

a été ouvert, mais pas assez largement. Je suis donc obligé d'agrandir l'incision. Tout le membre est œdématié : il y a une eschare au sacrum. L'affaiblissement de la malade va en augmentant, et elle meurt le 11 mars. L'autopsie cadavérique fait voir que l'abcès de la cuisse ne communique pas avec l'articulation du genou, et il paraît avoir pour point de départ l'incision faite au muscle pendant l'opération. L'articulation contient du pus, et vis-à-vis la plaie un épanchement sanguin infiltré dans le tissu cellulaire sous-synovial : il en existe un semblable entre les condyles. La membrane synoviale est enflammée et boursoufflée. Les cartilages articulaires sont érodés en partie, et leurs restes sont mollasses et rougeâtres. La cicatrice de l'incision que j'ai faite est très-solide.

VI^e OBS. — *Corps étranger dans l'articulation du genou droit.* — Un homme, âgé de cinquante ans, entra à l'Hôtel-Dieu, le 3 octobre 1845, pour une douleur dans le genou droit. Elle date de trois semaines, époque à laquelle cet homme fut pris sous un éboulement de terre : et depuis ce moment il ne peut plus se servir de son membre, et il ne peut plus marcher. L'examen du genou ne me fait apercevoir aucune difformité ; le toucher ne me fait rien sentir ; mais, en imprimant des mouvements au membre, je m'aperçois qu'un corps étranger sort de dessous le côté interne du ligament rotulien et vient se placer sous la peau. La saillie qu'il forme alors permet de le reconnaître à la vue. Dans l'examen que je fais, il m'échappe et va se replacer sous le ligament rotulien : mais je le fais aisément sortir. Dans ces divers mouvements, le corps change très-peu de place, et je n'essaye pas de lui faire parcourir l'articulation de peur de le perdre. La pression exercée sur ce corps fait beaucoup souffrir le malade. Je fais l'opération, le 9 octobre, sur le côté interne du genou, d'après les règles indiquées. J'ai quelque peine à faire sortir le corps ; et une fois sorti, il rentre : je le pousse de nouveau en dehors, et le saisissant avec mes doigts, je reconnais qu'il tient par un pédicule, que je coupe. Je panse comme dans les autres cas. Il ne survient aucun accident et la plaie est complètement guérie le 18 octobre. Dès le 16 le malade s'était levé parce que la cicatrisation était presque achevée. Il est sorti de l'hôpital le 4 novembre.

Je crois que l'on peut conclure de ces six observations, 1^o que l'opération nécessaire pour l'extraction des corps étrangers n'est pas

aussi dangereuse qu'on le dit généralement ; 2^o que l'on peut pratiquer l'opération indistinctement au côté interne ou au côté externe de l'articulation ; 3^o que la coexistence de plusieurs corps étrangers n'est pas une contre-indication à l'opération ; 4^o qu'il faut éviter, si c'est possible, l'incision des fibres musculaires, qui paraît avoir été la cause d'accidents dans des cas, mais qui n'est cependant pas toujours dangereuse ; 5^o et que les accidents qui surviennent après l'opération dépendent de l'indocilité des malades ou d'une mauvaise disposition de la santé générale antérieure à l'opération.

ARTICLE XXI.

De l'hydropisie des articulations.

Dans l'état naturel, les articulations diarthrodiales sont lubrifiées par un liquide visqueux, de nature albumineuse, dont la quantité est proportionnée à l'étendue de l'articulation et aux mouvements qu'elle exerce, et qui a pour usage de faciliter et de rendre plus doux ces mêmes mouvements. Si ce liquide, appelé synovie, est sécrété en trop grande quantité et s'accumule dans une articulation, au point d'en soulever la capsule, de la distendre et de former une tumeur plus ou moins considérable, on donne alors à cet état contre nature le nom d'hydropisie articulaire, *hydarthrus* ; maladie assez rare, quelquefois très-fâcheuse, et toujours difficile à guérir. Cette maladie peut attaquer toutes les articulations ; mais c'est à celle du genou qu'elle se manifeste le plus ordinairement. On la rencontre pourtant quelquefois au pied, au poignet, à l'articulation de l'humérus avec l'omoplate : il n'y a peut-être que celle du fémur avec l'os de la hanche où on ne l'ait pas encore observée, quoique J.-L. Petit, comme nous l'avons dit précédemment, ait voulu expliquer la luxation consécutive ou spontanée de l'os de la cuisse, par l'amas de la synovie dans cette articulation.

