

quelles la temporisation paraît très fâcheuse, car elle ôte toute chance de succès aux opérations. Ce n'est pas quand toute la cavité cotyloïde a été perforée, usée, quand toute la hanche est suppurée, détruite, quand il existe des abcès circonvoisins qu'on peut espérer enlever le mal. Il en est de même pour l'épaule et comme le chirurgien n'a pas la ressource d'amputer plus haut, il devient nécessaire d'intervenir de bonne heure. L'arthrite tuberculeuse d'une petite jointure doit être traitée par le curage précoce, car il est possible d'en conserver la fonction et d'obtenir sans grands dangers d'excellents résultats. Enfin il y a lieu de tenir compte du terrain; chez un individu robuste, dont la tumeur blanche est une manifestation localisée, primitive, de la tuberculose, les conditions sont meilleures. Nous partageons donc, avec les réserves qui précèdent, les idées de VOLKMANN, de KÖNIG; nous sommes partisans de l'intervention antiseptique, du curage des arthrites fongueuses avant la suppuration, surtout pour les articulations de l'épaule et de la hanche.

3° *Traitement de la tumeur blanche suppurée.* — Quelle sera la conduite du chirurgien lorsque les tumeurs blanches commencent à suppurer? Dans l'ancienne méthode, la thérapeutique était presque exclusivement symptomatique; après avoir ouvert et drainé les abcès circonvoisins, on ponctionnait les articulations à mesure que le pus s'y accumulait. Bref, les chirurgiens, sans se départir des moyens mis en usage dans les périodes antérieures, l'immobilisation, la compression, l'extension, les topiques, reculaient leur thérapeutique à mesure que la maladie faisait des progrès; c'était en quelque sorte l'expectation armée en chirurgie. L'inefficacité reconnue d'une telle pratique et l'évolution des idées modernes ont engagé les praticiens dans une voie nouvelle, féconde en résultats. C'est surtout l'école allemande qui s'est mise à la tête du mouvement.

On a d'abord conseillé de faire des injections dans l'arthrite tuberculeuse suppurée; les injections de teinture d'iode ont joui d'une certaine faveur; BONNET, VELPEAU, SÉDILLOT y eurent recours après l'ouverture de l'articulation. Aujourd'hui tout le monde leur préfère les injections phéniquées, iodoformées, dont les vertus antiphlogistiques et modificatrices sont vantées par HUETER. A cet effet le chirurgien pratique d'abord la ponction de l'articulation, évacue le pus avec grand soin et le remplace par une solution phéniquée à 2 ou 3 p. 100 dont il introduit 3 ou 4 grammes, ou par des lavages phéniqués retirés ensuite. Il est expressément recommandé de ne pas injecter l'acide phénique avant l'évacuation du liquide. Plus récemment LE FORR préconise l'emploi de la solution de sulfate de zinc, comme nous l'avons indiqué en parlant des fongosités. Les résultats fournis par ces moyens de traitement ne sont pas assez sûrs pour qu'on puisse les apprécier à leur juste valeur. Nous donnerons la préférence aux injections éthérées d'iodoforme.

La guérison après suppuration et ouverture de l'articulation est encore possible, bien que cette terminaison soit rare. Si le chirurgien appelé à donner ses soins à un malade ne croit pas devoir intervenir, si le patient refuse une opération ou qu'elle soit peu praticable (coxalgie par exemple), il faut recourir aux pansements modificateurs, à l'extension continue, pour éviter les luxations pathologiques et soutenir les forces du malade.

L'intervention chirurgicale comprend plusieurs opérations qui sont : 1° le curage de l'articulation; 2° la résection; 3° l'amputation. Chacune d'elles a des indications particulières que nous exposerons succinctement. Il faut remarquer tout d'abord qu'il est très difficile de poser des règles générales applicables à toutes les articulations, et ce n'est qu'en traitant de la pathologie des régions que nous pourrons donner les indications spéciales à chacune d'elles.

