoyer l'olécrâne par sa face postérieure. Le thermo-cautère est employé quelquefois comme agent destructeur et éliminateur, mais rarement cependant. La scie enfin, ne remplira un rôle que dans les cas désespérés pour ainsi dire, et n'interviendra qu'en dernier ressort pour enlever des pans osseux, mais jamais toute l'extrémité de l'os.

La rotule dans les résections du genou subit exactement le même traitement que les deux autres os, et on ne l'extirpe que lorsque ses lésions sont par trop étendues ou trop profondes, et non pas de parti pris comme le veulent certains auteurs¹.

Les extrémités osseuses, bien et dûment nettoyées et dépouillées par la curette, l'on passera aux cartilages, et si les lésions sont trop avancées, par exemple dans le genou, on enlèvera les ménisques avec la pince et les ciseaux courbes.

La synoviale à son tour, est l'objet de soins méticuleux.

A-t-on affaire à une arthrite, fongueuse surtout, l'on fauchera avec les ciseaux courbes toutes les fongosités susceptibles d'être abattues, et la curette, vigoureusement maniée, enlèvera le reste, allant jusqu'où il est matériellement possible d'aller.

Les fongosités sont-elles rares et a-t-on plutôt une pseudo-membrane farcie de tubercules, la curette et des éponges montées sur des pinces nettoieront parfaitement la séreuse articulaire. Les trajets fistuleux sont également raclés à fond avec la curette, et elle

1. *Penière* : Thèse de Paris, 1869.

les prépare à recevoir un tube de drainage en les dilatant quelque peu s'il y a indication.

L'on a pratiqué parfois une irrigation avec une solution de chlorure de zinc au 10^{me}, surtout dans les cas où les fongosités représentaient la partie capitale des lésions, mais on y a renoncé aujourd'hui, parce qu'elle entravait la marche de la guérison. On enlève ensuite le tube d'Esmarch et on pratique l'hémostase suivant les moyens habituels. Toutes les ligatures se font avec du catgut préparé à l'huile phéniquée.

L'hémostase accomplie, aussi convenablement que possible, la luxation des extrémités osseuses est réduite et les os rentrent à leurs places.

Au genou, les surfaces articulaires sont appliquées l'une contre l'autre, tandis qu'ailleurs, où la solidité d'une ankylose, à moins d'importance, elles sont purement et simplement remises à leurs places antérieures.

Les drains de caoutchouc (ceux d'os décalcifiés, employés couramment il y a quelques années, ont été abandonnés pour les raisons que tout le monde connaît), sont ensuite placés dans la plaie aux endroits les plus déclives (au genou ils occupent les deux angles de la plaie, c'est la règle), puis celle-ci est fermée ensuite par des sutures au catgut et à la hanche par des sutures au fil d'argent, sans préjudice pour celles au catgut dans les intervalles de celles-là.

Lorsque la rotule a été conservée, le tendon rotulien est également suturé, sinon il disparaît avec cet os.

Après une légère irrigation sur la plaie et la région opératoire avec la solution phéniquée, forte ou faible,

irrigation qui n'a lieu, du reste, que lorsque la pulvérisation d'eau phéniquée avec le spray a été négligée, l'on applique le pansement.

Celui-ci est composé d'une bandelette de silk protective sur la plaie, laissant les orifices des drains libres, puis de grosses éponges plates, préparées antiseptiquement, et maintenues jusqu'à l'opération, dans une solution phéniquée à 5 %.

Ces éponges, placées directement sur la plaie et ses alentours, ont plusieurs grands avantages. Elles permettent une compression relativement très forte, par conséquent une adaptation parfaite des différentes parties de la plaie entre elles. Elles se moulent admirablement bien sur la région, si bien qu'en enlevant le pansement, elles restent fixées d'elles-mêmes sur la partie qu'elles recouvrent, sans le secours d'aucune contention (ce qui est surtout remarquable dans le creux de l'aisselle) et préservent par conséquent la plaie de tout contact avec l'air, ce qui est, comme on le sait, la condition *sine qua non* d'un pansement antiseptique bien fait. Elles permettent enfin aux malades de supporter, grâce à leur souplesse, une forte compression sans en être gênés, ce que l'on ne saurait obtenir avec n'importe quel autre matériel de pansement.

Plusieurs doubles de gaze hydrophile, préparées au sublimé à 2 ‰, enveloppant les éponges et une bonne partie du membre, puis une couche de coton phéniqué recouvre la gaze, et le tout est entouré d'une feuille de gutta-percha laminé ou de papier parchemin que fixent de nombreux tours de bande en gaze hydrophile.

C'est de l'attitude donnée au membre pendant qu'on fixe le pansement, que dépendra le bon ou le mauvais résultat orthopédique final, aussi ne saurait-on y prêter assez d'attention.

Le pansement terminé, le membre est immobilisé, tantôt sur des attelles à résection de Volkmann (coude et genou), fixées par des bandes de tarlatane amidonnée (ces appareils d'immobilisation sont très solides et pourraient être employés pendant toute la durée du traitement, si ce n'était l'inconvénient des pansements, qui obligent à les défaire fréquemment, et leur gros volume), tantôt maintenu contre le corps par le même moyen (épaule), tantôt enfin par une extension continue, ou par un plan incliné (hanche).

Passons maintenant aux soins consécutifs qui ont une si grande importance pour ces opérations, qu'on peut la taxer de capitale, sans crainte d'être contredit.

Nous ne nous appesantirons pas sur les premiers soins qu'exige un réséqué quelconque, soins communs du reste, à tous les opérés.

En thèse générale, et à moins d'indications précises, le premier pansement est maintenu pendant plusieurs jours (5, 6, même 8 jours) et encore ne l'ôte-t-on qu'afin d'enlever les sutures.

Il est évident que les choses ne se passent pas de même dans tous les cas, et le nombre des pansements varie d'un opéré à l'autre. Voit-on au premier pansement que l'on a une réunion de la plaie par première intention, l'on pourra se contenter d'un second pansement analogue au premier, auquel succèdera immédiatement un appareil inamovible en

plâtre ; la réunion ne se fait-elle pas d'emblée, la guérison aura-t-elle lieu par granulation, on est alors forcé d'attendre que l'état de la plaie permette un appareil.

Le drainage également, en tant que durée, est soumis à des irrégularités, desquelles nous n'avons pas à nous occuper ici. Le membre est, en somme, maintenu dans un grand pansement qu'on ne change que lorsque c'est absolument nécessaire jusqu'au moment où la sécrétion de la plaie a diminué au point de permettre la suppression des drains et l'application d'un appareil plâtré.

Pendant tout le temps qui précède la pose de l'appareil inamovible le membre est maintenu immobile par un appareil semblable à celui qu'on a appliqué le jour de l'opération.

Pour l'épaule et la hanche, le mode d'immobilisation est le même depuis l'opération jusqu'à guérison complète. Le moment venu, l'on change le pansement volumineux des premiers jours contre un très léger et, maintenant soigneusement le membre dans l'attitude qui lui a été donnée après l'opération, on enferme ce dernier dans une coque de plâtre.

Nous préférons le plâtre au silicate de potasse à cause de la rapidité avec laquelle il se durcit, excellente condition pour empêcher des déplacements dans l'articulation réséquée pendant qu'on place l'appareil, ce que l'on risquerait fort avec un appareil silicaté. C'est en général de 10 à 15 jours après l'opération, parfois plus tôt, parfois plus tard, que le membre opéré est immobilisé définitivement.

L'appareil une fois durci convenablement, l'on

pratique au niveau de l'articulation une ouverture, une fenêtre, afin de pouvoir continuer à panser la plaie opératoire, si l'on croit qu'elle donnera encore lieu à un suintement ou si quelques-unes de ses parties bourgeonnent encore, et l'on traitera la plaie comme s'il n'existait aucun appareil. Mais il n'est pas rare de pouvoir enfermer le membre opéré sans pratiquer de fenêtre, pour ne le revoir qu'au bout de huit semaines.

En effet, c'est le minimum de temps requis pour obtenir une consolidation, mais il est clair que cette durée n'est pas absolue et que fréquemment elle est dépassée suivant les indications d'âge, de constitution, de sexe, etc., etc., et qu'au lieu de débarrasser le patient de son fardeau au bout de huit semaines, il le porte souvent encore plus longtemps.

En disant que l'appareil est enlevé je m'exprime mal. On le coupe en deux valves, l'une antérieure, l'autre postérieure, et le malade, qui commence à se lever alors, s'il a été opéré au genou, beaucoup plus tôt si c'est au coude, conserve les deux valves maintenues par une bande quelconque. A ce moment, l'on change volontiers le plâtre contre le silicate, infiniment plus léger, et l'on coupe également l'appareil en deux coques. Ce système bivalve a un grand avantage; il est très solide et permet au malade de prendre des bains soufrés, des douches et de mobiliser un peu les articulations qui ont été privées de mouvement pendant longtemps, la jointure tibio-tarsienne, par exemple, dans les cas de résection du genou et le poignet dans celles du coude.

Nous ne redoutons pas pour le coude d'imprimer

également quelques légers mouvements, l'ankylose osseuse n'étant pas le but idéal auquel nous tendions; pourvu qu'on ait une articulation solide et non flottante, c'est tout ce qu'il faut espérer; doublement heureux lorsqu'on voit revenir les mouvements au complet ou à peu près, dans l'articulation, chose malheureusement trop rare et que l'on ne peut que désirer.

Pour le genou, au contraire, nous maintenons pendant plusieurs mois l'appareil bivalve et ne permettons pas que le patient marche autrement qu'avec des béquilles d'abord, et des cannes ensuite. Ces règles, que l'on peut contrôler dans un établissement hospitalier, ne peuvent malheureusement pas l'être une fois le patient rentré chez lui. Or, une fois son maître, il s'empressera souvent de mettre de côté cet appareil gênant, dont il ne comprend parfois qu'imparfaitement l'utilité, malgré toutes les explications qu'on aura pu lui donner et les recommandations qui lui auront été faites.

Aussi, comme on le verra plus tard par les observations, est-il attristant de voir de beaux succès opératoires devenir, par l'incurie du premier intéressé, des résultats orthopédiques médiocres et même parfois exécrables. (Observ. Brochu.) Retenir les gens à l'hôpital une fois qu'ils se sentent capables de marcher est chose presque impossible, aussi s'en vont-ils tous à partir du moment où une canne suffit à leur servir d'appui; quelques-uns partent avec des béquilles et il en est que des fistules n'arrêtent pas.

C'est dire, en un mot, que l'on ne peut fixer aucune date, même théorique, pour la sortie des

malades, mais ce que nous pouvons dire, c'est que nous ne les laissons partir que lorsque le membre opéré a la solidité et l'attitude voulues. Aucun de nos résequés du genou, par exemple, n'est parti avec une jambe en flexion ou présentant une déviation quelconque.

Je dirai, en terminant ce chapitre, pour répondre à ceux qui pourraient me dire que j'ai paru peu m'inquiéter de l'antisepsie, qu'elle est une règle et une règle rigoureuse dans notre service. C'est pourquoi il nous a paru superflu d'insister beaucoup là-dessus.

L'antisepsie sérieuse n'en est plus à être une théorie doublée de pratique, elle est devenue un axiome pour le chirurgien moderne.

Nous avons tenu à revoir les opérés avant de publier ce modeste travail, convaincu que c'est des résultats éloignés surtout que l'on peut tirer des conclusions sérieuses et utiles sur la valeur et les avantages de telle ou telle méthode.

Nous avons donc revu la plupart des opérés et avons été favorisés par le sort, qui en a enlevé si peu à notre investigation. Tous les malades que nous avons revus ont été examinés à fond et le plus exactement possible au point de vue de leur santé générale et au point de vue de l'état de leur articulation depuis leur départ de l'hôpital. Nous avons ensuite mesuré le membre opéré pour la longueur et l'épaisseur, en un mot, pris un état actuel complet, tant général que local.

Ceux que nous n'avons pas pu revoir, et ce sont de beaucoup les moins nombreux, ont répondu d'une

façon intelligente au questionnaire que nous leur avons transmis, ce qui remplace quelque peu les investigations que nous n'avons pu entreprendre nous-même, à cause d'un trop grand éloignement.

Cette manière de faire étant le seul moyen de donner une base sérieuse aux conclusions et à la discussion de ce travail, nous nous sommes donné beaucoup de peine pour rechercher les résultats éloignés des opérations qui nous occupent, et sans être arrivés à la perfection, du moins nous n'avons pas trop mal réussi dans nos recherches.

Voyons maintenant les observations qui constituent le fond de ce travail.



CHAPITRE IV

OBSERVATIONS

Nous étant mépris au sujet d'une expression contenue dans une observation de résection du genou, nous avons cru que ce cas rentrait dans le cadre de notre travail, et nous sommes allés revoir l'opéré (observ. Brochu). Ayant constaté ensuite notre erreur, nous aurions écarté le cas en question, mais le résultat que nous avons trouvé et qui est la conséquence d'une résection typique, nous a paru trop instructif pour ne pas être consigné dans ce travail à titre de comparaison à tous les points de vue.

Loin de nous la pensée de conclure du particulier au général et de baser notre discussion sur ce cas; ce ne serait pas de bonne guerre de choisir un *seul* cas et justement le plus mauvais pour cela. Si nous le mentionnons, c'est parce que de la lecture de l'observation et des renseignements ultérieurs découle une quantité d'enseignements qui servent à confirmer par eux-mêmes beaucoup d'opinions émises en faveur des nettoiyages articulaires.

L'observation par elle-même est digne d'intérêt, aussi nous sommes-nous permis de l'intercaler ici.

OBSERVATION BROCHU

Br. H., âgé de 13 ans, est entré à la clinique chirurgicale de l'hôpital cantonal le 8 mai 1880, pour une ostéo-arthrite fongueuse du genou droit. — L'enfant est pâle, amaigri, mais ne présente point de symptômes d'une tuberculose pulmonaire. Pas d'antécédents tuberculeux dans la famille. — Les traitements usuels (moins l'immobilisation), appliqués pendant une année avant son entrée à l'hôpital, ayant échoué, l'on se décide à réséquer le genou, sans trop tarder.

Opération le 21 mai 1880. Éthérisation. Incision semi-circulaire des téguments au-dessous de la rotule, d'un condyle à l'autre. Pus de pus dans la jointure. Fongosités allant jusqu'à 0^m,02 d'épaisseur, recouvrant toute la synoviale. On les enlève à la curette et avec les ciseaux courbes. Ligaments et cartilages intacts. Les os et le périoste sont sains, sauf en un petit point du fémur, où la substance spongieuse est raréfiée. Pas de foyers d'ostéo-myélite. La rotule intacte est laissée en place. On enlève au fémur, avec la scie, 0^m,025 d'os et au tibia 0^m,02. Le foyer de raréfaction disparaît de ce fait. — On incise séance tenante un abcès périarticulaire, tapissé par une fausse membrane d'apparence tuberculeuse. — Lavage des deux plaies à la solution phéniquée forte (5%). Hémostase. Deux drains sont mis à l'angle le plus déclive de chaque plaie. — Suture des plaies. — Pansement Lister modifié, au thymol.

Suites opératoires : Elles ont été des plus simples. 18 jours après la résection, réunion complète par première intention. Un mois après on enlève à l'opéré son appareil plâtré et il soulève son talon du lit. Il quitte l'hôpital cantonal complètement guéri, le 14 juillet 1880.

L'examen microscopique a démontré que les fongosités, ainsi que la membrane de l'abcès, contenaient des tubercules.

Le 1^{er} septembre 1880, le patient rentre à l'hôpital pour un abcès siégeant à la face postérieure du genou et avec une fistule. On incise l'abcès, le racle à fond avec la curette tranchante, ainsi que la fistule, et les draine tous les deux. Réunion par première intention. Guérison complète le 25 septembre 1880. Quitte à cette date.

Recu le 17 décembre 1886 (six ans après). Le patient s'est soigné pendant un mois environ, après sa seconde sortie de l'hôpital. Il marche alors avec un soulier à talon relevé et une canne. Pas d'appareil silicaté. Au bout d'un mois, ennuyé et fatigué par son soulier, il le met de côté et se met à courir et jouer avec ses camarades.

A cette époque, formation d'un petit abcès périarticulaire, qui s'ouvre spontanément et fistule pendant un mois, après quoi tout rentre dans l'ordre. Dès lors, plus jamais de fistule. A partir de ce moment, l'opéré s'est servi du membre réséqué comme de l'autre, travaillant aux champs, marchant beaucoup, chassant, etc., etc. — Un an après sa sortie de l'hôpital, la jambe droite opérée s'infléchit en dedans, d'abord très peu, puis petit à petit davantage et progressivement. Il n'en continue pas moins ses travaux, malgré tous les conseils, tant médicaux que paternels. — Le jeune homme n'a du reste jamais été malade depuis sa seconde opération (1^{er} septembre 1880).

Actuellement (17 décembre 1886) : Jeune homme de superbe mine, paraissant vigoureux. Le membre inférieur droit a une attitude vicieuse. Celle de la cuisse est normale. La jambe, par contre, est fléchie latéralement sur la cuisse et en adduction, de sorte qu'elle forme avec celle dernière un angle de 110° environ, dont le sommet siège au condyle interne. Légère subluxation du tibia en arrière. Le pied n'offre rien de particulier à noter. — Atrophie très considérable des masses musculaires fémorales et fessières; le mollet, également atrophié, l'est dans une proportion moindre que la cuisse. — Raccourcissement du membre inférieur droit de 0^m,10. Le genou droit est un peu plus volumineux que le gauche. Ecartement de 0^m,025 environ, entre le condyle externe et le plateau du tibia; en dedans, par contre,accolement du condyle interne et du tibia. Ankylose complète. — Mouvements actifs et passifs totalement nuls. — Claudication très prononcée et faisant ressembler la démarche à celle du canard. — Dans la station verticale, sur la jambe saine, le bord externe du pied droit est à 0^m,14 du sol, et la jambe droite forme un véritable arc de cercle à concavité supéro-interne.