Si l'on considère que l'articulation du genou sécrète habituellement une quantité considérable de synovie, et proportionnée à l'étendue de ses surfaces articulaires et de sa membrane synoviale, à la fréquence des mouvements que le tibia et le fémur exercent l'un sur l'autre ; que

cette articulation est fréquemment attaquée de rhumatisme, cause très-ordinaire de l'hydropisie articulaire; que par sa position et la nature de ses fonctions elle est plus exposée qu'aucune autre à l'action des agents extérieurs, dans les chutes, les percussions violentes, ainsi qu'à l'irritation qui doit résulter nécessairement du frottement continu des surfaces articulaires l'une sur l'autre dans la progression; que la capsule qui environne cette articulation est naturellement lâche, fort extensible, et par conséquent se laisse aisément distendre par la synovie surabondante; si l'on considère, dis-je, toutes ces circonstances, on ne sera pas surpris de ce que l'hydropisie articulaire attaque presque exclusivement le genou.

Cette maladie se montre avec des variétés produites par la quantité et par la qualité de la synovie épanchée, par la marche de la maladie et par les circonstances dont elle est accompagnée.

La quantité de synovie qui peut s'amasser contre l'ordre naturel dans une articulation est généralement proportionnée à l'étendue du ligament capsulaire; mais cette quantité peut varier beaucoup pour chaque articulation considérée séparément, et pour ne parler ici que de celle du genou, nous dirons qu'on y a trouvé quelquefois jusqu'à seize, et même vingt onces de cette humeur. Il est rare cependant de rencontrer des hydropisies articulaires aussi considérables, soit parce qu'ordinairement on donne issue à la synovie par une opération, avant qu'elle soit amassée en aussi grande quantité, soit parce que, abandonnée à elle-même, la maladie éprouve, avant d'arriver à ce degré, une dégénération qui la rend funeste ou qui nécessite l'amputation du membre.

La synovie, en séjournant dans une articulation où elle s'est accumulée contre l'ordre naturel, éprouve des changements analogues à ceux que subissent tous les autres liquides émanés du sang, lorsqu'ils sont retenus dans les cavités qui leur servent de réservoir. Cette humeur devient plus épaisse, plus visqueuse, et prend une couleur fauve plus ou moins foncée. Indépendamment de ces changements, qui dépendent uniquement de la rétention de la synovie, cette humeur en éprouve encore d'autres qui proviennent sans doute de l'état pathologique de la membrane synoviale; alors elle peut être plus ou moins trouble, grisâtre, semblable à du petit-lait non clarifié, et contenir une quantité plus ou moins grande de grumeaux ou flocons albumineux, suivant le genre de lésion de cette membrane.

L'hydropisie articulaire affecte presque toujours une marche lente et chronique; quelquefois cependant son développement est assez rapide pour qu'on puisse la ranger parmi les maladies aiguës. Quelle que soit sa durée, cette affection peut être simple ou compliquée. On la regarde comme simple lorsqu'elle consiste uniquement dans l'amas de la synovie et que les parties qui forment l'articulation ne sont pas altérées; elle est compliquée, si ces parties sont enflammées, épaissies, ramollies, cariées, etc.

L'hydropisie articulaire est toujours une maladie locale et idiopathique, dépendant de la lésion des fonctions de la membrane synoviale. Dans l'état naturel, le liquide que cette membrane sécrète s'échappe par exhalation de sa surface libre; la partie de cette humeur qui n'a pas été consommée par les frottements des surfaces articulaires est reprise par les vaisseaux absorbants, et rentre dans la masse générale des liquides du corps. Tant qu'il existe un juste rapport entre l'exhalation et l'absorption de la synovie, cette humeur ne s'amasse pas dans les articulations; mais si ce rapport vient à être changé par une cause quelconque, soit que cette cause augmente la sécrétion de la synovie, ou qu'elle en diminue l'absorption, il se fera une congestion de ce liquide dans l'articulation qui constituera l'hydropisie articulaire.