On ne devra intervenir qu'autant que les moyens plus simples auront échoué et que l'arthrite suppurée ne paraît pas s'améliorer par le repos, l'immobilisation, l'extension, l'ignipuncture, les injections antiphlogistiques, le traitement général, etc.

L'existence de tubercules dans d'autres organes et même dans le poumon n'est pas considérée par beaucoup de chirurgiens comme une contre-indication absolue, à la condition cependant que ces lésions ne soient pas très avancées. Si certains auteurs ont conseillé de débarrasser les phtisiques d'un foyer de suppuration qui contribue à leur épuisement, l'expérience a montré que les opérations actives dans quelques circonstances la marche de la phtisie pulmonaire.

Selon l'état des parties molles et le degré d'altération des os, l'intervention chirurgicale variera. Il est en effet évident qu'un grattage, qui peut suffire dans les cas de tuberculose primitivement articulaire avec lésion superficielle des os, n'aura plus sa raison d'être quand les parties molles lardacées sont infiltrées de tubercules et présentent des abcès et des fistules multiples. En pareil cas, la résection elle-même devient insuffisante parce qu'elle aboutit à une opération incomplète qui peut réussir quelquefois, mais qui trop souvent ne guérit pas radicalement l'affection.

C'est surtout dans les arthrites tuberculeuses d'origine osseuse que le chirurgien devra discuter avec le plus grand soin la nature des opérations à pratiquer. Ici les interventions partielles sont susceptibles de donner d'excellents résultats si le tubercule de l'os est circonscrit et chronique, s'il y a un séquestre mobile ou libre dans l'articulation, si l'état général est satisfaisant. Suivant les circonstances, l'on devra donner la préférence au curage et à la résection. Dans le cas où le tubercule osseux est diffus, infiltré, les deux épiphyses sont d'ordinaire malades en même temps et à une assez grande profondeur; les parties molles périphériques sont très altérées, l'état général est mauvais, et une opération partielle, dans de semblables conditions, a peu de chances de succès; il faut alors sacrifier le membre ou désarticuler si c'est possible.

Quant à l'époque à laquelle il convient d'intervenir, elle est diversement appréciée; tandis que les uns, surtout en France, attendent qu'il y ait de la fièvre, un commencement d'hecticité en quelque sorte, d'autres, comme VELPEAU, les Allemands, les Anglais, les Américains, conseillent d'intervenir de bonne heure, et grâce à cela ils ont obtenu des résultats satisfaisants. La temporisation, sage jusqu'à la période de suppuration n'a plus sa raison d'être lorsque l'arthrite est suppurée et que les premiers essais de conservation échouent. Si quelques chirurgiens trop entreprenants ou trop enthousiastes

ont dépassé le but, il ne faut pas, pour ce motif, rejeter une méthode qui s'impose aujourd'hui.

1° *Curage et grattage.* — Ces opérations conseillées par VOLKMANN, par LETIÉVANT (abrasion intra-articulaire), sont relativement simples; elles consistent à enlever avec une cuiller tranchante, et en s'entourant de toutes les précautions de la méthode antiseptique, les fongosités articulaires et les trajets fistuleux. On opère comme pour les abcès froids; mais il est nécessaire d'ouvrir largement l'articulation; l'arthrotomie suffit si les os sont seulement recouverts de fongosités tuberculeuses, ce dont on s'assure en inspectant les parties après avoir fait les incisions comme pour une résection. Les parties grattées sont lavées ensuite avec une solution phéniquée forte ou de chlorure de zinc. On a beaucoup employé l'iodoforme dans ces dernières années en Allemagne, et malgré quelques accidents dus à l'abus du médicament, on est en droit de le considérer comme un excellent antiseptique et presque comme un spécifique local de la tuberculose (cinq à dix grammes dans une jointure). Après l'opération il faut drainer la cavité et placer l'articulation dans une position convenable pour faciliter l'ankylose.