En résumé, nous voyons ici un cas de tumeur blanche à type essentiellement fongueux et ne présentant, en fait de lésions osseuses, qu'un seul petit foyer d'ostéite raréfiante sur un condyle; un cas typique pour une abrasion, pour un nettoyage de la jointure. Or, pour enlever le dit foyer, on supprime du coup 0^m,05 d'os sain environ aux extrémités articulaires. Le cartilage de conjugaison a dû évidemment être compris dans la portion d'os enlevée, au

fémur du moins, quoique l'observation n'en fasse aucune mention ; nous n'en voulons pour preuve que le raccourcissement et l'atrophie énormes du membre opéré. Et quel est en définitive le résultat de cette opération, de cette résection typique, qui, pratiquée plus économiquement, selon la règle aujourd'hui adoptée, en eût donné sans nul doute un bon ? Nous avons un membre raccourci de 0^m,10 considérablement atrophié, dans une attitude déplorable, rendant la marche beaucoup plus pénible qu'avec une jambe de bois. Et tout cela pour éliminer un petit foyer d'ostéite, dont la curette tranchante eût eu très facilement raison.

Loin de nous l'idée de critiquer ce qui fut fait dans ce cas ; les nettoyages articulaires n'étaient pas encore pratiqués à la clinique chirurgicale de Genève à ce moment. Ce que nous en disons n'est que la simple constatation d'un fait intéressant et bien apte à faire ressortir les désavantages de la résection typique, comparée au nettoyage des articulations. Il est évident qu'ici comme ailleurs la méthode opératoire n'est pour rien dans la mauvaise attitude du membre opéré ; la faute en est exclusivement au patient, qui, par sa négligence et son insouciance, a compromis la bonne attitude qu'avait le membre à son départ de l'hôpital, et que ce dernier eût conservée avec un peu de prévoyance.

Et maintenant passons aux observations concernant les nettoyages articulaires proprement dits, parmi lesquelles quelques-unes témoignent encore de réminiscences de l'ancienne méthode.

Observations.

OBSERVATION I

P. J., âgé de 17 ans, agriculteur. Petit pour son âge, strumeux. Antécédents scrofulo-tuberculeux du côté maternel. Atteint d'ostéo-arthrite chronique du genou droit le mettant dans une impotence fonctionnelle complète, pour laquelle il entre à l'hôpital cantonal le 6 avril 1880.

Opération le 22 avril 1880. — Ellérisation. Antiseptic rigoureuse. Incision habituelle des téguments et du tendon rotulien. Presque pas de liquide dans la jointure; celle-ci est peu malade. Condyles déformés, bosselés, l'interne surtout. Cartilages également atteints. Synoviale un peu épaissie, présente quelques fongosités paraissant contenir des tubercules. L'on sectionne à la scie une mince tranche des condyles et du tibia. La section ayant eu lieu trop suivant l'axe du membre, l'on abat encore deux pans aux condyles, ce qui permet alors l'adaptation. Le tissu osseux présente par endroits des foyers de raréfaction avec dégénérescence graisseuse de la moelle, qui sont nettoyés, dans d'autres une véritable hyperhémie. Quelques points suspects, également sur l'os. Nettoyage à la curette, aidée des ciseaux courbes, de tous les tissus suspects. — Hémostase. — Lavage de l'articulation au 5^o‰. Drain à chaque angle de la plaie. Suture de la peau. — Pansement de Lister modifié. — Immobilisation.

Suites opératoires : simples. Légère fièvre pendant cinq jours. — 25 avril 1880, réunion par première intention complète, qui ne s'est pas démentie depuis. — 2 juin 1880, l'ankylose ne paraît pas être de nature osseuse, légers mouvements. — 12 juin 1880, quitte l'hôpital, marchant avec une canne et ayant 0^m,03 de raccourcissement.

Revu le 20 décembre 1886 (six ans après). Le patient a toujours joui d'une très bonne santé depuis sa sortie de l'hôpital. Il s'est servi de ses béquilles alors encore pendant trois semaines, dès lors plus du tout. A recommencé à ce moment ses travaux à la campagne sans s'en ressentir en aucune façon. Jamais eu de douleurs ni de fistules au genou. S'est marié il y a trois mois.

Actuellement (20 décembre 1886), P. est respandissant de santé. Le membre inférieur droit est dans l'extension complète. — Raccourcissement 0^m,06. — Atrophie assez considérable de tout le membre, quoique les saillies musculaires soient bien marquées. Les adducteurs ont subi une hypertrophie, pour ainsi dire compensatrice. Le

genou lui-même n'offre rien de particulier à noter. L'ankylose est complète, osseuse. Pas de subluxation. Marche sans canne et boîte un peu. — L'épine iliaque antéro-supérieure est abaissée de 0^m,02 à droite.

Ce cas est intéressant par le fait du raccourcissement, et parce que l'opération a été mixte. En somme, c'est bien un nettoyage du genou, mais la scie y a encore joué un trop grand rôle. La mince couche d'os sciée ne peut guère avoir produit un raccourcissement aussi fort que celui qui fut constaté à la sortie; il est probable qu'il existait déjà auparavant, et était en partie imputable à la maladie elle-même. En second lieu, cette observation montre que l'on ne saurait être trop économe des extrémités osseuses, ainsi que le prouve le raccourcissement secondaire de 0^m,03-0^m,06. Sans ce dernier, on pourrait taxer ce résultat d'excellent, tandis qu'il n'est que satisfaisant.

OBSERVATION II

A. M., âgée de 13 ans. Enfant d'aspect scrofuleux. Antécédents tuberculeux. Atteinte d'ostéo-arthrite chronique du genou droit, datant de deux ans, avec subluxation du fémur en avant. Elle entre à l'hôpital cantonal le 20 septembre 1880.

Opération le 3 novembre 1880. Ethérisation. Antiseptie rigoureuse. Incision habituelle des téguments et du tendon rotulien. L'article est normal, mais le condyle interne est de 0^m,05-0^m,06 plus long que l'externe et ne s'adapte pas au tibia. Ablation de rondelles aux condyles fémoraux, soit au bistouri, soit à la scie, jusqu'à ce que les deux os puissent s'adapter convenablement. Une mince tranche d'os est enlevée au tibia avec le bistouri. On enlève la rotule située à la face externe de l'articulation. Hémostase soignée. — Suture de la plaie. Un drain à chaque angle de la plaie. — Pansement de Lister modifié, au thymol. — Immobilisation.

Suites opératoires : très simples. — 16 novembre 1880, premier pansement. Réunion complète par première intention. — 28 novembre.

On ôte tout pansement ; appareil inamovible en plâtre. Apyrexie complète. — 31 décembre. La jambe s'étant légèrement fléchie et le tibia subluxé en arrière, on endort la malade et redresse le membre. Séance tenante, un nouvel appareil plâtré. — 11 février 1881. La malade marche avec son appareil, sans béquilles. On le lui ôte le 28 février ; la jambe est bien droite, le genou pas douloureux du tout. Légers mouvements. — 6 mars 1881. Quitte l'hôpital guérie, marche sans canne, ayant quelques légers mouvements dans l'articulation. A quitté Genève environ un an après.

Il nous a été impossible de recueillir des renseignements sérieux sur cette malade, depuis qu'elle a quitté Genève. Tout ce que nous avons pu apprendre, c'est qu'elle est morte quatre ans après son opération. Pendant son séjour ici, elle marchait parfaitement.

OBSERVATION III

D. C., âgé de 20 ans, cultivateur, entre à l'hôpital le 5 juillet 1880, pour une ostéo-arthrite chronique du genou droit, datant de cinq ans. Jeune homme robuste, en très bonne santé. N'a jamais été malade. Pas d'antécédents tuberculeux ou autres dans la famille. Après quatre mois de traitements divers et infructueux, on se décide à réséquer le genou.

Opération le 1^{er} novembre 1880. Ethérisation. Antisepsie rigoureuse. On constate des craquements dans la jointure. Incision habituelle des téguments et du tendon rotulien. Pas de pus, ni autre liquide dans l'article. Surfaces osseuses complètement dénudées de leurs cartilages, dont il n'existe que des lambeaux, se détachant facilement de l'os et dégénérés. De même, les fibro-cartilages interarticulaires sont en grande partie détruits. Ligaments conservés, synoviale molle, fongueuse, très épaissie, gris jaunâtre, paraissant contenir des tubercules.— Ablation totale de la rotule dépourvue de son cartilage. On enlève ensuite 0^m,037 de hauteur aux condyles fémoraux ; à la partie supéro-externe de la surface de section deux petits foyers, du volume d'un grain de raisin, remplis de matière blanc jaunâtre et paraissant contenir des tubercules, sont soigneusement raclés et nettoyés à la curette et à la gouge. Le périoste est décollé à la partie pos-

térieure du fémur. Ablation de 0^m,013 d'os au tibia. Un foyer, comme une noisette, contenant de la substance caséuse, est évidé à la curette, puis agrandi à la gouge, de façon à laisser s'écouler les liquides qui pourraient s'y accumuler. — Excision totale de la synoviale avec les ciseaux courbes. — Hémostase. Lavage de l'articulation et de la région avec du phénique à 5 ‰. — Drainage habituel. 15 points de suture. — Pansement de Lister modifié. — Immobilisation.

L'examen histologique a démontré qu'on avait affaire à une arthrite tuberculeuse.

Suites opératoires. Guérison longue à obtenir. Réunion par granulation. Un abcès, incisé, drainé et bien guéri, a été la seule complication qui se soit produite au cours de la guérison. — 23 février 1881, soit quatre mois après l'opération, ankylose complète; le malade marche avec une canne. — 18 mars 1881. Le patient quitte l'hôpital pour l'établissement des Convalescents. Il existe encore une trace de suppuration. Marche aisée, pas de douleurs quelconques dans le genou. Etat général excellent. A engraisé.

Nous n'avons pas pu revoir ce malade, qui fait son tour de France, au moment où nous écrivons, mais nous avons cependant obtenu quelques renseignements allant jusqu'au printemps 1886.

Depuis son séjour aux Convalescents, le malade a toujours joui d'une bonne santé, et à sa sortie de cet hospice la fistule était tarie pour ne plus se reproduire. N'a jamais souffert de son genou et a pu faire facilement un apprentissage de deux ans chez un charron, après quoi il a continué à exercer son métier. Il marche bien, boîte légèrement, est très solide sur sa jambe opérée qui, dans la station verticale, ne paraît pas être raccourcie et est bien droite.

Nous nous abstenons de tirer des conclusions trop élogieuses sur ce cas, les renseignements ultérieurs et indirects étant toujours plus ou moins sujets à caution. Il nous semble pourtant pouvoir dire que ce cas a donné un bon résultat et que le nettoyage a porté de bons fruits, si ce que l'on nous a narré est vrai au sujet du raccourcissement et des fonctions du membre.

OBSERVATION IV

F. A., âgée de 10 ans. Enfant ayant l'air bien portant. Atteinte d'une ostéo-arthrite chronique fongueuse du genou gauche, avec subluxation du tibia en arrière. Elle entre à l'hôpital cantonal pour cette affection le 29 mars 1881. Vu l'étendue des lésions, l'on procède bientôt à la résection.

Opération le 6 avril 1881. Ethérisation. Pas de pulvérisation de phénique avec le spray. Antiseptie rigoureuse. Incision habituelle de la peau et du tendon rotulien. A l'ouverture de l'articulation, il s'écoule un peu de liquide roussâtre. Les os sont, en grande partie, dépouillés de leur cartilage; à la place de ce dernier existe une couche d'enduit grisâtre, mou, dont la curette vient facilement à bout. Les ligaments sont presque entièrement détruits. La synoviale, épaissie, fongueuse, jaunâtre, comme gélatineuse par places, de teinte brunâtre en d'autres endroits, est totalement enlevée avec les ciseaux courbes. L'on enlève au couteau, par tranches successives, une couche d'os de 0^m,03 environ au fémur. Une seule lamelle très mince est enlevée au tibia. La rotule est curée, évidée et laissée en place. — Lavage de la jointure au thymol. — Suture du tendon rotulien. Deux drains résorbables de Neuber à chaque angle de la plaie. Suture de la peau. Pansement antiseptique au thymol. — Immobilisation habituelle.

Suites opératoires. 16 avril 1881. Réunion complète par première intention; premier pansement. 52 jours après l'opération tout est guéri. L'enfant soulève alors parfaitement le talon gauche du lit. Marche sans béquilles au mois de juillet et quitte l'hôpital le 5 août 1881 pour les bains de mer, avec une ankylose complète, sans douleurs dans le genou et marchant très bien sans canne.

A son retour des bains de mer, en septembre 1881, on constate, lorsqu'elle vient se faire voir à l'hôpital, que la guérison ne s'est pas démentie, qu'il n'existe point de fistules et que la malade se porte très bien.

Revue le 16 mars 1882. Pas de fistule. Pas de raccourcissement du membre. Pas d'atrophie notable. A grandi. Marche sans canne. Etat général bon.

Revue le 24 décembre 1886. Excellente santé depuis son départ de l'hôpital; n'a jamais été malade dès lors. N'a jamais souffert de son genou, dont la guérison s'est maintenue complète, au point qu'étant tombée avec une grande violence sur son genou opéré, celui-ci ne

s'en est absolument pas senti. La fonction du membre a été de tout temps parfaite; l'enfant courait, sautait à la corde, grimpait aux arbres, etc., sans être incommodée par la raideur de sa jambe.

Actuellement, 24 décembre 1886, l'enfant, peu développée pour son âge, a cependant très bon aspect. Dans la station verticale et l'opérée étant vêtue, l'on ne saurait pas dire quel est le genou réséqué; les malléoles des deux côtés arrivent exactement au même niveau; le bassin n'est pas abaissé du tout du côté opéré. — Pas de raccourcissement. — Atrophie très légère de la cuisse, mais point du mollet. — Genou gauche normal; les os ne sont pas augmentés de volume, absolument indolents; la synoviale paraît totalement disparue. Ankylose osseuse en extension parfaite; pas de mouvements inactifs, ni passifs. Pas de fistules. — La marche ne provoque qu'une très légère claudication.

Ce cas nous montre, d'une façon éclatante, que le nettoyage des articulations n'est pas justifié dans les cas bénins seulement, et que par cette méthode l'on peut obtenir, même en présence de lésions très avancées, des résultats satisfaisants comme celui-ci, qui peut être taxé, sans exagération, de parfait à tous les points de vue.

OBSERVATION V

T. L^s, âgé de 11 ans. Enfant non scrofuleux d'apparence, paraissant avoir une bonne constitution. — Pas d'antécédents tuberculeux. A eu une tumeur blanche du genou droit, qui s'est terminée par une ankylose vicieuse avec angle de flexion de 130°. Une extension forcée ayant échoué, l'attitude vicieuse s'étant reproduite et le condyle interne étant hypertrophié, on se décide à réséquer le genou et à le nettoyer. Le malade entre pour la seconde fois à l'hôpital cantonal le 28 avril 1881.

Opération le 29 avril 1881. Éthérisation. Antiseptie rigoureuse. On enlève avec le bistouri 0^m,01-0,015 d'os aux condyles fémoraux, surtout à leur face antérieure. Ablation d'une lamelle à la face interne de la rotule. Plusieurs cavités d'ostéite au fémur; elles sont raclées énergiquement à la curette tranchante. On ne touche pas au tibia. — Suture

du tendon rotulien. — Deux drains résorbables à chaque angle de la plaie. — Suture de la peau. — Pansement de Lister modifié, au thymol. — Immobilisation.

Suites opératoires: Ici, comme ailleurs du reste, l'observation, très incomplète, nous renseigne mal sur les phases de la guérison. La réunion de la plaie paraît avoir eu lieu par seconde intention. — Le 29 mai 1881, un abcès s'étant formé à l'endroit où se trouvaient les drains, on l'incise, le racle à la curette et le draine par une contre-ouverture pratiquée à la face postérieure du genou, et un second drain, placé de façon à traverser de part en part la région postérieure du genou. Pansement antiseptique. Immobilisation. — La suppuration ayant toujours été assez abondante, le patient n'a jamais eu d'appareil inamovible ; on s'est borné à l'immobiliser avec une attelle à résection, changée, au bout de sept semaines, contre une petite attelle externe en bois (15 juin 1881), qu'on supprime à son tour le 23 juillet 1881. A ce moment le patient se lève, soulève son talon du lit (23 août), marche avec des béquilles sans appuyer son pied droit sur le sol. Une fistule qui persiste, est traitée par des injections de liqueur de Villate pendant un mois environ. — 20 novembre 1881. Le patient quitte l'hôpital, ayant encore quelques granulations et fistules suppurantes au genou ; le membre est droit et le malade marche sans trop de difficulté.

Revenu le 12 mai 1882 se faire voir à l'hôpital. Il existe encore une fistule de chaque côté du genou, mais ne conduisant pas sur l'os. Nouvelle flexion de la jambe et impossibilité complète de faire des mouvements.

Revu le 22 décembre 1886. L'enfant n'a plus été malade depuis sa sortie de l'hôpital, si ce n'est qu'il a de fréquentes blépharites ciliaires et des conjonctives. Il a porté encore pendant une année une attelle postérieure. Les fistules ont suppuré jusqu'à la fin de l'été de 1885, mais l'usage de son membre n'en a pas été entravé, si peu, qu'il a été plusieurs fois premier prix de gymnastique dans sa classe et qu'il a pu travailler aux champs.