La cause prochaine ou immédiate de cette maladie est donc le défaut d'équilibre entre l'exhalation de la synovie et son absorption. On croit avoir observé que lorsqu'elle est produite par une exhalation exagérée, elle se développe avec assez de promptitude, et se présente sous forme aiguë; tandis que lorsque l'hydropisie articulaire est due à un défaut d'absorption, elle se forme lentement et par degré, ce qui la fait considérer alors comme une affection chronique.

D'après ce que nous venons de dire, il est facile de conclure que tout ce qui est capable de rompre l'équilibre entre l'exhalation et l'absorption de la synovie doit être regardé comme cause éloignée de la lésion morbifique qui nous occupe. Observons pourtant que deux états différents des exhalants de la membrane synoviale peuvent produire le même résultat: ainsi une plus grande activité dans ces vaisseaux donnera lieu à une sécrétion plus abondante; de même dans un état atonique ils laisseront échapper un liquide plus abondant que dans leur manière d'être ordinaire. Relativement aux absorbants, il n'y a réellement que leur atonie qui contribue à la formation de l'hy-

dropisie articulaire, puisque leur état contraire, causant une absorption plus active, la détruirait plutôt qu'il ne la causerait, à moins qu'on ne veuille accorder qu'une constriction morbifique n'empêchât aussi leur faculté absorbante, et ne fût alors également productrice de la congestion synoviale. Lorsque cette maladie se développe d'une manière lente et graduée chez une personne qui jouit d'ailleurs d'une bonne santé, et qui n'a éprouvé aucun accident externe, il est raisonnable de penser qu'elle dépend de l'atonie des vaisseaux absorbants de la membrane synoviale, quoiqu'il soit impossible de déterminer d'une manière précise la cause de cette atonie. Dans les cas où la maladie se développe promptement, elle doit être attribuée à l'augmentation de l'exhalation de la synovie, et tout ce qui est capable de produire cet effet doit encore être mis au nombre des causes éloignées de l'hydropisie articulaire.

Ces causes sont externes ou internes. On place au nombre des premières la contusion, la distorsion d'une jointure, l'action d'un froid rigoureux, une entorse ancienne et négligée, la présence, dans l'articulation du genou, d'un corps étranger mobile, osseux ou cartilagineux, et en général tout ce qui peut irriter mécaniquement la capsule articulaire, et produire dans cette membrane une inflammation chronique. Parmi les causes internes, on distingue la métastase érysipélateuse ou autre; mais la plus fréquente est l'affection rhumatismale. On sait que le principe rhumatismal a une prédilection particulière pour les grandes articulations, et notamment pour celle du genou, dont il produit le gonflement avec tension et douleur plus ou moins vive. Lorsqu'une articulation est dans cet état, l'affluence subite des humeurs vers cette région du corps est accompagnée souvent de l'exhalation abondante d'un fluide séro-albumineux; et s'il n'est pas repris totalement par les absorbants, il s'accumule dans l'articulation, et constitue une hydropisie articulaire. Lorsque l'affection rhumatismale est aiguë, la collection séro-lymphatique se forme promptement; quand elle est chronique, la collection se fait lentement, et en quelque sorte d'une manière insensible. Dans le premier cas, l'hydropisie articulaire est rarement considérable, souvent même elle disparaît spontanément: aussitôt que l'irritation a cessé, les absorbants recourent leur activité naturelle et dissipent le liquide étranger à l'articulation, en le portant dans le torrent des humeurs. Dans le second,

l'atonie dont les vaisseaux lymphatiques sont frappés est si grande, que ce n'est qu'avec peine et toujours très-lentement qu'ils parviennent à repomper la synovie dont la jointure est inondée.

La tendance de l'affection rhumatismale vers les grandes articulations, et la propriété qu'a cette affection d'y produire une exhalation séro-albumineuse plus ou moins abondante, a été remarquée par plusieurs praticiens, et notamment par Storck; mais il ne faut pas croire que ce liquide s'épanche toujours dans l'articulation même; il s'infiltré très-souvent dans le tissu cellulaire des environs. Au genou, par exemple, cette infiltration a fréquemment lieu dans le tissu cellulaire qui unit la partie inférieure et antérieure du fémur avec le muscle triceps crural, et il en résulte une tumeur dont les symptômes ressemblent tellement à ceux de l'hydropisie articulaire, qu'il est souvent difficile de distinguer ces deux états morbifiques l'un de l'autre.