2° La *résection*, beaucoup plus ancienne que l'opération précédente vantée par VOLKMANN, KÆNIG et la plupart des Allemands, a été surtout préconisée en France par OLLIER; elle est particulièrement indiquée quand le tubercule débute par l'os et que les lésions sont assez bien circonscrites; elle permet d'enlever les foyers et de ruginer les parties molles contaminées. Le chirurgien peut, d'après l'intégrité des parties molles et de l'état général, d'après l'exploration à l'aide du stylet, apprécier l'étendue des désordres et juger de l'opportunité de la résection de l'une ou de plusieurs têtes articulaires. La conservation du périoste nous semble un peu illusoire en pareille circonstance, parce qu'il est presque toujours tuberculeux. De même on doit avant d'enlever l'os examiner avec grand soin son degré d'altération, car il est inutile de réséquer une épiphyse qui est seulement recouverte de fongosités, et sous le prétexte de conserver l'attache d'un tendon il ne faut pas laisser la moitié d'un tubercule osseux. Le chirurgien ne fera une bonne opération qu'autant qu'il sera familiarisé avec les différents aspects de l'arthrite tuberculeuse. Comme dit KÆNIG, l'opérateur pendant la résection fait l'autopsie locale. Quelquefois, dans les articulations tarsiennes par exemple, il suffit d'enlever un petit séquestre qui entretient une ou deux fistules et de curer le foyer pour guérir une arthrite tuberculeuse qui persisterait indéfiniment et entraînerait même l'amputation.

KÆNIG, l'un des partisans les plus convaincus de la résection dans l'arthrite tuberculeuse, a réuni cent dix-sept (117) résections; quatre-vingt-neuf pour le membre inférieur, vingt-huit pour le supérieur. Sur ce nombre vingt-cinq opérés sont morts; dix-huit n'ont pas été améliorés et soixante-quatorze ont guéri au bout d'un temps variant de six mois à un an en moyenne. Ces résultats sont assez encourageants parce que cette statistique porte sur de grandes articulations. La terminaison par fistule n'est pas rare après la résection, ce qui tient à ce que des fongosités tuberculeuses échappent à l'action du chirurgien; elles persistent pendant un certain temps, mais elles perdent le

plus ordinairement par le seul fait de l'inflammation réactive franche, leur puissance virulente. Quant à l'époque à laquelle il convient d'intervenir, elle varie suivant les circonstances; plus le sujet est jeune, plus on est en droit d'attendre.

3° *Amputation.* — Les raisons qui doivent porter le chirurgien à amputer sont les suivantes: Toutes les fois que les parties molles sont très altérées, lardacées, décollées par des clapiers tuberculeux, il faut sacrifier le membre. Lorsque la tuberculose articulaire osseuse devient diffuse et qu'elle exige de trop grands délabrements pour enlever les parties malades, l'amputation doit être préférée à la résection. Pour KÆNIG la néphrite n'est pas une contre-indication de l'opération. L'état général lui-même devra être pris en sérieuse considération; dès qu'il périclité, dès qu'il y a de la toux, que l'amaigrissement augmente, le chirurgien pèse avec soin les chances de résistance de l'organisme et juge s'il peut subvenir aux frais d'une réparation toujours longue après la résection. Enfin il n'est pas jusqu'à la position sociale du malade qui ne doive influencer dans une certaine mesure la conduite que suivra l'opérateur; pour l'ouvrier l'amputation est souvent plus avantageuse qu'une résection. D'ailleurs les amputations pour arthrites tuberculeuses guérissent habituellement bien et la santé générale ne tarde pas à s'améliorer si les lésions tuberculeuses viscérales ne sont pas trop avancées.