Actuellement, 22 décembre 1886, le patient a assez bonne mine. Blépharo-conjonctive des deux yeux. A beaucoup grandi. La jambe droite est en tiers de flexion sur la cuisse. — Atrophie notable de tout le membre et de la fesse (elle existait déjà avant la tentative de redressement forcé et était due à l'arthrite). — Raccourcissement de 0^m.04. — Abaissement de l'épine iliaque antéro-supérieure de 0^m.03 à droite. — Genou droit un peu plus volumineux que l'autre. Il ne pré-

sente actuellement point de lésions ; point de fistules. Ankylose complète ; aucune espèce de mouvements. — Marche sans canne. — Claudication assez prononcée. — N'a jamais toussé ni eu d'hémoptysies.

Cette opération, entreprise d'abord et surtout dans un but orthopédique, s'est transformée, au cours des évènements, en un véritable nettoyage des os de l'articulation, ainsi que le prouve l'observation (d'ailleurs très incomplète), et c'est pourquoi nous la considérons ici.

Le résultat n'est pas satisfaisant à tous les points de vue. L'attitude n'est pas bonne, ce qui était à craindre, à cause de la rétraction des tendons, antérieure à l'opération. L'atrophie est due, à notre avis, pour la plus grande part, à l'arthrite, qui a amené l'attitude vicieuse, et aussi, pensons-nous, aux foyers d'ostéite intra-articulaires que le couteau a mis à nu. C'est également à ces deux facteurs réunis, qui ont compromis le développement de cette extrémité, que nous devons, sans nul doute, attribuer une partie du raccourcissement ; en effet, l'observation rapporte qu'avant la tentative de redressement le membre malade était déjà de 0^m,01 plus court que l'autre et passablement atrophié. C'est dire, en un mot, que les trois inconvénients dont nous venons de parler, ne sont pas imputables à la méthode de nettoyer les jointures, comme on serait peut-être tenté de le faire pour défendre les résections typiques, et qu'ici encore elle s'est montrée plus avantageuse que celles-ci, qui provoquent presque toujours des troubles trophiques considérables. Enfin, si tout n'est pas pour le mieux dans le cas T., du moins pouvons-nous constater chez lui une guérison complète de l'affection

primitive et une bonne fonction du membre, car, en définitive, n'est pas premier prix de gymnastique qui veut, même avec deux jambes saines.

OBSERVATION VI

B. L., âgé de 8 ans. Enfant assez chétif et petit pour son âge. Est atteint d'ostéo-arthrite du genou gauche avec abduction de la jambe et légère subluxation du tibia en arrière. Il entre à l'hôpital cantonal le 6 juin 1881 pour s'y faire traiter. Les soins habituels ayant été sans résultat, on se décide à la résection.

Opération le 23 septembre 1881. Ethérisation. Antisepsie rigoureuse. Incision habituelle. L'articulation ouverte, l'on constate que les deux condyles sont malades, l'interne surtout, dont le cartilage est détruit en grande partie et recouvert de fongosités; le plateau du tibia, partie interne, est également malade, son cartilage est en outre décollé; la synoviale recouverte de fongosités. — Ablation au bistouri des portions pathologiques des condyles; curage, évidemment d'un foyer d'ostéite dans le condyle interne, ce qui produit une cavité dans le condyle; raclage de la cupule du tibia à la curette; raclage de la face postérieure de la rotule. — Excision des fongosités de la synoviale avec les ciseaux courbes. — Deux sutures au tendon rotulien. Deux drains de caoutchouc. — Suture de la peau. — Pansement antiseptique au thymol. — Immobilisation.

Suites opératoires. Suppuration abondante dès les premiers jours par les drains, qui ne suffisent pas, ce qui amène des foyers de rétention, qu'on est obligé d'inciser et de drainer; malgré ces soins, l'enfant prend un érysipèle le 20 octobre 1881, allant du genou gauche à la hanche. Traité avec des applications de collodion, l'érysipèle est guéri le 27 octobre 1881, mais le pus bleu persiste encore longtemps avec des intermittences et sent parfois mauvais. On trempe alors les pansements dans du chlorure de zinc à 3 ‰, ce qui stimule les granulations, sans cela très pâles, et cesse alors au bout de peu de jours le chlorure. Une déviation s'étant produite dans l'attitude du membre, on le redresse. Guérison de la plaie opératoire par seconde intention; mais il existe de nombreuses fistules le long de la cicatrice. — 11 février 1882, soit quatre mois après l'opération, le malade peut soulever son talon du lit. Ankylose incomplète; quelques légers mouvements de

flexion. Fistules tout le long de la cicatrice d'opération suppurant modérément. Aucune douleur à la pression du genou. — Jambe bien droite. Continue à prendre des bains soufrés tous les deux jours. — 1^{er} mai 1882 : extraction, avec le davier, d'un volumineux séquestre recouvert de fongosités. Le patient se lève depuis ce moment, et les fistules se ferment les unes après les autres. — 8 juin 1882. Il quitte l'hôpital, porteur d'une fistule, avec une ankylose complète. La jambe est un peu fléchie sur la cuisse. Etat général excellent.

Reçu le 7 janvier 1887. Garçon ayant assez bonne mine. Peu développé pour son âge. — Depuis son départ de l'hôpital, le jeune garçon s'est toujours bien porté. Il a conservé encore pendant quatre mois l'attelle postérieure en silicate, qu'il portait en quittant l'hôpital, tandis qu'il a laissé les béquilles et la canne déjà au bout de vingt jours. Marche facile dès lors. Le genou a diminué de volume chez lui, mais la fistule a persisté, suppurant très peu, il est vrai. N'a jamais souffert de son genou. — Sa jambe s'est encore un peu fléchie en décembre 1882, mais depuis la flexion n'a plus guère progressé.

Actuellement (7 janvier 1887), la jambe est en quart de flexion sur la cuisse. — Très légère atrophie de la cuisse et jambe gauches, qu'il faut mesurer pour s'en rendre compte. — Raccourcissement de 0^m,021. — Abaissement de l'épine iliaque gauche, de 0^m,02. — Genou opéré à peine plus gros que l'autre; ne présente aucun symptôme pathologique. Pas de déformation. Indolent à la pression. Les parties constituant le genou paraissent saines. — Ankylose osseuse complète; aucun mouvement n'est possible. — A un travers de main, au-dessus du condyle externe, siège une fistule, recouverte d'une croûte, qui se dirige vers le fémur, sans que le stylet arrive sur l'os à nu; elle suppure très peu. — Marche facilement; mais le malade boite passablement, parce que, au lieu d'appuyer le pied seulement sur la pointe, il le pose complètement à plat.

Nous pouvons, sans trop de prétentions, mettre ce cas au nombre de nos succès, nous semble-t-il. Il y a, il est vrai, à lui reprocher une attitude qui n'est pas absolument correcte, et la fistule, mais ces deux ombres au tableau ne sont pas si foncées qu'elles peuvent le paraître au premier abord. En premier lieu, malgré la flexion de sa jambe gauche, qui n'est pourtant pas énorme, le malade se sert admirable-

ment de son membre, lequel lui rend de très bons services depuis qu'il est guéri de sa tumeur blanche par l'opération. En second lieu, la fistule ne peut pas, d'après nous, être une objection, car, d'abord, elle nous paraît ne pas avoir de rapports du tout avec l'articulation; ensuite, elle suppure très peu, ce qui semble prouver qu'elle est en voie de guérison, et enfin elle peut être facilement nettoyée et raclée sans qu'on touche à l'articulation. Il vaudrait évidemment mieux qu'elle n'existât pas, mais nous ne pouvons pas en rendre responsable le nettoyage de l'articulation, qui semble n'avoir aucun rapport direct avec elle.

OBSERVATION VII

G. C., âgée de 22 ans, domestique. Atteinte d'une ostéo-arthrite chronique du genou gauche, datant de sept ans; elle entre à l'hôpital cantonal pour cette affection le 2 juillet 1882. — Pas d'antécédents tuberculeux. — Les lésions paraissent assez avancées à son arrivée: cependant, on traite la malade encore pendant deux mois à l'immobilisation et à la teinture de iode. Pas d'amélioration; aussi on se décide à opérer.

Opération: 23 septembre 1882. Injection hypodermique de gr. 0,01 de morphine. Ethérisation. — Antiseptie rigoureuse. Incision habituelle. — La rotule, dépourvue de son cartilage et envahie par des foyers nombreux d'ostéite, est excisée. La face antérieure du fémur s'articulant avec la rotule est dans le même état, aussi on la racle énergiquement avec la curette tranchante et évide les foyers. — Ouverture de l'articulation: les cartilages sont entièrement détruits, l'os est envahi par l'ostéite raréfiante jusqu'à une certaine profondeur (0^m,01 environ). — Excision aux ciseaux courbes de la synoviale, qui est modérément épaissie. — Ablation du plateau du tibia, d'une partie des condyles, avec raclage et curage de foyers inflammatoires. — Hémostase (ligatures et thermo-cautère). — Deux drains dans la plaie. — Suture. — Pansement antiseptique et compressif. — Immobilisation. L'examen microscopique n'a pas révélé de tubercules.

Suites opératoires : 10 octobre 1882. La jambe s'étant mise en adduction sur la cuisse, on endort la malade, redresse le membre et applique un appareil plâtré, fenêtré; excision d'un petit lambeau de sphacèle. Etat local et général satisfaisants. — 18 novembre 1882. Cicatrisation complète, sans fistule. L'appareil plâtré est remplacé par un appareil silicaté. — 13 décembre 1882. Consolidation. — 1^{er} janvier 1883. Marche seulement un instant, soutenue sous les bras, puis après quelques jours avec des béquilles. — 8 janvier 1883. Pose légèrement le pied à terre. — 5 mars 1883. Nouvel appareil silicaté ne comprenant que le genou, enlevé le 20 mars 1883. — 1^{er} avril 1883. La malade se plaint de l'articulation-tibio-tarsienne; amélioration sensible au bout de quelques jours, grâce au salicylate de soude et aux enveloppements du pied avec du coton. — 13 avril 1883. Quitte l'hôpital, marchant avec des béquilles; n'ayant pas de fistules.

La malade habitant Saxon (Valais), nous n'avons pas pu la revoir, mais nous lui avons écrit. Voici les renseignements qu'elle nous donne : Peu de temps après son départ, la jambe a commencé à se plier sur la cuisse et la flexion n'a fait qu'augmenter. — Son genou est resté douloureux depuis son départ, surtout au niveau du condyle interne; il ne s'est jamais reformé de fistules. Les douleurs persistant dans le genou encore après sept mois, l'opérée consulte, et son médecin l'envoie à la clinique chirurgicale de Berne, où, nous dit-elle, elle a subi une seconde résection, et qu'elle a quittée au bout de trois mois et demi, portant une silicate qu'elle a conservé seize mois durant. Des douleurs analogues à celles du genou opéré se sont fait sentir à l'épaule droite, dans le côté droit, dans le bras du même côté et dans le dos, pour lesquelles on l'a renvoyée à Berne, où elle a subi pour cela des injections hypodermiques d'acide phénique. Le genou opéré s'est amélioré beaucoup depuis sa seconde opération.

Actuellement (6 avril 1887), l'opérée nous dit ne pas se porter très bien; elle souffre d'une bronchite. — Le membre opéré n'est pas droit. — Raccourcissement de 0^m,03. — Ankylose absolue. — Marche assez aisée sans appui, claudication pas très prononcée. — Souffre encore d'un coude actuellement.

Nous n'avons pas d'observations à faire sur ce cas, qui a été soumis à une nouvelle intervention étrangère, et que nous n'avons pas pu revoir. Nous nous permettons cependant de penser que la seconde opération a été un peu prématurée. La forme polyarticu-

laire de la maladie, l'amélioration obtenue à Genève sur le pied avec le salicylate de soude devaient, nous semble-t-il, faire penser immédiatement à une affection d'origine rhumatismale, prescrivant, par cela même, une thérapeutique très circonspecte et conservatrice.

OBSERVATION VIII

B. A., âgé de 16 ans. Vient pour une ostéo-arthrite chronique du genou droit, suppurée, à l'hôpital cantonal le 18 janvier 1883. Pas d'antécédents tuberculeux. — Le patient a une apparence scrofuleuse, mais on ne constate pas de tuberculose viscérale chez lui. — Immobilisation pendant quatre mois. Pendant ce temps s'est formé un abcès périarticulaire, et les lésions intra-articulaires ont beaucoup augmenté; aussi la résection est-elle décidée.

Opération le 20 mai 1883: Ethérisation. Antiseptic rigoureuse. Ouverture habituelle de l'articulation. Celle-ci contient du pus épais et grumeleux, provenant de fusées purulentes situées derrière le fémur. Nombreux foyers d'ostéite dans les os. Cartilages du fémur et du tibia détruits en grande partie. Synoviale modérément épaissie et infiltrée, mais dépourvue de fongosités. — Ablation à la scie d'une mince tranche d'os au fémur, qui contient un foyer remontant à 0^m,06 de haut dans l'os; on le nettoie, l'évide, le racle soigneusement avec la curette tranchante, ainsi que tous les autres foyers inflammatoires de l'os. Le plateau du tibia est également évidé en partie, sculpté à la curette et au bistouri. — Abrasion des fongosités de la synoviale avec les ciseaux courbes, des éponges montées et la curette. — Nettoyage et raclage des fusées et des orifices des abcès périarticulaires. — Contre-ouverture de chaque côté de l'articulation. — Lavage de la jointure avec la solution phéniquée faible. — Hémostase (ligatures et Paquelin). — Les surfaces articulaires, diminuées de volume, mais ayant conservé leur forme, sont rapprochées. — Drains (deux de chaque côté de l'articulation). — Suture du tendon rotulien, puis de la peau. — Pansement antiseptique et compressif. — Immobilisation.

Suites opératoires: 24 mai 1883. Réunion, par première intention complète, de la plaie. Suppuration assez abondante par les drains. —

1^{er} juin 1883. Suppression de trois drains, suppuration modérée. — 7 juin 1883. Enlevé le dernier drain ; la suppuration continue, mais va en diminuant. — 19 juin 1883. Appareil plâtré. — La guérison des fistules n'a jamais été complète, mais la suppuration a beaucoup diminué, au point d'être presque nulle le 2 août 1883. — Le 30 septembre 1883, le malade quitte l'hôpital pour quelques jours ; va chez lui. Ankylose incomplète, mouvements très limités dans l'articulation, fistules, suppuration moindre.

Ce malade n'est jamais rentré à l'hôpital. Il est mort en janvier 1884, quatre mois après sa sortie. Il a succombé à une maladie aiguë, fébrile, à début très brusque, et qui a emmené le patient en quatorze jours. Les détails et symptômes de cette maladie, qu'on nous a exposés, nous font penser qu'il s'agissait bien d'une fièvre typhoïde, ainsi que le prétendent les parents de l'enfant, et non pas d'une tuberculose miliaire aiguë ou d'une entérite tuberculeuse à marche rapide. Jusqu'à la maladie qui l'a emmené, le patient a joui d'une bonne santé chez lui, marchant assez bien avec son appareil et des béquilles. Les fistules ont toujours persisté, mais avec une tendance à diminuer ; le genou était absolument indolent.

Ce cas ne permet pas de tirer de grandes conclusions pour ou contre notre méthode, le malade ayant succombé à une affection intercurrente et, pensons-nous, absolument indépendante de l'affection primitive articulaire, et cela surtout si peu de temps après l'opération. La seule conclusion qu'il nous semble pouvoir tirer de l'enchaînement des faits, c'est que le malade allait au devant de la guérison.

OBSERVATION IX

D. A., 20 ans. Jeune fille peu robuste. Vient se faire soigner à l'hôpital cantonal le 3 août 1883, pour une ostéo-arthrite du genou gauche, datant de sept ans. Pas d'antécédents tuberculeux. — Les lésions paraissant assez avancées et les autres moyens thérapeutiques étant restés inutiles, l'on décide la résection.

Opération : le 24 septembre 1883. Éthérisation. Antiseptie rigoureuse. Incision habituelle des téguments et du tendon rotulien, attei-

gnant les ligaments latéraux. Section des ligaments croisés. Curage, raclage, excision des fongosités. Evidement à la curette des parties osseuses malades. Ablation au bistouri de certaines portions altérées de l'os. La partie externe du plateau du tibia présente aussi un foyer qu'on évide, ce qui produit une cavité comme une noisette; également sur la partie inféro-externe du fémur, on fait une excavation un peu moins grosse que sur le tibia. — La surface articulaire de ce dernier, correspondant au condyle interne, est évidée sur toute sa surface à quelques millimètres de profondeur. Le condyle interne du fémur n'est que fort peu atteint; on lui enlève des copeaux avec le bistouri et la gouge. — Drainage et suture. — Pansement antiseptique. Immobilisation.

Suites opératoires : le 4 octobre 1883, au troisième pansement, l'on constate une réunion complète par première intention. 16 octobre 1883, cicatrisation totale, point de bourgeons charnus, point de fistules; la consolidation est faite; appareil plâtré. 16 novembre 1883, comme il existe encore de légers mouvements de flexion, on remplace l'appareil plâtré par un silicate. Genou absolument indolent. 23 novembre, la malade quitte l'hôpital avec son appareil qu'elle reviendra se faire changer. Marche sans béquilles.

Revue le 11 février 1887. Santé excellente depuis son départ de l'hôpital; a rapidement repris des forces, de façon à pouvoir reprendre les soins du ménage au bout de trois mois. De retour chez elle, la malade a porté son appareil silicaté encore un mois, au bout duquel on l'a enlevé à l'hôpital cantonal, où elle était revenue se faire voir. Dès lors plus d'appareil du tout. Marche facile de tout temps; elle n'a jamais provoqué de douleur. L'opérée n'en a du reste jamais ressenti d'aucune espèce et n'a jamais eu de fistule.