L'hydropisie articulaire se présente sous la forme d'une tumeur molle, circonscrite par les attaches du ligament capsulaire, sans changement de couleur à la peau, avec fluctuation indolente ou peu douloureuse, n'apportant presque aucune gêne dans les mouvements de l'articulation, obéissant à la pression du doigt, mais ne conservant pas son empreinte comme l'œdème. Cette tumeur n'occupe pas également toute la circonférence de l'articulation; elle est plus apparente aux endroits où le ligament capsulaire est plus lâche et moins couvert de parties molles. Au poignet, elle occupe les parties antérieure et postérieure de l'articulation, mais surtout la première région, tandis qu'elle se fait à peine apercevoir sur les côtés. A l'articulation du pied, la tumeur est plus apparente devant les malléoles que partout ailleurs; à l'épaule, elle n'entoure pas l'articulation; elle est presque toujours bornée à sa partie antérieure, et on ne la voit que dans l'intervalle qui sépare le muscle deltoïde du grand pectoral.

Au genou, qui est le siège le plus ordinaire de l'hydropisie articulaire, et où nous la considérerons spécialement, la tumeur ne se fait point apercevoir à la partie postérieure de l'articulation; elle occupe toujours ses régions antérieure et latérales. Le ligament capsulaire est trop étroit en arrière pour que la synovie puisse le distendre, tandis qu'en devant et sur les côtés, il présente une largeur qui lui permet de céder à la pression de ce liquide, et de se distendre à mesure que l'épanchement fait des progrès. Cette tumeur est d'abord circonscrite par les attaches de la capsule; ensuite, par l'accumulation successive

du liquide, elle dépasse ces limites supérieurement et se propage plus ou moins haut entre le fémur et le muscle triceps crural qu'elle soulève. Nous l'avons vue s'étendre jusqu'au tiers supérieur de la cuisse. La forme de cette tumeur est irrégulière, plus saillante aux endroits où le ligament capsulaire est plus large et plus lâche; elle est partagée, en quelque sorte, suivant sa longueur, en deux parties latérales, par la rotule, par son ligament et par le tendon des muscles extenseurs de la jambe que la synovie soulève et pousse en avant, mais beaucoup moins que le ligament capsulaire. De ces portions séparées, l'interne est plus large et plus saillante que l'externe, parce que la portion de la capsule comprise entre la rotule et le bord du condyle interne, plus large que celle qui se trouve entre cet os et le bord du condyle externe, se prête davantage à la distension produite par la congestion synoviale. Les mouvements de la jambe, très-peu gênés en général par cette maladie, influent sur la consistance et la forme de la tumeur; dans la flexion, elle devient plus dure, plus tendue, plus large et plus saillante sur les côtés de la rotule qui s'enfonce un peu par la traction de son ligament et du tendon des muscles extenseurs de la jambe; dans l'extension, le contraire a lieu, c'est-à-dire que la fluctuation de la tumeur devient encore plus manifeste à cause de son ramollissement.

Pour bien reconnaître la fluctuation, qui est un des meilleurs signes de cette maladie, on place les extrémités de deux ou trois doigts d'une main sur un des côtés de la tumeur, et l'on frappe sur le côté opposé avec l'extrémité du doigt du milieu de l'autre main : le mouvement imprimé au liquide par cette percussion se fait sentir distinctement aux doigts appuyés sur la tumeur. La rotule, portée en avant et éloignée de la poulie articulaire du fémur par le liquide épanché, est très-mobile et en quelque sorte flottante. Lorsqu'on la comprime de devant en arrière, la jambe étant étendue, elle parcourt un certain espace avant qu'on sente la résistance de la poulie articulaire, et sitôt qu'on cesse de presser, la rotule s'éloigne de nouveau de cette poulie.