Actuellement (11 février 1887), malgré sa bonne mine, la malade paraît avoir eu des accidents scrofuleux (taies de la cornée, ganglions volumineux, narines épaisses). Elle est d'ailleurs bien portante. La jambe gauche est légèrement fléchie sur la cuisse et un peu en abduction. Atrophie de 0^m,02 de la cuisse gauche; le mollet gauche est par contre plus gros que l'autre (sans être enflé) de 0^m,01. — Raccourcissement nul. — Abaissement de l'épine iliaque antéro-supérieure gauche de 0^m,01. — Le genou n'est pas déformé; très peu plus gros que l'autre (0^m,01). Les diverses parties de l'articulation sont en parfait état et ne présentent pas un seul point douloureux. Pas de fistules. Ankylose osseuse complète, pas de mouvements du tout. Marche très aisée. Claudication tellement insignifiante que l'on ne saurait dire à première vue quel est le membre qui en est cause.

Nous n'avons pas grand chose à ajouter sur ce cas. C'est évidemment un résultat des plus heureux à tous les points de vue. L'orthopédie seule pourrait faire une petite objection, que nous reconnaissons fondée, sans pour cela lui accorder ici, grande importance. En effet, dans ce cas, la mauvaise attitude est si peu prononcée qu'elle ne saurait avoir une influence fâcheuse sur la fonction du membre.

OBSERVATION X

Ts. L., âgée de 22 ans, domestique. Entre à l'hôpital cantonal pour une ostéo-arthrite chronique du genou gauche, remontant à huit ans en arrière, le 6 mars 1883. Pas d'antécédents tuberculeux.— Après dix mois de traitements divers mais inefficaces, à la clinique chirurgicale, l'on se décide pour la résection, après avoir cependant penché fortement un moment pour l'amputation.

Opération : le 13 juillet 1883. Ethérisation. Antiseptie rigoureuse. Incision habituelle. On relève la rotule, cure, racle, nettoye avec la curette le condyle interne qui a plusieurs foyers d'ostéite. Cartilage en grande partie détruit. Ablation de tranches osseuses au condyle interne avec le couteau. Nettoyage du condyle externe, dans lequel le curage fait une cavité comme une grosse noisette à sa partie postéro-inférieure. — Excision aux ciseaux courbes des cartilages semi-lunaires et de la synoviale considérablement hypertrophiée. — Excision de la rotule ; on évide le plateau du tibia : en dedans, sur sa face supérieure, on fait une excavation comme un œuf de pigeon et en dehors une autre comme une petite noix. — Fort suintement sanguin. — Hémostase, en partie au thermo-cautère. Un drain de chaque côté de la plaie. — Suture. — Pansement antiseptique.

Suites opératoires : 27 décembre 1883. Réunion complète par première intention. — 3 janvier 1884. Appareil plâtré. Jusqu'au 21 février 1884, appareil silicaté. — 12 mars 1884. Les os sont encore très douloureux à la pression. — 12 mai 1884. La malade s'appuie légèrement sur sa jambe. — 10 juillet 1884. Légers mouvements de flexion, douloureux ; douleur à la pression à la partie interne du genou. — 3 septembre 1884. La malade quitte l'hôpital ; elle marche péniblement avec

des béquilles, ne peut pas s'appuyer sur son membre; légers mouvements de flexion dans le genou, douleurs à la palpation, surtout sur le tiers inférieur du fémur, qui est volumineux. Elle s'est cependant améliorée depuis le mois d'août et l'on espère encore avoir une guérison. Porte toujours ses valves silicatées qu'elle n'a jamais quittées du reste. — 23 mars 1885. La malade, qui vient se faire voir, marche sans trop boiter, sans appui; a fait deux kilomètres pour venir nous voir. — Mouvements de flexion presque imperceptibles; encore un peu de douleur à la partie interne du genou.

Revue le 27 décembre 1886. Santé générale excellente depuis son départ de l'hôpital. A employé les béquilles encore pendant sept mois; dès lors plus aucun instrument d'appui. Après sa sortie, a été aux bains de mer pendant six semaines et y a pris quatre-vingts bains, ce qui l'a beaucoup éprouvée. A éprouvé des douleurs de temps en temps surtout étant fatiguée. A beaucoup travaillé debout (et travaille encore) dans un atelier de bonneterie. Elle a porté son appareil silicaté encore pendant un an depuis son départ de la clinique.

Actuellement (27 décembre 1886) l'opérée est resplendissante de santé. Se plaint seulement d'un sentiment de froid dans la jambe opérée plus intense que dans l'autre. Attitude excellente: extension parfaite. — Atrophie à peine appréciable. — Pas de raccourcissement. — Pas d'abaissement du bassin du côté opéré. — Pas de déformation du genou; celui-ci n'est pas plus gros que le droit, les os également pas plus gros et non douloureux à la pression. Synoviale normale. Ankylose absolument complète; pas un seul mouvement n'est possible. Pas de fistule. L'opérée se sent aussi solide sur sa jambe gauche que sur la droite. Marche aisée. Claudication légère.

Ce cas nous paraît assez éloquent par lui-même pour se passer de commentaires. Nous ferons seulement remarquer qu'ici le port prolongé d'un appareil de contention a porté les fruits qu'il porterait toujours si on l'observait, c'est-à-dire qu'une attitude irréprochable en serait la conséquence.

OBSERVATION XI

C. J., âgé de 8 ans et demi. Entre à l'hôpital cantonal le 8 juin 1883 pour une ostéo-arthrite chronique du genou droit avec fistules multiples allant jusqu'à l'os. Les lésions étant trop avancées pour tenter

encore un autre traitement, la résection est décidée. — Enfant très scrofuleux d'apparence. — Pas d'antécédents tuberculeux positifs.

Opération le 19 juin 1883. Ethérisation très minutieuse. Antiseptie rigoureuse au thymol. Incision habituelle des téguments et du tendon rotulien. Les ligaments sont recouverts de fongosités, les cartilages détruits en grande partie et les surfaces articulaires du fémur et du tibia atteintes d'ostéite et recouvertes de matières purulentes, caséuses. — De l'articulation du genou on pénètre dans une fusée allant sous le droit antérieur jusqu'au tiers moyen de la cuisse, puis dans une autre qui se dirige du côté externe de la cuisse et qui communique avec un abcès des parties molles siégeant encore plus haut. A la partie postéro-interne du genou vient également s'ouvrir dans l'articulation une fusée de gros calibre remontant à la partie postérieure et interne du fémur jusqu'au tiers moyen où le fémur est à nu, mais ne paraît pas malade. Ailleurs il est encore recouvert de son périoste. — Du côté de la jambe deux ou trois fusées viennent également s'ouvrir dans la jointure, se dirigeant du côté du mollet. Ici l'os n'est pas à nu.

Toutes ces fusées sont minutieusement raclées, curées à la curette tranchante; là où le fémur est à nu dans sa diaphyse, il est également soigneusement raclé, après quoi les fusées sont encore ramonées au moyen d'éponges montées. Les portions infiltrées du derme sont excisées aux ciseaux et les orifices des fistules avivés.

Dans l'articulation même, les fongosités sont excisées avec les ciseaux courbes et les os malades raclés et curés à la curette. Les portions les plus considérables d'os malade sont abrasées au couteau à résection. — Le plateau du tibia étant suffisamment curé, on aperçoit au fond de l'excavation produite par la curette le cartilage épiphysaire, qui paraît sain et qu'on ne touche pas. Hémostase en partie au thermo-cautère. Suture du tendon rotulien. — Trois drains dans les fusées les plus volumineuses. — Suture de la peau. — Pansement antiseptique au thymol. — Immobilisation.

Suites opératoires : La guérison s'est faite par seconde intention, probablement à cause des fusées qui ont continué à suppurer, mais de moins en moins il est vrai. Amélioration de l'état général immédiatement après l'opération. Pansement au térébène pour stimuler les bourgeons œdémateux. — 1^{er} août 1883. Appareil silicaté. Bains soufrés. — 29 septembre 1883. Ankylose complète du genou. Les fistules suppurent toujours, mais beaucoup moins abondamment. Etat général très bon. — 20 octobre 1883. L'enfant se lève et s'appuie

sans douleur sur le membre opéré. Suppuration minime. — 20 novembre 1883. Toutes les fistules moins deux sont taries. — 16 janvier 1884. Les trois fistules qui avaient cessé de donner se rouvrent ; marche aisée ; état général excellent ; sur la volonté des parents l'enfant quitte l'hôpital à cette date.

Revu le 23 janvier 1887. Excellente santé depuis sa sortie de l'hôpital ; pas la moindre maladie. Les fistules se sont fermées d'une façon absolument définitive deux ou trois mois après son départ. N'a jamais souffert de son genou. Fonctions très bonnes, sans canne ni appareil.

Actuellement (23 janvier 1887), l'enfant a très bonne apparence ; teint excellent, air robuste. Légère flexion de la jambe sur la cuisse. Atrophie de 0^m,02 à la partie supérieure de la cuisse droite ; le quart inférieur ne renferme pour ainsi dire point de tissu musculaire ; il a été remplacé par le tissu cicatriciel provenant des fusées. Pas d'atrophie au mollet. — Raccourcissement 0^m,03. — Pas d'abaissement du bassin du côté opéré. — Genou normal, absolument indolent dans toutes ses parties. Ankylose osseuse complète ; pas un seul mouvement n'est possible. Pas de fistules. — Marche très facile, sans canne. Légère claudication. — Fait quotidiennement huit kilomètres pour aller et revenir de l'école.

Nous avons ici une guérison complète malgré des lésions excessivement avancées et nous pouvons taxer le résultat de très beau, surtout si l'on tient compte de ces dernières. Nous avons ici un peu de flexion, qu'un appareil porté plus longtemps eût évitée, mais à distance de pareilles exigences ne sont pas faciles à imposer. Quant au raccourcissement, minime au fond, il est probablement imputable à l'affection primitive davantage qu'à l'opération, ce qui est tout naturel ; l'observation se tait à cet égard et ne nous indique pas la longueur comparative des deux membres au moment de l'arrivée du malade à l'hôpital.

OBSERVATION XII

M. C., âgée de 8 ans et demi. Entre à l'hôpital cantonal le 7 mai 1884 pour une ostéo-arthrite chronique fongueuse du genou droit, datant de près de huit ans. Suppuration ossense d'un doigt à l'âge de huit mois. Antécédents tuberculeux.

Opération le 16 mai 1884. Ethérisation. Antiseptie rigoureuse. Incision habituelle pour ouvrir le genou. — Le lambeau relevé, on constate que le condyle interne est considérablement tuméfié, mais sans foyer d'ostéite circonscrit, visible. Condyle externe en grande partie dépourvu de son cartilage, renferme un foyer d'ostéite circonscrit de 0^m,02 de profondeur. Tibia non altéré. On voit que la synoviale est tapissée de fongosités renfermant par places des foyers caséux. — On fauche cette dernière aux ciseaux courbes d'abord et la racle ensuite énergiquement avec la curette. — Ablation avec le couteau à os de tranches successives aux deux condyles, à l'interne surtout, jusqu'à ce que l'on soit en tissu sain et que l'on puisse mettre le membre en ligne droite. Le foyer du condyle externe est raclé à la curette. — Hémostase. — Suture du tendon rotulien, puis de la peau. — Pas de drains. — Pansement antiseptique. — Immobilisation.

Suites opératoires : 17 mai 1884. La plaie n'ayant pas été drainée, rétention de liquides, fièvre, tuméfaction, ce qui oblige à enlever les sutures et à sacrifier la réunion par première intention. — 26 juin 1884. Incision d'un abcès chaud siégeant dans le creux poplité. — 29 juillet. Cicatrisation complète sauf trois fistules sur la ligne d'incision et une dans le creux poplité. Silicate. — 4 août. L'enfant se lève, s'appuie sur sa jambe. Ankylose incomplète; quelques mouvements de flexion. — 26 août. Les fistules interne et moyenne sont tarées; il en reste encore deux. — 1^{er} septembre 1884. L'ankylose paraît complète; enlevé le silicate. L'enfant marche assez bien. Injection iodée tous les jours dans les fistules. Bains soufrés. — 18 septembre 1884. Quitte l'hôpital. La jambe s'est légèrement fléchie sur la cuisse. — Les deux fistules donnent encore, mais peu. — Genou indolent à la pression. — Marche assez facile et sans douleur.

Ayant fait une chute le 14 octobre 1884 sur son genou opéré, elle rentre à l'hôpital, où l'on ne constate rien de nouveau dans l'état de la jointure; rentre chez elle le 17 octobre 1884.

Revue le 23 décembre 1885. Bonne santé permanente depuis sa sortie du service de chirurgie. A toujours marché sans appareil. Les

fistules se sont tantôt fermées, tantôt rouvertes. Les os ont diminué lentement et diminuent encore lentement mais progressivement. N'a jamais toussé. Actuellement (23 décembre 1886), l'enfant, d'apparence un peu strumeuse, se porte bien cependant. Très bonne figure. Strabisme convergent double. — Jambe droite très légèrement fléchie sur la cuisse. — Atrophie du membre peu considérable dans sa totalité. — Raccourcissement 0^m,01. — Bassin est abaissé de 0^m,01 du côté opéré. — Genou un peu plus volumineux que l'autre; sur la cicatrice d'opération une fistule à orifice très petit. Il n'en existe pas d'autre. L'exploration de celle-ci avec le stylet nous montre que son trajet est dirigé vers le condyle interne, où il existe un point douloureux à la pression; le trajet a 0^m,01 de longueur et n'arrive pas sur un os dénudé. — Condyle interne plus gros que l'autre, fait une saillie notable; on y constate un point douloureux, à la pression seulement. — Synoviale n'offre rien de particulier. — Ankylose complète osseuse. Pas de mouvements du tout. — Démarche presque normale; l'enfant boite très peu, est très solide sur sa jambe au point de pouvoir agréablement sauter à la corde. — Suppuration très peu abondante, paraît-il.

Ce cas ne paraît pas heureux, et en effet le résultat n'est pas très bon pour le moment; nous disons pour le moment; car nous pensons et espérons que la guérison se fera complète, ainsi que semble le faire prévoir la régression qui s'est produite dans les phénomènes inflammatoires des os, et la diminution progressive de la suppuration par les fistules. Il n'y a pas de raisons actuellement pour ne pas espérer une guérison complète, aussi bien que dans d'autres cas analogues, d'autant plus qu'elle a triomphé déjà une fois, à l'âge de huit mois (donc très jeune) d'une suppuration osseuse, et que depuis elle s'est développée, fortifiée et qu'elle se trouve maintenant en très bonne santé et dans des conditions hygiéniques excellentes; ses antécédents tuberculeux sont pour nous la seule ombre au tableau.

Nous pensons que l'ostéite, qui existe encore au condyle interne, une fois disparue, la fistule se fermera pour ne plus se rouvrir, et alors nous compterons un beau résultat de plus à l'actif des nettoyages articulaires.

OBSERVATION XIII

F. B., âgé de 22 ans, agriculteur, entre à l'hôpital cantonal pour une ostéo-arthrite chronique du genou droit, remontant à sept mois environ et d'origine traumatique, le 2 juin 1884. Pas d'antécédents tuberculeux. Léger *genou valgum*.

Opération le 18 juin 1884. Ethérisation. Antisepsie rigoureuse. Ouverture habituelle de l'articulation. Adhérences fibreuses entre le fémur et le tibia et entre le fémur et la rotule. Enucléation de la rotule après avoir sectionné les adhérences. Ablation de tranches et de pans osseux au condyle interne, considérablement tuméfié, au moyen de la petite scie (Langenbeck) et d'un couteau à résection. — L'article ne contient pas de foyers caséeux. Des fongosités siégeant en avant et sur les côtés de la rotule sont excisées aux ciseaux courbes. — Hémorrhagie très abondante. Hémostase avec des ligatures et le thermocautère surtout. Drainage habituel. — Suture. — Pansement antiseptique et compressif. — Immobilisation.

Suites opératoires : 30 juin 1884. Réunion par première intention complète. Appareil silicaté. — 1^{er} août 1884. Genou absolument indolent; il n'a du reste plus été douloureux depuis l'opération. Quelques légers mouvements dans l'articulation. Nouvel appareil silicaté. — 5 août 1884. Le patient se lève, s'appuie sur la jambe droite aussi bien que sur l'autre; marche sans douleur. — 16 août 1884. Le malade quitte l'hôpital, entièrement guéri et avec un membre parfaitement droit; porte son silicaté.

Le 7 février 1887, notre opéré, qui habite le Valais, et que nous n'avons pas pu aller voir, répond aux questions que nous lui avons adressées, et nous donne les renseignements suivants :

Il a quitté son appareil et sa canne un mois après son départ de l'hôpital, et a pu reprendre au bout de peu de temps son travail. Il s'est toujours très bien porté. Son genou ne l'a jamais fait souffrir et n'a jamais eu de fistules.

Actuellement (7 février 1887), bonne attitude. Atrophie de 0^m,02 à la cuisse. — Raccourcissement de 0^m,01 (*sic*). Une très légère flexion, passive, possible dans le genou; d'active point du tout.— Le malade se déclare à l'heure présente fort de corps et de jambe. Le genou droit est comme l'autre, absolument indolent.

OBSERVATION XIV

C. M., âgé de 13 ans. Entre à l'hôpital cantonal le 31 janvier 1885 pour une ostéo-arthrite chronique fongueuse suppurée du genou droit, ayant débuté deux ans et demi auparavant. Pas d'antécédents tuberculeux. L'enfant n'est pas scrofuleux. Les lésions, très étendues et avancées, décident à la résection.

Opération le 4 février 1885: Ethérisation. Antiseptie rigoureuse. Incision habituelle. A l'ouverture de la jointure, il s'écoule du pus mal lié, en assez grande quantité, contenant des flocons jaunâtres et des fongosités rougeâtres, qui sortent surtout en opérant sur le cul-de-sac synovial supérieur. — Extirpation de la rotule, considérablement endommagée. — La synoviale, très épaisse et recouverte de fongosités, est raclée à la curette après en avoir fauché les fongosités aux ciseaux courbes; nettoyage aussi complet que possible. — Les deux condyles sont considérablement tuméfiés; destruction assez étendue de leurs cartilages; nombreux foyers d'ostéite. Les condyles sont réséqués par tranches au couteau; en poursuivant les lésions de cette façon, l'on arrive jusqu'à la base des condyles: là, plus de foyers d'ostéite, mais une coloration jaunâtre de l'os; apparence de dégénérescence graisseuse. Le cartilage épiphysaire a été légèrement mis à nu à sa partie interne. — Destruction du cartilage du plateau du tibia,

et foyers d'ostéite multiples. Les parties malades sont également enlevées par tranches jusqu'à nettoyage complet de l'os; ici, même aspect jaunâtre de l'os. — Hémostase. — Un gros drain allant dans le cul-de-sac supérieur de la synoviale vient sortir à l'angle externe de la plaie; deux drains plus petits sont placés en dedans et sortent par une contre-ouverture située à la partie la plus déclive de la jointure. — Suture de la peau. — Pansement antiseptique et compressif. — Immobilisation.

Suites opératoires : le 17 février 1885. Réunion par première intention complète. — 10 mars 1885. Appareil plâtré avec fenêtres pour la fistule interne et l'externe. — 10 avril 1885. Quitte l'hôpital avec son appareil plâtré, qu'il reviendra se faire enlever: la fistule donne encore.

Revu le 22 décembre 1886. On a enlevé à l'hôpital le plâtre en juillet 1885. Entre temps une fistule nouvelle s'était ouverte à la partie antérieure du genou et s'est refermée la première. On remplace le plâtre par un autre, la consolidation paraissant insuffisante. Les deux fistules interne et externe donnaient encore lorsqu'il est venu se faire voir à l'hôpital en juillet 1885; elles se sont fermées à la fin de l'année 1885 et le patient a conservé son appareil jusqu'en mai 1886, soit pendant un an, et l'a enlevé à ce moment, ainsi qu'il en avait reçu l'ordre. — Depuis son retour chez lui (10 avril 1885), il a toujours joui d'une excellente santé, n'a jamais souffert de son genou, a marché, couru et joué avec ses camarades, travaillé à la campagne et porté des charges, même assez lourdes.

Actuellement (22 décembre 1886) : Etat général excellent. Dans la station verticale, on a peine à distinguer quel est le membre opéré, le jeune homme étant vêtu. — Attitude de la jambe droite normale, à peine s'il existe un tout petit peu de flexion. — Atrophie très légère de la fesse et de la cuisse; le mollet, par contre, a son volume normal. — Raccourcissement de 0^m.03. — Abaissement du bassin du côté opéré, de 0^m.01. — Genou complètement sain; les os ne sont pas plus gros qu'à gauche et absolument indolents. Ankylose osseuse complète: pas de mouvements du tout. — Marche aisée sans appareil ni canne. — Claudication très légère.

Ce cas est un succès complet à tous les points de vue. Le raccourcissement est minime, en réfléchissant aux désordres opératoires, et prouve une fois de plus l'immense importance qu'il y a à épargner les cartilages

de conjugaison. Il est probable que, dans ce cas, la résection typique eût été obligée de les sacrifier, le cartilage du fémur du moins, puisque, même avec le couteau, on est arrivé à le mettre à nu. Nous laissons à penser quelles en eussent été les conséquences, surtout le jeune homme ayant beaucoup grandi à ce qu'il paraît.

OBSERVATION XV

M. A., âgé de 3 ans. Entre à l'hôpital cantonal pour une tumeur blanche du coude droit le 20 novembre 1885, après avoir été traité pendant plusieurs mois polycliniquement à la clinique de chirurgie. — A son entrée, enfant des plus scrofuleux, blépharo-conjonctivite. Il a perdu un œil par fonte purulente du globe, ayant eu, paraît-il, comme début, une kératite. — On recommence par immobiliser le bras, ce qui a déjà été fait longtemps avant son entrée, mais cette fois encore sans succès. L'affection articulaire fait des progrès et se complique d'un abcès périarticulaire qui s'ouvre spontanément un peu plus tard, puis d'une kératite avec pannus crassus. Traitée par des instillations de sulfate d'atropine quotidiennes répétées, et par des compresses d'acide borique, la kératite guérit complètement en trois semaines. L'abcès, par contre, continue à suppurer par une fistule. Second abcès cinq ou six semaines après le premier, qui se vide également par la fistule; sur celle-ci se développe un énorme fungus, tendant toujours à augmenter. La fièvre et la douleur continuelles, qui affaiblissent rapidement l'enfant, la marche promptement envahissante des lésions, qui sont du reste déjà fort avancées, la certitude qu'il n'y a pas de guérison possible sans une intervention énergique, décident à réséquer malgré le jeune âge du sujet, l'étendue des lésions et surtout son état général déplorable.

Opération: le 24 février 1886. Ethérisation. Antiseptie rigoureuse. Lavage du champ opératoire avec la solution phéniquée à 3‰.— Incision verticale de 0^m,10—0^m,12 passant sur l'olécrâne. On dissèque un peu les lèvres de la plaie. En décollant avec la rugine le périoste de l'olécrâne, afin de conserver au triceps son insertion, le cartilage d'encroûtement de cet apophyse se détache, ainsi que celui du condyle externe de l'humérus. — Abrasion aux ciseaux et à la curette des fon-

gosités articulaires, qui constituent la lésion principale de la jointure ; celle-ci est bien nettoyée et raclée avec la curette et la rugine. — Les os sont relativement peu atteints. Quelques foyers d'ostéite sont raclés à la curette sur le cubitus ; ablation de tranches à l'olécrâne sur une hauteur de 0^m,005 environ. On ne touche pas au radius, qui est un peu gros, mais ne paraît pas sérieusement atteint. Les condyles huméraux, présentant également des foyers de raréfaction, sont vigoureusement raclés et nettoyés à la curette, sans perdre pour cela leur force primitive. — L'articulation, dûment nettoyée et curée, l'on fait subir aux cavités des deux abcès périarticulaires, aux trajets fistuleux, une toilette radicale avec la curette et des éponges montées. Le fongus, faisant hernie hors d'une fistule, est extirpé complètement. Par le fait de ces nettoyages, la peau est notablement amincie, et l'on est obligé d'en exciser des lambeaux. — Lavage de la plaie au 5 %. Hémostase en grande partie au thermo-cautère. — Contre-ouverture à l'angle interne du pli du coude, par laquelle on draine l'articulation. — Suture partielle de la plaie.

Le ganglion cubital droit, considérablement tuméfié, est extirpé séance tenante. Suture de la peau. — Pansement antiseptique commun aux deux plaies. — Immobilisation.

Suites opératoires : 2 mars 1886. Réunion par première intention de la plaie d'incision sur le coude et de celle du ganglion. Etat général parfait. — 13 mars 1886. Le drain donnant issue à très peu de liquide, on met un pansement plus léger et, par dessus, un appareil plâtré. — 19 mars 1886. On coupe l'appareil en deux valves et pause le petit opéré. Toutes les surfaces privées de peau ou d'épiderme bourgeonnent bien. — 7 mai 1886. La cicatrisation a avancé. — L'enfant est atteint d'une varicelle ; il y en a une épidémie dans le pavillon des enfants. — 19 mai 1886. Complètement guéri de sa varicelle. Tuméfaction des ganglions cervicaux. Iodure de potassium inlus et extra. — 29 juin. Appareil silicaté. — 8 juillet 1886. Le coude a énormément diminué de volume et n'est plus douloureux du tout. Prend des bains soufrés tous les deux jours depuis longtemps. Quelques petits mouvements dans le coude, non douloureux. La fistule du pli du coude (orifice du drain) est fermée ; l'épicondylienne suppure très peu. — Cicatrisation complète, sauf cette dernière fistule. — 5 octobre 1886. Quitte l'hôpital et part demain pour les bains de mer. Etat général excellent. — Les fistules ont complètement cessé de donner du pus. — Les mouvements dans le coude sont très faibles, mais la main et les doigts ont passablement de force. Ganglions cervicaux diminués des trois quarts. Atrophie très modérée du membre. Pas de raccourcissement.

Depuis l'opération, l'état général de l'enfant n'a fait que s'améliorer de jour en jour. Le petit opéré a beaucoup grandi, augmenté de poids, s'est fortifié et bien développé; il ne s'est jamais plaint de son coude. Celui-ci, qui, au moment de l'opération était énorme, avait repris son volume à peu près normal à son départ.

L'enfant ayant passé l'hiver à l'Asile maritime Dollfuss, de Cannes, où il restera encore pendant trois mois environ, nous nous sommes adressé à M. le Dr de Valcour, médecin de l'établissement, pour obtenir quelques renseignements sur l'état actuel de l'enfant, tant au point de vue local que général, renseignements qu'il vient de nous communiquer avec une extrême obligeance, et que voici :

Le 27 mars 1887 : Avant d'arriver aux bains de mer, la fistule s'est rouverte, car l'enfant est arrivé porteur de la dite à Cannes. — Au bout de cinq jours de bains, cessation de la suppuration (16 octobre 1886), qui recommence légèrement le 16 novembre 1886. — Eruption de rougeole le 17 décembre 1886; celle-ci est forte, mais normale. Les jours suivants, sécrétion abondante des bronches. Ophthalmie caractéristique, très accentuée. La suppuration du coude augmente. — Bientôt tout rentre dans l'ordre. — Reprise des bains de mer le 27 février 1887. A ce moment, très légère suppuration sur un seul point (fistule de l'extrémité supérieure du cubitus). L'enfant fait de la gymnastique; le coude reprend des mouvements assez étendus pour que l'enfant puisse se servir habilement de son bras pour manger. — Etat actuel général excellent.

L'on ne peut pas porter sur ce cas un jugement absolu au point de vue opératoire, l'enfant étant encore en traitement pour une affection constitutionnelle très prononcée et de laquelle découlent tous ses malheurs, plutôt que pour son coude. Tout ce que nous pouvons dire, c'est qu'à la vérité, l'opéré n'est pas encore au bénéfice d'une guérison absolue de son coude, nous disons pas encore, car nous ne doutons pas que, si l'état général devient meilleur, l'affection locale ne guérisse complètement; l'amélioration générale qui s'est produite jusqu'à ce jour et qui a certainement été toujours en progressant, semble nous autoriser à parler de la sorte.

Pour nous, il est bien évident qu'ici, c'est la scrofuleuse intense dont est atteint l'enfant, qui doit être rendue responsable de l'imperfection de la guérison du coude, et non pas le mode opératoire. Le résultat nous paraît donc satisfaisant pour le moment, malgré la fistule, à cause de l'excellente fonction du membre, laquelle n'est certes pas à dédaigner, et nous espérons qu'un succès durable et définitif remplacera l'état actuel.

OBSERVATION XVI

P. P., âgé de 21 ans, agriculteur. Entre à l'hôpital cantonal le 14 novembre 1885, pour une ostéo-arthrite fongueuse suppurée du genou droit, datant de deux ans et demi. A son entrée, il existe déjà une fistule au genou qui remonte à dix mois. L'étendue et le degré des lésions indiquent la résection immédiate comme seul traitement possible.

Opération le 24 novembre 1885. Ethérisation. Antiseptie rigoureuse. Incision habituelle des téguments et du tendon. L'articulation ouverte, l'on constate que les cartilages sont détruits sur une certaine étendue. On excise la synoviale portant de nombreuses fongosités. Evidemment à la curette du tibia au niveau de la fistule, ce qui produit une excavation du volume d'une amande. Ablation au bistouri de toutes les surfaces du fémur et du tibia. Les culs-de-sac postérieurs de la synoviale sont excisés en arrière des ligaments croisés. Hémostase assez difficile au thermo-cautère. Drainage habituel, avec contre-ouvertures pour les drains. Suture. Pansement antiseptique et compressif. — Immobilisation.

Suites opératoires : Ont été très simples. L'observation, qui est incomplète, nous apprend que la réunion s'est faite par première intention complète : le malade a quitté l'hôpital le 4 février 1886, marchant facilement avec une canne.

Ce malade, qui habite à très grande distance d'ici, et que, pour cette raison, nous n'avons pu revoir, répond intelligemment à une lettre et à un questionnaire que nous lui avons adressé.

En date du 28 janvier 1887 : Il nous déclare n'avoir jamais été malade depuis son retour et avoir peu souffert de son genou. En mars 1886, une fistule s'est rouverte à la place qu'occupait la première, donnant très peu de pus. A porté, pendant cinq mois après son départ de l'hôpital, une silicate bivalve, et deux cannes, puis une seule. En septembre 1886, le malade a repris son travail, ce qui lui a été fort pénible au début. A ce moment, la jambe s'est très légèrement fléchie.

Actuellement (23 janvier 1887), bonne santé. Ne tousse pas (n'a jamais eu d'hémoptysies). Très légère flexion de la jambe sur la cuisse. — Atrophie de la cuisse de 0^m.03. — Raccourcissement de 5 millimètres (*sic*). — Genou plus petit que le gauche, non déformé, absolument indolent. — Ankylose absolue. Pas de fistule. — Marche aisée. — Porte une canne.

Ce cas se passe de commentaires ; les faits prouvent suffisamment que nous avons ici un résultat excellent à tous les points de vue. Nous n'avons pas pu, malheureusement, contrôler les assertions de l'opéré, mais nous n'avons pas de raisons pour douter de sa véracité. La façon dont il nous renseigne sur le degré de raccourcissement et d'atrophie démontre qu'il fournit ces indications en parfaite connaissance de cause.

OBSERVATION XVII

B. B., âgée de 9 ans. Entre à l'hôpital cantonal le 20 avril 1885 pour une fracture du fémur gauche. A son entrée elle est porteur d'une ostéoarthrite chronique du genou du même côté, avec fistule datant de quatre ans et non guérie. Il existe en outre un assez fort degré de flexion et un peu de *genu valgum*. Comme anamnèse digne de remarque : fracture de la cuisse gauche déjà une fois en 1883. Quant aux fistules, on apprend qu'elles ont persisté depuis une opération qui, d'après les récits, doit avoir été un nettoyage de l'os, une séquestrotomie dans le quart inférieur de la diaphyse du fémur. — Pas d'an-

técédents tuberculeux dans la famille. — La fracture, pour laquelle elle entre à l'hôpital, une fois guérie, on s'occupe de la tumeur blanche qui persiste, ainsi que la fistule, qui a un caractère torpide et est de peu d'étendue. Une tentative de redressement brusque ayant échoué, l'on procède immédiatement à la résection le même jour.

Opération le 10 février 1886. — Éthérisation. Incision habituelle, après avoir pourvu à une antiseptie rigoureuse. L'articulation, une fois ouverte, l'on constate qu'elle ne contient pas de fongosités à proprement parler, mais plutôt un tissu fibreux assez dense. Les os sont considérablement augmentés de volume, ce qui a empêché le redressement et motivé l'ouverture de la jointure. Les condyles surtout sont très gros, mais paraissent sains à part cela. — On enlève quelques tranches d'os à ces derniers avec le bistouri et, ce faisant, l'on arrive sur une cavité siégeant dans le condyle externe, contenant des fongosités. La dite cavité, de la grosseur d'une petite cerise, est vigoureusement raclée et évidée à la curette jusqu'à ce que l'os apparaisse normal. — Ablation de quelques légères tranches d'os au tibia, afin de permettre une bonne adaptation des deux os. — La cavité synoviale est dépouillée aux ciseaux courbes et avec la curette, de ses tissus pathologiques. Au cours de cette partie de l'opération, l'on découvre et nettoie à fond avec la curette, un petit foyer à contenu caséux, siégeant au devant du plateau du tibia, sous le tendon rotulien. Plus loin, l'on trouve la rotule atteinte d'un grand foyer d'ostéite communiquant avec la fistule. Le foyer en question étant trop grand pour permettre de le nettoyer et de conserver la rotule, celle-ci est excisée. Enfin, un dernier foyer inflammatoire, du volume d'un petit pois, ramolli, découvert dans le cartilage du condyle externe, est enlevé à la curette. — Hémostase; le thermo-cautère devient nécessaire à cause de l'abondance de l'hémorrhagie. — Drainage habituel; en dedans, le drain passe par une contre-ouverture. — Suture. — Pansement antiseptique. — Immobilisation.

Suites opératoires: 11 février 1886. Le pansement a dû être changé parce qu'il était imbibé de sang. Dès lors, pansement le 18 février 1886, puis le 5 mars 1886. A cette date, réunion complète par première intention. Appareil plâtré. Une petite ligne de bourgeons charnus se sont développés sur la cicatrice à cause d'un très petit écartement des bords cutanés seulement, de la plaie. Fenêtre dans l'appareil pour les pansements. — 5 mai 1886. Le genou a beaucoup diminué de volume; est indolent. Flexion très légère dans le genou quand on

cherche à la produire. — 20 mai 1886. Cicatrisation de toute la plaie. — 31 mai 1886. Le plâtre est changé contre un appareil bivalve en silicate de potasse. — 8 juin 1886. L'enfant se lève et marche avec des béquilles. — 30 juin 1886. A quitté les béquilles depuis quelques jours pour deux cannes. — 8 juillet 1886. Une seule canne suffit aujourd'hui, l'enfant court toute la journée. — 17 septembre. Quitte l'hôpital dans un état très satisfaisant. Elle s'est énormément développée; état général excellent; a beaucoup engraisé. Le genou va très bien, l'ankylose est complète; malheureusement, un petit point sur la cicatrice s'est remis à suppurer un peu, sans que cependant le stylet pénètre à plus de 0^m,001-0^m,002 de profondeur et arrive sur un os. Très faible tendance au *genu valgum*. — Emporte son appareil aux bains de mer, où elle va se rendre prochainement.