Tels sont les signes de l'hydropisie du genou : en les considérant avec attention et en ayant égard aux causes de la maladie et à sa marche, on la distinguera aisément des tumeurs blanches ou fongueuses de la même articulation; de certaines tumeurs enkystées qui se forment quelquefois derrière le muscle triceps crural dans le tissu cellu-

laire qui l'unit avec la partie inférieure du fémur, et dont nous avons vu tout récemment un exemple; d'autres tumeurs enkystées, circonscrites, avec fluctuation, qui se développent devant la rotule, et dont nous avons parlé à l'article des loupes; du gonflement rhumatismal des articulations vulgairement connu sous le nom de rhumatisme goutteux, de tumeurs œdémateuses, etc. Chacune de ces maladies a ses signes propres, et en les comparant attentivement avec ceux de l'hydropisie articulaire, on ne sera point exposé à commettre une méprise.

Le pronostic de l'hydropisie articulaire est en général fâcheux : il est extrêmement difficile d'obtenir la résolution de l'épanchement, et l'on est souvent obligé d'abandonner la maladie à elle-même, ou d'avoir recours à une opération dont les résultats sont toujours incertains et qui est quelquefois accompagnée d'accidents très-graves. Cependant la sévérité du pronostic diminue lorsque l'hydropisie est récente, peu considérable, que sa marche a été rapide, comme dans le cas de métastase ou d'affection rhumatismale aiguë; il n'est pas rare alors de voir la synovie épanchée se résoudre en peu de temps, mais l'articulation conserve souvent une tendance à la récurrence de la maladie, lorsque les circonstances qui l'ont provoquée se présentent de nouveau. Quand, au contraire, l'hydropisie articulaire est ancienne, très-volumineuse; que le liquide épanché est devenu épais, très-visqueux, et que la membrane synoviale s'est épaissie, il n'y a presque aucun espoir d'obtenir la résolution de l'épanchement. Le cas le plus fâcheux de tous est celui où l'hydropisie articulaire dégénère et prend le caractère de ces tumeurs blanches dans lesquelles les cartilages et les os sont altérés, l'articulation et ses environs abreuvés de pus, et où la maladie locale exerce une telle influence sur la constitution du sujet, que les malades qui en sont atteints, épuisés par la fièvre lente, les sueurs et le dévoiement colliquatif, ne tardent pas à périr si l'amputation du membre n'est pratiquée à temps.

Dans le traitement de l'hydropisie articulaire, on doit se proposer de prévenir, s'il est possible, la maladie, lorsque l'invasion en est imminente, ce qui est de précepte général dans toutes les affections morbifiques, et de la guérir lorsqu'elle est formée. Cette congestion synoviale étant à craindre dans toutes les affections rhumatismales des articulations et notamment dans celle du genou, on doit s'attacher d'abord à combattre l'état inflammatoire des ligaments, puis l'ato-

des vaisseaux lymphatiques de la membrane synoviale qui succède ordinairement à l'inflammation.

Lorsque l'affection rhumatismale d'une articulation est médiocre, que la douleur est peu vive, la diète, le repos, la chaleur du lit, les fomentations et les cataplasmes émollients et anodins suffisent pour la combattre et favoriser la résolution de l'engorgement. Mais si la tension et l'engorgement sont considérables, si la douleur est intense, ces moyens ne suffisent pas : il faut avoir recours à l'application des sangsues ou des ventouses scarifiées autour de l'articulation malade, et même à la saignée du bras, lorsqu'elle est indiquée par la force et le tempérament du malade et la violence de la fièvre; aux topiques anodins et narcotiques, à la diète la plus sévère, aux boissons délayantes et rafraîchissantes. Lorsque la violence de la fièvre aura été diminuée par l'usage de ces moyens, rien ne sera plus utile pour détourner le principe de la maladie fixé sur l'articulation et le rappeler vers les téguments que l'application successive de plusieurs vésicatoires volants autour de la jointure. Employés de cette manière, les vésicatoires agissent non-seulement en produisant un écoulement abondant de sérosité, mais encore en entretenant au dehors une irritation constante qui, dans les inflammations profondes et notamment dans celles des membranes séreuses, est bien plus efficace que l'écoulement lui-même. Stoll et plusieurs autres médecins célèbres ont reconnu que les vésicatoires agissent presque comme antiphlogistiques spécifiques dans les phlegmasies rhumatismales, et qu'on ne doit pas hésiter d'y avoir recours, même dans le temps où l'affection inflammatoire est à son plus haut degré d'intensité.