Cette enfant, comme celui de l'Obs. XV, a été et est encore à l'Asile maritime Dollfuss, de Cannes. M. le Dr de Valcour a bien voulu nous donner aussi sur elle quelques renseignements précieux. — Le 27 mars 1887: La suppuration a été supprimée après le douzième bain pour ne plus jamais reparaitre. Le *genu valgum* n'a pas augmenté. — L'appareil silicaté a été remplacé par un autre également bivalve. — Etat général excellent.

Nous pensons qu'il est inutile d'insister sur ce cas, qui est évidemment un succès. Nous ajouterons seulement qu'à son départ il n'existait pas de raccourcissement appréciable; il ne semble pas qu'il s'en soit produit dès lors. Quant à l'atrophie, qui était notable avant l'opération, elle n'a pas augmenté depuis, jusqu'au moment où elle nous a quittés, et, pour cette raison, nous doutons que cela ait été le cas depuis.



RÉCAPITULATION

Nous avons donc vu 17 cas de nettoyage articulaire, dont 16 du genou et 1 du coude. Tous sont sortis guéris de l'hôpital, sauf le malade de l'Obs. VIII, qui l'était encore imparfaitement. Nous n'avons pas eu de mort à enregistrer parmi nos réséqués pendant leur séjour à la clinique chirurgicale, mais depuis leur sortie deux sont morts : le premier (Obs. VIII) quatre mois après son départ, d'une affection absolument indépendante de sa tumeur blanche et de l'opération ; la seconde (Obs. II) quatre ans après le nettoyage de son genou, d'une maladie qui, d'après des renseignements très vagues, semblerait avoir été une tuberculose généralisée. — Aucun de nos opérés n'a dû subir plus tard d'amputation. La malade de l'Obs. VII, seule, s'est soumise à une seconde résection (prématurée, nous semble-t-il), sept mois après la première. — Tous nos réséqués nous ont déclaré avoir joui d'une excellente santé depuis l'opération, sauf M^{lle} C. G. (Obs. VII), qui n'a jamais été très bien portante.

Sur les 17 nettoyages d'articulation, la rotule a été extirpée 7 fois ; nous n'avons pas trouvé que le fait d'extirper ou de laisser cet os ait une influence quel-

conque sur l'état général et local de nos opérés. — 8 de nos malades, sur 17, sont partis de la clinique conservant des fistules, dont 3 seulement persistent aujourd'hui; chez 4 elles se sont fermées, en général assez promptement, et le huitième a emporté la sienne dans la tombe. Sur les 3 qui existent encore à ce jour, nous pensons que la fistule de l'Obs. VI n'a pas de rapports directs avec l'articulation, mais, comme nous ne pouvons pas fournir des preuves absolues de l'exactitude de notre assertion, nous avons cru devoir la signaler quand même. Quant à la fistule de l'enfant M. C. (Obs. XII), nous avons lieu de croire que sa persistance, encore à l'heure qu'il est, est due à une certaine négligence et insouciance des parents. Chez l'enfant M., enfin (Obs. XV), l'on ne peut que constater l'existence de sa fistule, sans porter de jugement, le petit opéré étant encore en traitement.

Les 17 opérés ont quitté le service de chirurgie ayant les membres en très bonne attitude et en emportant un appareil de contention. Sur le nombre, 3 seulement ont conservé une extension parfaite dans le membre inférieur, chez 5 l'attitude est encore passable, malgré un léger degré de flexion, chez 6 l'attitude est mauvaise, c'est-à-dire que la flexion est trop prononcée, sans toutefois gêner la fonction du membre. — Le petit réséqué du coude (Obs. XV) a le coude en demi-flexion et possède des mouvements assez étendus dans la jointure; quant aux deux autres opérés, ils sont morts. — Le raccourcissement a oscillé généralement entre 0^m,04 et 0^m,00 sauf l'opéré de l'observation I, dont le membre opéré

est de 0^m,06 plus court que l'autre, ce qui s'explique par le fait que l'opération était mixte, autrement dit n'était pas un nettoyage pur et simple. — L'atrophie, généralement pas trop forte, existait presque toujours à la cuisse, tandis qu'à la jambe elle a fait fréquemment défaut. — La fonction des membres opérés a été et est encore excellente si nous en croyons les quatorze malades que nous avons pu interroger. Le quinzième est charron et fait son tour de France ; ce fait seul est suffisamment éloquent.



CHAPITRE V

DISCUSSION

Nous venons de voir, par la série d'observations ci-dessus et la récapitulation sommaire qui vient ensuite, que les résultats fournis par le mode opératoire que nous pratiquons, sont bons et dignes d'être mentionnés. Mais il ne suffit pas de donner à la méthode un brevet d'excellence ou (soyons modestes) de bonté, il faut encore en donner la raison et démontrer quels sont les avantages qui nous ont engagés à prendre pour règle cette manière d'opérer.

1° Au point de vue opératoire. — Au premier abord, l'opération elle-même ne paraît pas offrir de grands avantages au point de vue technique, et l'objection qu'on pourrait nous faire, à savoir, qu'au contraire la technique de la résection typique est plus simple que l'autre, paraît plausible. Elle est même juste lorsqu'on opère sur un cadavre, mais là s'arrête sa justesse. Sur une articulation vivante, la question change, car il s'agit ici d'opérer pour conserver un membre qui soit le plus utile possible à son propriétaire. Or, les extrémités raccourcies, les inférieures surtout, perdent de leur valeur en proportion exacte du raccourcissement ; en un mot tout dépend de la longueur d'os qu'on enlève. Avec la scie, l'on sec-

tionne toujours avec un peu d'incertitude, si minutieusement que l'on procède, ce qui est un tort incontestable ; livrer le moins possible au hasard, telle doit être une des règles fondamentales de la médecine en général et de la chirurgie en particulier.

C'est précisément ce que fait le nettoyage articulaire au couteau et à la curette. Il est impossible d'aller au-delà des lésions avec le couteau (qui, même dans le cartilage, n'enlève que des tranches minimales d'un coup) sans le vouloir positivement et l'on peut toujours s'arrêter où l'on veut. Avec la scie, il ne peut pas être question de cela. Une fois la tranche entamée, il faut la finir et ce n'est qu'après que l'on peut se rendre compte de ce que l'on a fait. Aussi peut-il arriver que l'on enlève de deux à cinq ou six millimètres d'os d'un coup, alors qu'en se servant du couteau un millimètre ou un demi-millimètre eût suffi. L'on me répondra que la scie, elle aussi, peut enlever des tranches de un à deux millimètres, c'est possible, mais elle-même en détruit encore un ou plus par l'action des dents, ce qui constitue aussi une perte. En outre, la scie ne peut servir qu'en surface et ne pourra jamais agir ni localement ni en profondeur.

L'action de la curette est soumise encore davantage à la volonté du chirurgien, qui la manie avec autant de précision que le sculpteur son ciseau ou son couteau. Donc encore là pas de surprise désagréable possible ; l'on sait où l'on va, l'on sait ce qu'on enlève, l'on sait (quelquefois imparfaitement, c'est vrai) ce que l'on laisse, et si dans ce dernier point il existe une espèce d'incertitude, du moins est-elle la même, lorsque l'on se sert de la scie.

La gouge elle-même, d'apparence si brutale et aveugle, offre moins d'inconvénients que la scie. Maniée avec circonspection, elle ne produira pas d'éclats et agira comme un couteau à lame très courte, dans les cas où ce dernier instrument se heurterait à une dureté exceptionnelle de l'os, je dis exceptionnelle, car il est reconnu que l'os pathologique et même l'os sain (à moins d'être atteint d'ostéite condensante) se laissent parfaitement couper au couteau.

Le rôle principal de la gouge cependant est évidemment de faciliter l'accès à d'autres instruments, à la curette en particulier, lorsqu'ils ne peuvent atteindre des foyers profonds de l'os dont l'existence n'est pas douteuse. La scie, elle aussi, peut rapidement les mettre à nu, mais quel immense inconvénient s'ils siègent à l'épiphysé fémorale, par exemple, immédiatement au-dessus ou au-dessous du cartilage de conjugaison !

Notre technique a, il est vrai, un inconvénient, autrefois considérable, aujourd'hui par contre peu important, grâce à la méthode antiseptique ; c'est la durée de l'opération qui est plus grande lorsque l'on cure, racle, coupe, fouille l'os, que lorsqu'on le scie purement et simplement.

En effet, il est de règle de laisser le moins longtemps possible une plaie en contact avec l'air, mais cette raison ne suffirait pas, pensons-nous, pour faire pencher la balance en faveur d'une opération, plus prompte il est vrai, mais entraînant des conséquences déplorables à tant de points de vue.

Nous sommes assez fortement armés de nos jours contre les ennemis d'antan, contre la pyhémie et la

septicémie pour ne pas craindre de laisser ouverte une jointure pendant un certain temps, aussi cette objection, que l'on soulèvera peut-être, là où l'antisepsie ne jouit pas encore de la considération qu'elle mérite, perd-elle la plus grande partie de sa valeur.

En résumé, les avantages techniques de la résection partielle se bornent à la sécurité de ce que l'on fait, à la certitude que l'orr a de ne pas aller où l'on ne veut pas et enfin à l'assurance de ne pas produire, même involontairement, des lésions inutiles et préjudiciables au patient.

2° **Au point de vue de la thérapeutique.** — La thérapeutique chirurgicale moderne, comme nous la comprenons, a pour tâche de modifier, en les conservant autant que possible, les tissus *pathologiques* de l'organisme, accessibles à une intervention d'ordre externe, de ne supprimer qu'eux et seulement lorsqu'une guérison ne leur est plus permise. C'est en se basant sur de tels principes que nous avons vu un certain nombre de chirurgiens modernes transformer la résection typique en atypique et qu'à la clinique chirurgicale de l'Université de Genève, M. le professeur Julliard a substitué à l'ancienne opération classique le nettoyage des articulations.

Cette méthode offre avant tout l'avantage d'être rationnelle. Elle n'ôte que ce qui est malade, rien que ce qui est malade. En effet, pourquoi sacrifier aveuglément ou peu s'en faut des portions saines d'articulations. C'est pour être sûr de ne pas laisser de tissus pathologiques en arrière, nous dira-t-on. Mais cette certitude est-elle bien réelle ? Nous en doutons et allons même plus loin : nous la

croisons infiniment moins grande que lorsqu'on a poursuivi les lésions avec la curette si loin qu'on peut les atteindre et il n'est plus à démontrer que cet instrument peut s'insinuer facilement partout.

Estimant que l'on ne peut jamais être *absolument* sûr d'avoir enlevé tout ce qui devait disparaître, que l'on procède d'une façon ou d'une autre, il nous paraît cependant plus avantageux pour le patient de ne pas être privé de portions souvent considérables de tissus sains, d'os surtout, et tout particulièrement lorsque le sujet n'a pas fini sa croissance. Nous croyons même, en admettant qu'on laisse un foyer d'ostéite par exemple, que le malade retirera plus de bénéfice du nettoyage qu'aura subi sa jointure, que si on enlève le foyer, mais qu'on lui raccourcisse les os de 0^m,03-0^m,06 ou plus. Le foyer d'ostéite peut guérir spontanément tandis que l'os supprimé avec son périoste ne se reproduira en aucun cas.

Volkman¹ a dit dans sa monographie sur les résections articulaires : « Les résections n'agissent pas comme les opérations du cancer. Celles-ci doivent détruire les tissus pathologiques, tandis que celles-là ont surtout pour but de les modifier et de substituer à un processus inflammatoire chronique un processus inflammatoire traumatique, aigu, procédé que la médecine et la chirurgie appliquent fréquemment ailleurs. » Et il ajoute que cette manière de faire lui a parfaitement réussi plus d'une fois, quoique ayant laissé en arrière de la substance cariée chez des enfants. Pourquoi alors sacrifier aussi radicalement que

1. R. Volkman : loc. citat. *Sammlung klinischer Vorträge*, n° 51 page 316.

le veulent les partisans de la résection typique ce qui peut se réparer ? Qu'on le supprime, nous le voulons bien, mais encore doit-on le faire plus doucement, plus économiquement, surtout si l'on ne veut rien laisser au hasard, et pour cela il n'y a qu'à prendre le couteau ou la curette ; l'effet sera à peu près le même en tant qu'opération, mais le résultat final sera meilleur certainement.

Il est bien évident qu'en présence de lésions manifestement tuberculeuses l'indication change. L'on devra éliminer soigneusement tout ce qui peut paraître suspect dans une ostéo-arthrite tuberculeuse et renforcer l'action du couteau ou de la curette par des agents caustiques énergiques et antiseptiques en même temps, mais la nature des lésions n'est pas une raison suffisante pour mettre de côté les opérations économiques du tissu osseux, quoi qu'en dise M. Ollier¹, qui les considère comme plus graves dans les grandes articulations que les résections typiques et moins efficaces, parce qu'elles exposent davantage à la tuberculisation générale.

Nous ne comprenons pas bien pourquoi, car il nous semble que des foyers tuberculeux totalement enlevés à la curette ou au couteau sont aussi complètement éliminés qu'avec la scie. Le tout est de les enlever. La résection typique fait disparaître les points affectés de tuberculose en faisant une grande plaie osseuse, ouvrant ainsi une foule de vaisseaux, tandis que la résection atypique crée des surfaces cruentées généralement beaucoup moins étendues et

1. Ollier L. : Des opérations conservatrices dans la tuberculose articulaire. *Revue de chirurgie*, mars 1885 (page 199).

en tout cas jamais plus vastes qu'une section transversale de l'os.

Si maintenant la théorie de l'auto-inoculation, sur laquelle M. Verneuil a beaucoup insisté, est juste et que celle-ci se produise par les vaisseaux sanguins ouverts, il est clair qu'une large surface cruentée a plus de chances de s'infecter qu'une petite. Il en résulte, logiquement, que le danger d'auto-infection est plus grand dans un cas de résection typique, où les vaisseaux de l'os sont toujours sectionnés sur une surface très étendue, que dans la résection atypique, où le plus souvent la plaie osseuse est beaucoup plus petite et, si l'on veut continuer à être logique, l'on devra donner la préférence à la méthode économe comme beaucoup moins dangereuse. La rétention des liquides infectieux dans les cavités creusées par la curette ou la gouge n'est pas admissible lorsqu'on a l'habitude de drainer consciencieusement une plaie; ceci dit pour prévenir l'objection que l'on pourrait soulever à ce sujet et sur laquelle Ollier a beaucoup insisté dans son discours au Congrès international de Copenhague, mettant même en doute l'efficacité de l'antisepsie dans les cas de résection pour tuberculose articulaire.

Un des points les plus saillants dans la comparaison au point de vue thérapeutique entre les deux procédés de résection articulaire est sans contredit celui qui résulte des désordres opératoires. Or, nous n'hésitons pas à dire que c'est précisément un des plus grands titres de gloire du nettoyage articulaire, si ce n'est le plus grand, de produire des désordres relativement minimes dans les jointures. — Personne

n'ignore que, dans une opération quelconque, la gravité de celle-ci est en rapport direct avec l'étendue du traumatisme. Partant de ce point de vue général, nous voyons déjà d'ici quel avantage considérable quant au danger, ressort d'une opération économique du tissu osseux d'une articulation. D'un côté vous faites disparaître un foyer de fongosités en quelques coups de curette, par exemple, tandis que de l'autre toute la portion d'os porteur de la lésion et au-delà est enlevée d'un coup de scie.

Et lequel des deux moyens est le plus avantageux ? Celui qui supprime le mal en laissant, par exemple, une apophyse importante intacte ? Ou bien celui qui détruit, en même temps que les tissus pathologiques, une portion de tissus sains constituant un des éléments principaux de l'articulation ? Celui qui conserve à une jointure sa forme et peut-être ses fonctions en la nettoyant, ou celui qui supprime l'articulation avec le mal ? La réponse à ces questions ne nous paraît pas douteuse et nous sommes persuadés que les opérations économiques ont un avenir assuré.

Les partisans convaincus de la résection typique nous accorderont peut-être que, dans certaines affections, le procédé dont nous nous occupons a quelque raison d'être, mais que, vis-à-vis de lésions tuberculeuses, la question change et que, dans ce cas, l'économie est au moins une imprudence. Couper, scier en tissu sain et largement, voilà la règle. De cette façon seulement, d'après eux, l'on est à l'abri des récives locales ou de généralisation de la tuberculose et, suivant cet exemple, l'on voit un certain

nombre de chirurgiens, sous l'influence d'une terreur mystique pour ainsi dire, sacrifier sans remords des jointures qu'un traitement moins timoré eût conservées, ou du moins traitées moins radicalement.

Nous pensons que cette manière d'envisager les choses et de combattre la tuberculose articulaire est une erreur. Sans doute, là plus qu'ailleurs, il faut éviter des négligences, qui pourraient avoir des conséquences fâcheuses pour le malade, sans doute il faut poursuivre énergiquement, comme nous l'avons dit plus haut, les foyers atteints ou même seulement suspects de tuberculose, mais on peut le faire sans tout sacrifier, car, de deux choses l'une : ou bien les lésions de nature tuberculeuse sont circonscrites, peu profondes, peu étendues, ou bien elles sont très avancées. Dans le premier cas, le couteau et la curette en viendront aussi facilement à bout que la scie ; dans le second, si un nettoyage n'est plus permis, la résection typique ne le sera plus non plus et ce sera alors à l'amputation de débarrasser l'organisme de ce foyer de tuberculose, qui l'aura déjà contaminé dans bien des cas et souvent affaibli au point qu'il ne pourrait plus faire les frais de la guérison d'une résection.