Aussitôt que la douleur et la tension inflammatoire sont dissipées ou considérablement diminuées, on remplace les moyens indiqués ci-dessus par d'autres propres à réveiller l'action languissante des vaisseaux lymphatiques de la membrane synoviale, et à favoriser la résorption du liquide épanché.

Nous venons de faire entendre que l'hydropisie articulaire est presque toujours une maladie purement locale, indépendante des causes générales d'affaiblissement qui produisent d'ordinaire les autres espèces d'hydropisies, et nous avons dit qu'elle devait être surtout attaquée par des topiques. La méthode excitante, les remèdes diurétiques, sudorifiques, hydragogues, etc., ou ne conviennent pas dans son traitement, ou ne peuvent être que d'un très-faible secours.

Cependant le régime et les remèdes internes appropriés à l'état général du malade ne doivent pas être négligés, et on doit suivre à leur égard les préceptes généraux de la thérapeutique.

A l'égard des moyens externes, on doit observer dans leur emploi une gradation méthodique, et proportionner leur activité à la force et à l'ancienneté de la maladie. Ceux que l'on a employés avec le plus d'avantage sont les fomentations spiritueuses, aromatiques, les fumigations résolatives, les liniments volatils composés avec l'huile d'amandes douces et l'ammoniaque, ou avec le baume de Fioraventi et la teinture de cantharides; des sachets remplis d'un mélange de poudres de plantes aromatiques, de chaux éteinte et de muriate d'ammoniaque; des frictions plus ou moins rudes, suivant la sensibilité du sujet, mais toujours de longue durée et répétées plusieurs fois dans le jour, avec un morceau de flanelle imprégnée d'une vapeur aromatique; de fort vinaigre bien chaud, dans lequel on trempe des feuilles de papier que l'on applique sur la partie, et que l'on renouvelle souvent; des douches avec l'eau chaude seule, ou rendue plus active par la solution de muriate de soude, ou de sulfure de potasse; un bandage médiocrement compressif, etc. Ces différents moyens, variés et combinés suivant l'exigence des cas, ont procuré souvent la guérison de la maladie. Si elle leur résiste, il faut recourir à des stimulants plus actifs : ceux qu'on a le plus vantés sont les épispastiques dont nous venons de parler, comme moyen de prévenir la maladie, et qui servent aussi à sa guérison lorsqu'elle est établie : on en applique successivement plusieurs sur les endroits de l'articulation où le ligament capsulaire est moins couvert de parties molles. En répétant ainsi l'application des vésicatoires, on atteint plus sûrement le but qu'on se propose, qui est de produire une excitation en quelque sorte permanente dans les vaisseaux lymphatiques de la membrane synoviale, que si l'on n'appliquait qu'un seul vésicatoire, et qu'on le fit suppurer longtemps. Au lieu de vésicatoires, plusieurs praticiens ont employé des substances rubéfiantes, telles que la moutarde, la renoncule des prés, écrasée et réduite en pulpe, un taffetas enduit d'un cirage rubéfiant, etc.

Quel que soit le moyen dont on se serve pour irriter les téguments et réveiller l'action languissante des absorbants de la membrane synoviale, on doit prendre garde d'altérer le tissu de la peau et de pro-

duire des ulcérations qui pourraient être difficiles à guérir, et s'opposeraient à des applications ultérieures.