Nous avons parlé jusqu'ici des désordres osseux comparativement pour les deux méthodes opératoires, comme des plus importants, et nous avons laissé dans l'ombre ce qui advient des parties molles constituant la jointure, de la capsule et de la synoviale. Si nous reléguons ces deux éléments articulaires à l'arrière-plan et si nous passons rapidement sur eux, c'est que les différences qui les concernent dans les

deux genres de résection sont peu sensibles aujourd'hui.

La synoviale est partout nettoyée soit à la curette, soit aux ciseaux, soit extirpée complètement avec la capsule; et cette dernière variante exceptée, il n'existe pas de différence à ce point de vue entre les deux modes opératoires. Nous n'avons pas vu pratiquer, à la clinique chirurgicale de l'Université de Genève, l'énucléation de la capsule ainsi que le faisait Kœnig et nous croyons que l'on arrive à un résultat aussi bon, si ce n'est meilleur, en raclant à fond la synoviale. De cette façon l'on évite des désordres considérables, en particulier une hémorrhagie qui ne doit pas être insignifiante, ajoutée surtout à celle qui se produit à la section des os, et l'on conserve en outre un moyen de contention qui n'est pas à dédaigner, au genou en particulier.

Il est également préférable de conserver la rotule, même lorsqu'elle est atteinte par le processus inflammatoire, en la soumettant au même traitement que les autres os.

Nous avons vu que les résultats obtenus en la conservant ne sont pas moins bons que lorsqu'elle a dû être enlevée à cause de l'étendue de ses lésions, aussi sommes-nous opposés à la méthode prônée par un certain nombre de chirurgiens qui en veulent l'ablation à tout prix. M. Penière¹, par exemple, recommande dans sa thèse inaugurale l'élimination de la rotule dans tous les cas, déclarant que la conservation de cet os augmenterait du double et au-delà

1. *Penière* : Thèse de Paris 1869.

les chances d'amputations consécutives à la résection et la mortalité d'un tiers. — Nous n'en comprenons pas la raison et ne voyons pas pourquoi il ne serait pas possible de conserver cet os comme les autres. Notre statistique, du moins, n'a pas eu à enregistrer de cas où l'on ait eu à se repentir de l'avoir conservée.

Nous croyons qu'au contraire sa conservation est d'une grande utilité, parce qu'elle donne avec la suture du tendon rotulien plus de force à l'ankylose et que pendant la durée du traitement elle concourt efficacement à la contention du membre dans l'attitude réglementaire.

La réparation des désordres causés par l'opération est digne aussi d'une certaine considération.

En thèse générale, moins on détruit et moins il y a à réparer. Cet axiome s'applique parfaitement au sujet qui nous occupe. Etant donné un cas d'ostéoarthrite du coude, par exemple, traitez-le par la résection typique en abattant sans pitié les extrémités articulaires, comme c'est la règle, et il est certain que la guérison du coude sera plus longue à venir que si vous vous bornez à évacuer l'olécrâne, à eurer l'extrémité inférieure de l'humérus et la petite tête du radius, sans vouloir parler encore du résultat fonctionnel sur lequel nous reviendrons plus tard.

La résection sous-capsulo-périostée d'Ollier seule nous paraît pouvoir lutter avantageusement avec l'opération économique; mais que de difficultés opératoires ! Et encore là les extrémités osseuses enlevées seront plus longues à se reformer que les cavités que nous aurions faites à la curette, à se combler; aussi le choix sera-t-il vite fait entre les deux et nous ne

doutons pas que le nettoyage du coude n'obtienne la préférence.

C'est surtout dans ces cas de tumeurs blanches à type fongueux, où l'os et le cartilage offrent de petits foyers très circonscrits, superficiels, peu profonds, que la résection typique serait regrettable. Un petit foyer, deux ou trois peut-être, qu'un coup de curette enlève, justifieraient l'ablation des deux condyles fémoraux, par exemple ?

Non, certainement non, et cependant c'est ce que les partisans de la résection typique réclament. Ils sacrifieraient sans scrupule une jointure que Langenbeck¹, dans un cas analogue, sut conserver mobile et fonctionnant comme l'autre après lui avoir fait subir une arthrotomie et un nettoyage osseux.

Sans aller jusqu'à dire que l'on devrait rechercher régulièrement ce résultat, du moins pourrait-il ne pas être complètement hors de saison de tenter la chose plus fréquemment qu'on ne le fait, et nous ne sommes pas loin de croire que, pour certaines articulations, ces tentatives auraient, dans bien des cas, la chance de réussir. Le coude surtout, qui, par sa situation topographique, est apte à se régénérer rapidement, pourrait donner de très bons résultats dans ce sens, si nous en jugeons par l'observation XV, qui nous dit que l'enfant, malgré des lésions étendues de la jointure, conserva cependant des mouvements après guérison de l'opération.

La facilité merveilleuse avec laquelle guérissent les interventions sanglantes sur le membre supé-

1. *Langenbeck* : Deutsche Klinik, 1853.

rieur, ainsi que les lésions spontanées qui peuvent atteindre ce dernier, nous forcent à dire que ce serait presque un péché de réséquer complètement un coude, une épaule ou un poignet alors qu'on peut restreindre de beaucoup son intervention. Quoi qu'en dise Sédillot dans sa médecine opératoire¹, où il raconte des cas de résections complètes du coude pour tumeur blanche, dont les résultats furent si beaux, comme mouvements postérieurs, qu'il n'hésiterait pas à entreprendre la résection pour ankylose vicieuse, nous préférons mettre encore plus de chances de notre côté en vue d'une régénération de l'article, en restreignant l'action éliminatrice de nos instruments aux parties malades seules, et en conservant tout ce qui est sain, convaincus que les suites, à tous les points de vue, ne peuvent être que meilleures. Cette opinion, tout optimiste qu'elle paraisse, est cependant partagée, et voici, entre autres, ce qu'en dit König², un des auteurs les plus autorisés et des moins optimistes, dans sa *Tuberculose des os et des articulations* : « Durch die Einführung des Iodoforms haben sich diese Versuche lokaler Behandlung tuberculöser Processe der Gelenke noch erheblich vermehrt, und neben den alten, auf Beseitigung zumal der extraarticulär gelegenen Erkrankungsherde gerichteten Curversuchen, ist es jetzt gestattet, und unser Bestreben ist daher darauf gerichtet, das Gelenk zu öffnen, die Synovial- und Parostalprocesse daselbst

1. Sédillot et Legouest : *Traité de médecine opératoire, bandages et appareils*. 2 vol., 1870, page 558, T. 1^{er}.

2. *Tuberculose der Knochen und der Gelenke* (Sammlung König-Klinischer Vorträge, n° 214), 1882.

aufzusuchen und zu entfernen. *Dadurch hoffen wir in der Folge, eine Anzahl von Gelenken in ihrer Function zu erhalten, welche früher der Resection oder gar der Amputation überwiesen werden mussten ! »*

Ces tentatives, dont parle le chirurgien de Göttingue, ne peuvent absolument avoir lieu qu'à condition de faire un nettoyage de l'articulation et non pas une résection typique, aussi nous semble-t-il qu'il vaut la peine de pratiquer la première de ces deux opérations plutôt que la seconde ; le but à atteindre est assez tentant pour cela.

Au genou, à la hanche et pour l'articulation tibio-tarsienne, les chances de réussite dans ce sens sont moindres, et comme l'on doit avant tout rechercher la solidité, pour le genou surtout, il sera bon d'être prudent dans ces essais et de ne pas perdre de vue le but final, ce qui ne veut pas dire que la résection atypique soit contre-indiquée, absolument pas ; les soins devant amener une ankylose du genou, doivent seulement être soigneusement surveillés au cas où l'essai ne réussirait pas.

L'on nous dira peut-être qu'il est trop chanceux de tenter d'obtenir un résultat pareil au genou, que cela ne suffit pas à justifier l'emploi d'un pareil procédé opératoire, lequel compromet par lui-même une bonne ankylose toujours nécessaire dans cette jointure, et qu'à tout prendre une bonne résection typique est encore ce qu'il y a de mieux. En admettant tout ce qu'une tentative de ce genre dans cette région offre d'aléatoire, ce n'est pas une raison cependant pour rejeter le nettoyage articulaire qui permet de rechercher une articulation mobile, sans pour cela

nous empêcher d'arriver, un peu tard peut-être, à une ankylose solide et utile. La résection typique, par contre, supprime du coup toutes les chances de *restitutio ad integrum* et implique forcément l'idée d'une ankylose osseuse.

Nous indiquions, dans un chapitre précédent, que la résection atypique, le nettoyage articulaire devait se pratiquer à un moment encore relativement peu avancé de l'ostéo-arthrite. En effet, et c'est précisément ce qui constitue un de ses grands avantages sur la résection typique. Modéré dans son œuvre éliminatrice, tout en étant consciencieux, ne changeant rien ou le moins possible à l'œuvre de la nature, le procédé qui nous occupe est, en bonne conscience, applicable déjà de très bonne heure, alors qu'une résection typique serait absolument hors de saison et condamnable.

Admettons, par exemple, pour mieux nous faire comprendre, une ostéo-arthrite du genou, fongueuse, torpide, ne progressant ni ne rétrogradant, non tuberculeuse. Que fera le partisan de la résection typique ? Il attendra, traitera comme il pourra et finira peut-être par la résection. Que fera le partisan de la résection atypique ? Après avoir traité sans succès la jointure par les moyens ordinaires, au lieu d'attendre encore, en présence d'un état latent, il ouvrira l'articulation pour la nettoyer, comptant éliminer les tissus pathologiques et provoquer une réaction réparatrice dans l'article.

Mais, après avoir ouvert le genou, les deux opérateurs trouvent des fongosités dans la synoviale et deux foyers d'ostéite grands comme des pois, remplis de fungus et siégeant, l'un vers la commissure inter-

condylienne, l'autre sur le plateau du tibia. Les os sont douloureux, tuméfiés, mais ne paraissent pas, du reste, contenir d'autres foyers d'ostéite. Que vont faire nos deux chirurgiens? De quelques coups de curette les cavités fongueuses sont raclées, évidées, la synoviale nettoyée et la plaie refermée avec satisfaction par le second, alors que le premier, après avoir hésité longtemps à refermer cette jointure, encore insuffisamment malade pour la supprimer et trop pour la conserver sans y toucher, abat avec la scie 0^m,03-0^m,04 du fémur (le foyer siégeait très haut), plus 0^m,01 du tibia, plutôt que d'exposer le genou, en le refermant, aux dangers qu'il veut éviter et sacrifie de cette façon environ 80 % de tissu osseux sain pour 20 % d'os malade. Il referme ensuite la plaie, intérieurement convaincu qu'il était regrettable d'avoir ouvert sitôt ce genou, et qu'il eût mieux valu attendre que les lésions soient plus avancées pour intervenir. Son concurrent, au contraire, heureux d'avoir trouvé peu de mal, espère, si ce n'est une *restitutio ad integrum*, du moins un résultat satisfaisant à tous les points de vue. Le premier maugréera d'avoir opéré trop tôt, tandis que le second se félicitera d'être intervenu à temps. Et le résultat final, en faveur de qui sera-t-il, admettant une guérison des deux côtés? La réponse se donne d'elle-même et constitue un argument puissant de plus en faveur des opérations économiques dans les articulations.

En admettant même que l'on ouvre parfois une jointure décidément trop tôt et que l'on ne trouve point de lésions osseuses à éliminer, l'abrasion de la

synoviale sera toujours bonne à faire, et comme l'antiseptie nous préserve de ce que nous redoutons le plus, l'infection, l'opération se réduira à une arthrotomie exploratrice, telle qu'en ont pratiqué Volkmann, Annandale et tant d'autres chirurgiens. C'est dire, en un mot, que la possibilité d'opérer trop tôt n'est pas une contre-indication à la méthode et que cette objection tombe d'elle-même.

3^e Aux points de vue orthopédique et fonctionnel. —

Ces deux manières d'envisager la question sont tellement intimement liées entre elles, qu'il est impossible de les séparer. En effet, le bon résultat fonctionnel dépend avant tout d'un résultat orthopédique satisfaisant. Les deux dépendent enfin de facteurs qui leur sont communs et qui ont autant d'importance pour l'une que pour l'autre, ce sont le *raccourcissement et l'atrophie du membre opéré*, résultant de l'intervention chirurgicale. Ces deux choses dérivant directement, d'une part de la lésion articulaire elle-même, et d'autre part, encore davantage des désordres opératoires qui atteignent la jointure, l'on saisira rapidement quelle importance acquiert l'étendue donnée à la résection aux deux points de vue orthopédique et fonctionnel.

Personne n'ignore qu'une lésion articulaire quelconque entraîne, dans une certaine mesure, l'atrophie de la masse musculaire agissant sur la jointure malade, de sorte qu'il est difficile de déterminer, dans la plupart des cas de résection (le malade une fois guéri), pour combien l'opération elle-même a contribué à l'atrophie du membre. Il semblerait cependant

que, par analogie, l'ablation de quantités osseuses notables doit augmenter une atrophie préexistante, mais comme il n'y a rien de démontré, nous nous abstenons d'insister là-dessus.

Il n'en est pas de même quant au raccourcissement résultant d'opérations sur les articulations. L'expérience, les célèbres recherches d'Ollier sur la régénération des os, sont là pour en démontrer l'importance. Tout le monde sait que c'est par leurs épiphyses que croissent les os longs et que, pour celui-ci, c'est telle extrémité qui croît davantage, tandis que pour celui-là, c'est telle autre. L'on sait en outre que le cartilage de conjugaison joue un rôle prépondérant dans cet accroissement, qu'il persiste jusqu'à l'âge adulte, diminuant de volume à mesure que le membre avance vers son développement complet, et qu'il disparaît dès que ce dernier est atteint. L'importance de ce cartilage n'échappe à personne, et l'on comprend aisément qu'elle est d'autant plus grande que le sujet est plus jeune. Ces prémices posées, voyons si, aux points de vue orthopédique et fonctionnel (les plus importants de la question), la résection atypique, le nettoyage articulaire jouit de la supériorité que nous nous plaisons à lui reconnaître.

Nous déclarons d'emblée que, considérée sous ce jour, la méthode n'a non-seulement pas démerité, mais qu'au contraire les résultats obtenus lui font le plus grand honneur, ainsi qu'on a pu s'en convaincre par la lecture des observations. Nous avons trouvé que le raccourcissement et l'atrophie étaient insignifiants après certains cas de résections atypiques et que parfois il n'en existait pas. La chose

s'explique facilement, du reste. Le fait même d'enlever une certaine couche, de 4 à 5 ou 6 centimètres, par exemple, à un os, raccourcit forcément ce dernier d'autant, et par conséquent en même temps le membre. Si, en outre, l'opération a intéressé ou supprimé, comme cela arrive assez fréquemment dans la résection typique, les éléments régénérateurs ou d'accroissement du dit os, la conséquence se donne d'elle-même ; le membre conservera le raccourcissement qu'il acquiert au moment même de la résection, et la fonction en souffrira forcément. Or, il est assez fréquent de voir des foyers d'ostéite siéger à plusieurs centimètres de l'extrémité articulaire, lesquels entraîneraient par conséquent la perte de tout le tissu osseux situé au-dessous ou, au-dessus d'eux-même (suivant le sens dans lequel l'extrémité articulaire est dirigée) si l'on adoptait les règles de la résection classique. Avec la curette, le couteau, la gouge, par contre, l'on est à l'abri de pareils inconvénients. Les parties malades enlevées à l'aide de ces instruments, l'os conservera complètement, ou à peu de chose près, sa longueur normale et l'épiphyse sa forme naturelle. L'on nous dira peut-être que la scie n'enlève pas forcément plusieurs centimètres d'os et qu'elle se borne à supprimer parfois des lames très minces de tissu osseux. C'est vrai, mais alors c'est parce qu'il y avait peu de tissus pathologiques, et le couteau eût été dans ce cas parfaitement à sa place ; il eût opéré encore plus économiquement que la scie. Toutes ces considérations que nous venons d'examiner prennent une importance double, lorsque, outre l'épiphyse, la lésion atteint le cartilage de conjugaison, ou le tra-

verse. Que faire alors? Sacrifier complètement, en sectionnant au-dessous du cartilage, l'accroissement ultérieur du membre? Amputer? ce qui ne serait guère plus mauvais que de réséquer aussi haut. L'évidement vous dispense de l'un et de l'autre, car la curette peut nettoyer non-seulement l'os atteint, mais peut attaquer aussi impunément un foyer inflammatoire siégeant sur le cartilage en question, le perforer même et aller racler en arrière de lui la diaphyse malade, ainsi que le recommande Volkmann¹, qui ajoute que cette opération est infiniment préférable à une résection étendue, car de cette façon une partie seulement du cartilage, la plus petite possible, sera compromise au lieu du tout, et le périoste, qui joue à ce niveau un rôle si important dans l'accroissement, restera absolument ou presque indemne.

Le nettoyage de l'épiphyse et du cartilage de conjugaison, si recommandable au point de vue du développement ultérieur du membre, l'est plus pour certaines articulations que pour d'autres, par le fait que certains os longs ont leur maximum de développement à l'une de leurs extrémités, ainsi que l'a démontré Ollier² dans son dernier mémoire. Voici en résumé ce qu'il dit à ce propos: « Au membre supérieur, pour les os du bras et de l'avant-bras, c'est l'extrémité concourant à former le coude, qui s'accroît le moins. Au membre inférieur, pour les os de la cuisse et de la jambe, c'est l'extrémité concourant à former le genou qui s'accroît le plus. »

1. *R. Volkmann*: Die Resectionen der Gelenke (Sammlung klinischer Vorträge, n° 51, page 317).

2. *Ollier L.*: *Traité des résections*. 1 vol. in-8°, Paris 1886.

Les deux segments principaux d'un membre sont par cela même dans un rapport inverse entre eux : les os du membre supérieur sont ainsi dans un rapport inverse relativement aux os analogues du membre inférieur.

L'on comprend alors facilement la gravité d'une résection sur telle ou telle articulation et la nécessité d'être le plus économe possible du tissu osseux, dans certaines jointures surtout. Ainsi, au genou, l'on ne pourra jamais trop ménager les épiphyses, tandis qu'on pourra nettoyer largement le coude chez un sujet relativement très jeune, sans crainte de troubles graves pour son développement ultérieur. L'observation n° XV en est la preuve, tandis que l'observation Brochu est un exemple frappant des conséquences qu'entraîne la destruction étendue de portions osseuses au genou. Au lieu de 4 1/2 centimètres, raccourcissement au moment de l'opération, il a un membre plus court que l'autre de 10 centimètres et atrophié juste de moitié. Encore une fois, c'est pour le genou surtout qu'au point de vue de l'arrêt de développement du membre la résection typique est condamnable et doit être remplacée par le nettoyage de la jointure, et si nous parlons aussi positivement, c'est que les résultats obtenus ici par ce moyen paraissent nous y autoriser, car en effet, dans plusieurs cas, le raccourcissement est nul et dans beaucoup d'autres très peu sensible. Il en est de même de l'atrophie des membres opérés.

Comme nous l'avons vu plus haut, le résultat fonctionnel dépend directement des deux conséquences opératoires que nous venons d'analyser.

Logiquement, comme les résultats de nos nettoyages sont très bons au point de vue des troubles dans le développement ultérieur, les résultats fonctionnels doivent être également très satisfaisants; en effet, la logique n'a pas tort, ils sont très réjouissants comme on l'a vu par les observations. Sans être tous devenus des premiers prix de gymnastique, comme le jeune T. L. (Obs. V), tous nos opérés sont très satisfaits des services que leur rendent leurs membres et nous ne doutons pas que le résultat définitif du petit réséqué de l'Observ. XV ne soit également parfait au point de vue des mouvements, si sa maladie constitutionnelle ne lui joue pas quelque mauvais tour, comme elle l'a fait si souvent déjà.

Quoi qu'en dise Sédillot, nous doutons que des coudes dont les extrémités osseuses ont été enlevées totalement et qui deviennent battants, finissent par donner des succès fonctionnels comparables à ceux que donne et donnera le nettoyage articulaire ou la résection sous-périostée. Les quelques opérés de résection complète du coude que nous ayons vus sont loin d'ébranler notre conviction à cet égard, les résultats étant généralement mauvais.

Nous n'insisterons pas sur les avantages que présente la résection atypique au coude, n'en ayant qu'un seul cas à citer, ce qui est par conséquent insuffisant pour tirer des conclusions dignes d'une sérieuse considération, mais, par analogie, nous sommes persuadés qu'elle donnera à l'avenir de brillants succès. Quant au genou, nous avons des faits qui nous permettent de lui décerner la palme, car la méthode s'est mon-

trée partout infiniment supérieure, au point de vue fonctionnel, à la résection typique.

Pour ce qui est du résultat orthopédique, nous avons quelque peine à nous prononcer. Ce que nous devons dire d'emblée, c'est que tous les réséqués du genou sont sortis de la clinique chirurgicale avec un membre parfaitement droit.

En les revoyant, nous avons constaté chez un certain nombre un léger degré de flexion, insuffisant pour gêner leur allure, mais assez marqué pour que l'on puisse se rendre compte de cette difformité en général peu remarquable cependant.

La faute de ces flexions (car, comme on l'a vu, il ne s'est jamais agi d'une autre attitude vicieuse) communes également à beaucoup d'individus ayant subi une résection typique, nous nous empressons de le dire, doit certainement être imputée aux malades qui, ne tenant aucun compte des recommandations reçues à leur départ de l'hôpital, se débarrassent trop tôt de leurs appareils de contention et d'appui. Nous n'en voulons pour preuve que le fait suivant qu'on aura pu dégager des observations : tous les opérés ou à peu près, ayant gardé leurs appareils pendant le temps prescrit à leur sortie de la clinique ont des membres droits et offrent les meilleurs résultats orthopédiques, tandis que d'autres, le malade Brochu, par exemple, qui a subi une résection typique, mais qui s'est débarrassé trop tôt de son appareil silicaté, représente un véritable insuccès à ce point de vue.

Tirer des conclusions absolues d'une méthode de résection ou d'une autre, pour ce qui concerne l'orthopédie, d'après les résultats que l'on constate, les

malades ayant échappé depuis longtemps à toute pression médicale, serait aventuré et illogique. Tout ce qu'on peut dire, c'est que les membres opérés *doivent* rester dans l'attitude donnée si le malade observe la consigne donnée par le chirurgien ; si le contraire se produit, la faute en est imputable uniquement au patient.

Ce que nous venons de dire concerne surtout les résections du genou, notre expérience ne disposant pas d'autres nettoyages articulaires, c'est d'eux seuls que nous pouvons parler en connaissance de cause. Quant à l'enfant qui a été opéré pour tumeur blanche du coude (Obs. XV), nous pouvons dire que la méthode a donné un bon résultat également, et la meilleure preuve c'est qu'ayant perdu de vue l'enfant pendant trois semaines à la fin de son séjour à l'hôpital, nous avons hésité un instant à reconnaître sous ses vêtements le bras opéré. Il nous semble que ce résultat-ci de nettoyage articulaire vaut bien, si ce n'est mieux, les superbes succès de Sédillot obtenus par la résection typique.

Sans vouloir considérer l'opération au point de vue de l'état général, ce qui nous mènerait trop loin, nous devons dire cependant que, de tous nos opérés, deux seulement sont morts, ainsi qu'on a pu le voir, et, sur les deux, un seul paraît avoir succombé à une tuberculose généralisée, tandis que l'autre est mort d'une fièvre typhoïde bien manifeste. Ces deux exceptés, tous nos malades ayant subi un nettoyage articulaire se sont toujours bien portés depuis leur opération. Ceci pour les détracteurs des opérations économiques du tissu osseux qui accumulent comme

à plaisir les dangers que pourrait offrir cette manière d'opérer, dangers que nous croyons souvent absolument illusoires.

Nous voyons donc encore ici que notre méthode ne le cède en rien à la résection typique et que les nettoyages articulaires donnent, au point de vue de la santé générale, des résultats en tous cas aussi satisfaisants, si ce n'est plus, que la méthode classique des résections articulaires.



CONCLUSIONS GÉNÉRALES

1° Depuis l'introduction de la méthode antiseptique, la résection typique a perdu sa raison d'être comme telle. Justifiée alors qu'il fallait opérer très vite pour diminuer les chances d'infection et qu'il valait mieux avoir un membre raccourci que point du tout, elle ne l'est plus maintenant. Bien armés aujourd'hui contre l'ennemi tant redouté jadis et pouvant consacrer, grâce à cela, plus de temps à l'opération, nous pouvons et devons être aussi économes que possible des tissus de nos malades. C'est pourquoi la résection typique doit faire place à la résection atypique, aux nettoyages articulaires.

2° Lorsqu'un nettoyage articulaire n'est plus possible, une résection typique bienfaisante ne l'est plus non plus et il ne reste alors en somme plus que l'amputation, tandis que lorsqu'une résection typique n'est pas encore indiquée, l'on peut déjà procéder au nettoyage de la jointure et obtenir de cette façon une guérison plus rapide et plus complète.

3° Une articulation peut être nettoyée très complètement par un nettoyage.

4° La résection atypique n'offre pas plus de dangers que l'autre méthode à quel point de vue qu'on se place et ses avantages sont palpables à tous égards.

5° La tuberculose articulaire n'est pas une contre-indication à la résection atypique et une indication pour l'intervention classique ; celle-ci fait courir au moins autant de risques d'auto-inoculation que la première ; nous pensons même plus de risques.

6° Les résultats fonctionnels et orthopédiques sont supérieurs à ceux qu'on obtient en réséquant par la méthode classique.

7° Les quelques mauvais résultats orthopédiques chez nos malades sont dus exclusivement à leur incurie et à leur négligence après leur départ de l'hôpital.

8° On devrait garder les opérés plusieurs mois à l'hôpital après leur guérison, ou leur mettre un appareil inamovible léger et leur dire de revenir se le faire enlever à une époque déterminée.

9° L'atrophie surtout et le raccourcissement qu'on observe après les nettoyages articulaires sont dus, pour la plupart, aux troubles trophiques provenant de l'arthrite elle-même ; l'opération peut y contribuer, mais dans une mesure beaucoup moindre que la résection typique, qui supprime radicalement les parties nécessaires au développement, à la régénération des os.

10° L'atrophie et le raccourcissement peuvent parfaitement faire défaut malgré un nettoyage articulaire.



TABLE DES MATIÈRES

	Pages
INTRODUCTION	7
CHAPITRE I. — Historique	13
CHAPITRE II. — Indications à l'opération	46
CHAPITRE III. — Manuel opératoire.	52
CHAPITRE IV. — Observations.	64
— I. Observations.	68
— II. Récapitulation générale	90
CHAPITRE V. — Discussion.	102
— I. Au point de vue opératoire.	102
— II. Au point de vue de la thérapeutique.	105
— III. Aux points de vue orthopédique et fonctionnel.	118
CONCLUSIONS GÉNÉRALES	127



La Faculté de Médecine, après avoir lu la présente thèse, en autorise l'impression, sans entendre par là émettre d'opinion sur les propositions qui s'y trouvent énoncées.

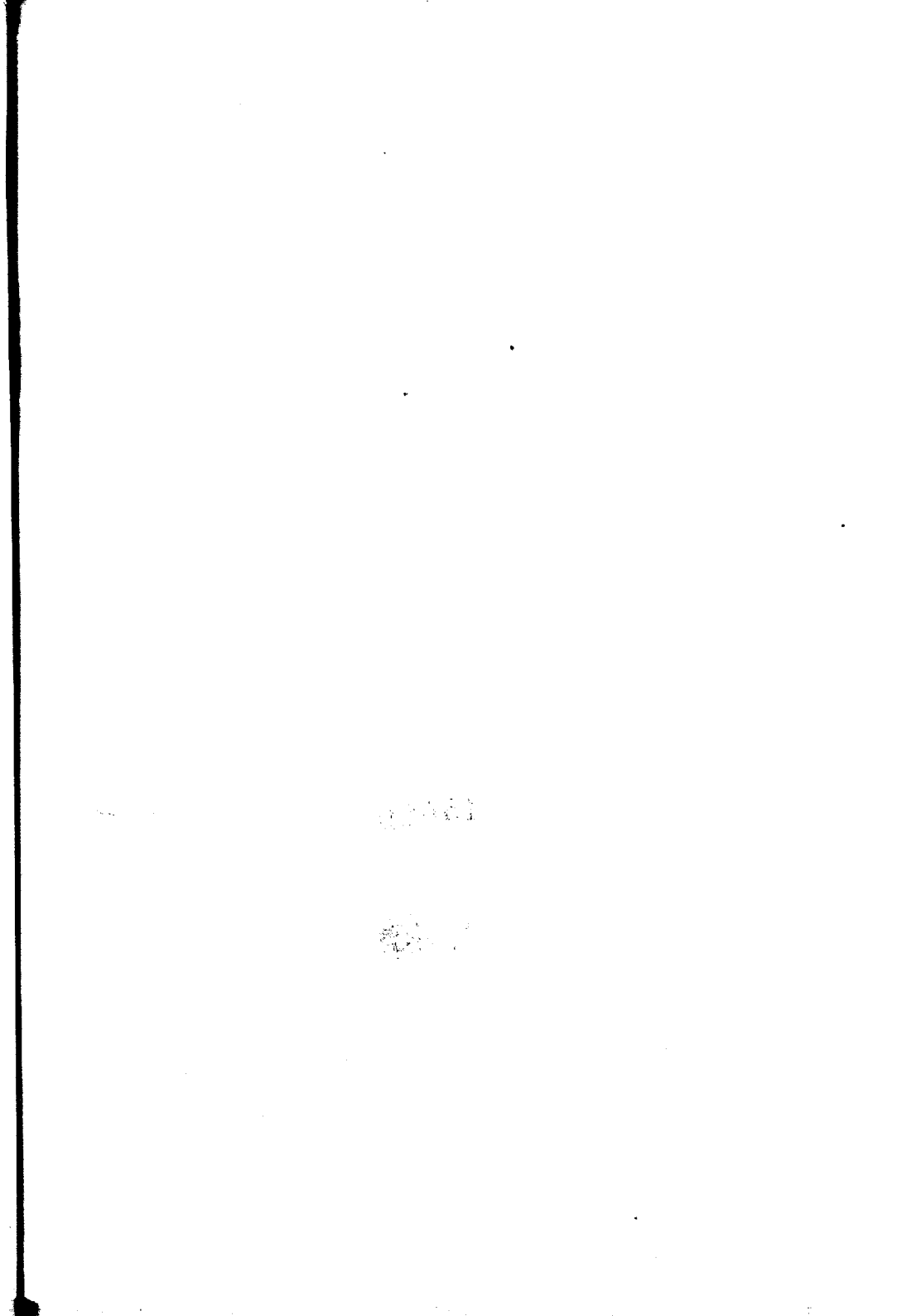
Le Doyen de la Faculté :

D^r H.-J. GOSSE.

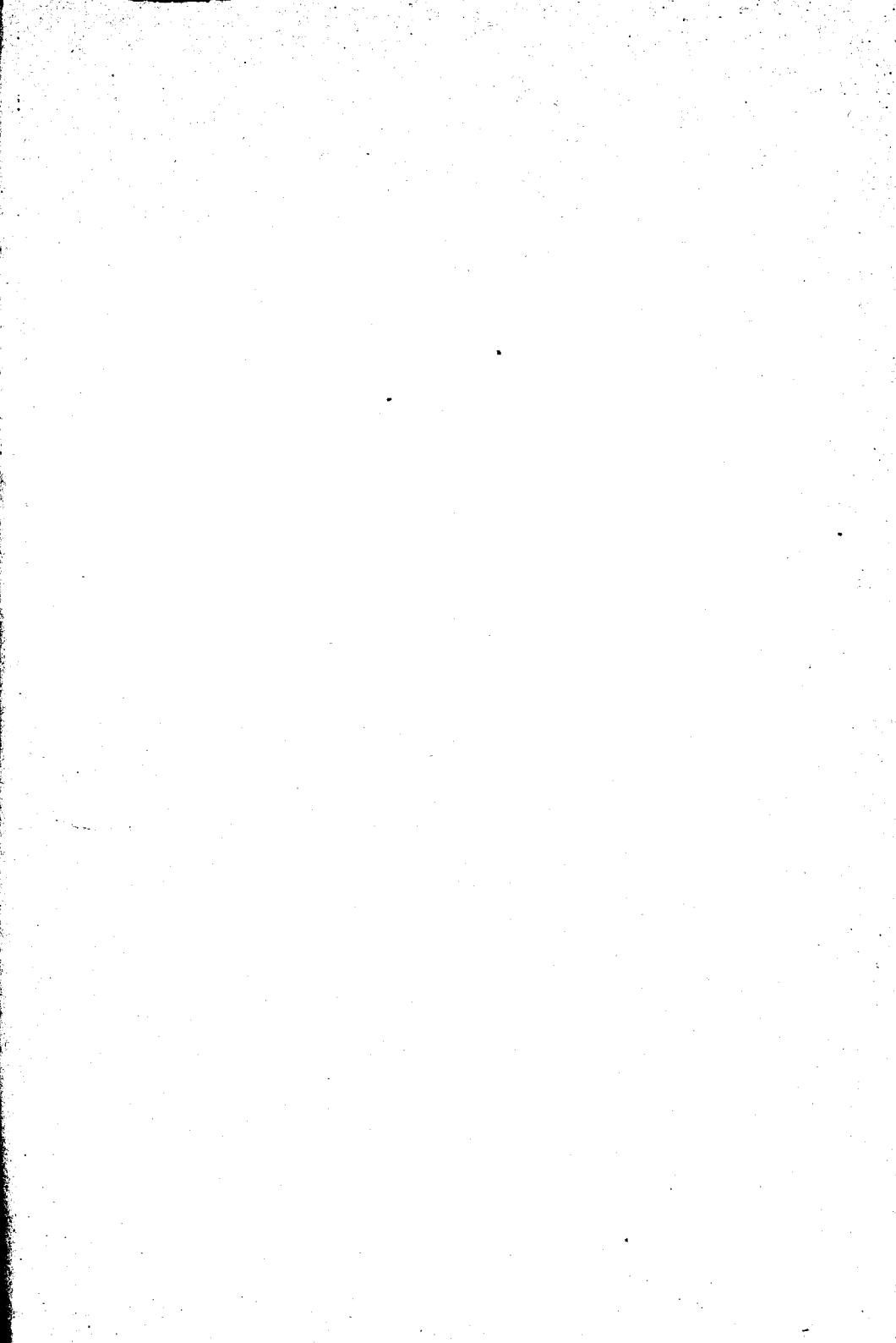
Genève, le 23 Avril 1887.

15629









1412