Nous avons employé plusieurs fois avec succès les vésicatoires volants dans l'hydropisie du genou; mais les bons effets de ce moyen n'ont jamais été si prompts que dans le cas suivant. Un homme âgé de quarante-deux, exposé par état aux intempéries de l'air, avait éprouvé, depuis dix-huit mois, des douleurs rhumatismales vagues, lorsqu'il entra à l'hôpital de la Charité le 23 juillet 1812, ayant les deux genoux tuméfiés, le droit depuis trois semaines, et le gauche depuis huit jours seulement; chacune de ces articulations présentait une tumeur irrégulière, formant sur chaque côté de la rotule une saillie oblongue, dont l'interne était plus grande que l'externe: cette tumeur était indolente, sans changement de couleur à la peau, cédaît à la pression du doigt, sans en conserver l'empreinte, et présentait une fluctuation très-distincte; la rotule était éloignée des condyles du fémur, et lorsqu'on la comprimait de devant en arrière, elle ne rencontrait ces éminences qu'après avoir parcouru un certain espace: il y avait un point douloureux vers la tubérosité interne du tibia. La maladie ayant résisté aux topiques qu'on emploie ordinairement en pareil cas, je fis appliquer successivement cinq vésicatoires volants sur chaque genou. Les tumeurs diminuèrent, la fluctuation devint de jour en jour moins sensible; et le 1^{er} octobre, les genoux étaient revenus à leur état naturel, de sorte que le malade sortit entièrement guéri.

Quand l'hydropisie articulaire ne cède pas aux vésicatoires, on a recours au moxa: on brûle successivement plusieurs cylindres de coton sur les parties latérales du genou; mais comme il s'agit moins de produire une désorganisation profonde de la peau que d'exciter une irritation qui ranime l'action des vaisseaux absorbants de la membrane synoviale, l'emploi de ce moyen doit être dirigé dans cette vue, c'est-à-dire appliqué de manière à irriter seulement la peau, et à ne désorganiser tout au plus que sa surface extérieure. On conçoit, au reste, que le moxa serait inutile, et qu'il pourrait même être nuisible, si l'hydropisie articulaire était dégénérée et accompagnée de symptômes annonçant la carie des surfaces articulaires.

Lorsque la maladie a été rebelle à tous les moyens que nous venons d'indiquer, il reste encore une dernière ressource; c'est de donner

issue au liquide épanché par une opération analogue à celle que l'on pratique dans les autres espèces d'hydropisies. Cette opération n'est pas toujours couronnée de succès, et quelquefois elle est accompagnée d'accidents graves qui font périr le malade, ou qui conduisent à la nécessité de l'amputation du membre.

On conçoit aisément pourquoi l'ouverture de la capsule synoviale n'est pas toujours accompagnée de succès, lorsqu'on réfléchit que pour guérir une hydropisie quelconque, il faut non-seulement évacuer le liquide qui la constitue, mais encore empêcher qu'il ne s'accumule de nouveau, soit en rétablissant l'équilibre entre l'exhalation et l'absorption de ce liquide, soit en effaçant la cavité dans laquelle il s'épanchait, par l'adhérence des parois de cette cavité entre elles ou avec un organe qu'elles environnent. L'ouverture de la membrane capsulaire ne peut, en aucune manière, rétablir l'équilibre entre l'exhalation et l'absorption; aussi remarque-t-on que la ponction, dans ce cas, est promptement suivie du retour de l'épanchement. Cette opération ne peut procurer la guérison de la maladie qu'en produisant une inflammation à la suite de laquelle la membrane synoviale contracte des adhérences avec les parties auxquelles elle est naturellement contiguë. Mais c'est précisément cette inflammation qui peut rendre l'ouverture de la capsule articulaire dangereuse. Si elle était parfaitement saine, et que l'hydropisie ne dépendit que de l'atonie des absorbants de cette membrane, on pourrait peut-être, en y excitant un léger degré d'inflammation par le moyen d'une injection un peu active, guérir la maladie sans produire la suppuration, et en effaçant en quelque sorte la cavité articulaire. Mais presque toujours la membrane synoviale s'est épaissie par suite de l'inflammation qui a précédé l'épanchement de la synovie et qui en a été la cause; en sorte que cette membrane plus ou moins exposée à l'impression de l'air, suivant la grandeur de l'ouverture, s'enflamme ordinairement à un degré qui produit la suppuration. Dans ce cas, si la matière purulente est en petite quantité et peut s'écouler librement par une ouverture d'une étendue médiocre, si les surfaces articulaires ne sont pas altérées, le malade peut guérir avec une roideur plus ou moins grande de l'articulation. Dans le cas contraire, c'est-à-dire lorsque la matière de la suppuration est si abondante que pour lui donner issue et empêcher son croupissement, on est obligé de pratiquer de grandes ouvertures ou de les multiplier, le malade est exposé aux accidents les plus gra-