Traitement de l'arthrite tuberculeuse terminée par guérison. — Nous avons à dessein laissé de côté tout ce qui concerne le traitement des tumeurs blanches non suppurées ou guéries après l'élimination des produits caséux. Quand faut-il cesser l'immobilisation, l'extension continue? quand peut-on essayer de rétablir les fonctions de l'articulation? D'une façon générale il ne faut pas craindre, comme l'a montré VERNEUIL, de prolonger le traitement si l'on veut éviter des réveils fâcheux. L'immobilisation n'est pas la cause de l'ankylose, elle ne fait qu'y contribuer; on peut donc la continuer pendant quarante ou cinquante jours. Afin d'éviter l'atrophie des muscles toujours à craindre, les frictions légères et surtout l'électricité seront utiles quand on jugera que la période inflammatoire est passée. Pour les raideurs articulaires et l'ankylose, nous renvoyons aux chapitres spéciaux que nous leur consacrons.

§ 4. — Arthropathies syphilitiques

Bibliographie. — RICORD, *Traité des maladies vénériennes*, 1838. — RICHTER, *Mém. sur les tumeurs blanches*, in *Mém. de l'Acad. de méd.*, 1853, t. XVII. — CROCCO, *Traité des tumeurs blanches*, 1853. — MELCHIOR ROBERT, *Traité des maladies vénériennes*, 1861, p. 700. — LANCEREAUX, *Mém. de la Soc. de chir.*, 1863, et *Traité de la syphilis*. — GÉRIN-ROSE, *Union médicale*, 1869, t. II, p. 780. — TAYLOR, *Amer. J. of Dermat. and Syphil.*, 1871. — FOURNIER, *Leçons sur la syphilis*, 1873. — VERNEUIL, *Gaz. hebdom.*, 1873, p. 22. — DESPRÉS, *Traité de la syphilis*, 1878. — WEIL, *Diss. Inaug.*, Strasbourg, 1876. — CORNIL, *Leçons sur la syphilis*, 1879. — PANAS, COTTIN, GAUCHER, *France médicale*, 1879. — FOURNIER, *Syphilis chez la femme*, 1881. — SCHULLER,

Arch. de Langenbeck, t. XXVIII, 1882, et *Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, Bd XV, n. XXIX, p. 98. — GUETERBOCK, *Arch. de Langenbeck*, t. XXXI, 1884.
Thèses de Paris. — 1875, CHABOUX VAFFIER, DAUZAT, J. VOISIN. — 1877, PLATEAU. — 1878, BOULLY (Agrég.). — 1879, AUGAGNEUR. — 1881, TOUSSAIN, DUREUIL. — 1882, LACAZE, MÉRICAMP. — 1883, RANGUEDAT, DEFONTAINE.

1° ARTHROPATHIES DANS LA SYPHILIS ACQUISE

Le virus syphilitique, probablement parasitaire, détermine quelquefois des manifestations articulaires. Ici, comme dans les autres organes de l'économie, son action est assez lente, torpide, et il ne faut pas s'attendre à des arthrites à marche aiguë, nettement caractérisées. Les lésions, en effet, sont très peu inflammatoires, dans nombre de cas on ne constate que la douleur.

Ces arthropathies connues des premiers médecins qui ont écrit sur la syphilis, FRACASTOR, SWEDIAUR, HUNTER entre autres, ont été étudiées plus récemment par RICHEL, LANCEREAUX, FOURNIER, BOULLY, MÉRICAMP, DEFONTAINE. Leur existence a cependant été mise en doute par des auteurs compétents comme ROLLET, RICORD, DIDAY. On a surtout nié que la syphilis pût être l'origine de tumeurs blanches; sans doute ce nom est impropre et nous le réservons aux arthrites tuberculeuses, mais il existe des arthrites fongueuses syphilitiques désignées par FOURNIER sous le nom de pseudo-tumeurs blanches; elles méritent une description spéciale.

FOURNIER, VOISIN, BOULLY décrivent trois degrés dans l'arthropathie syphilitique : 1° l'arthralgie; 2° les fluxions articulaires subaiguës avec ou sans épanchement; 3° les arthrites gommeuses. Tandis que l'arthralgie est précoce, le deuxième groupe correspond assez exactement à la période secondaire, le troisième à la période tertiaire.

1° **Arthralgie.** — Un seul symptôme caractérise cette affection articulaire : la douleur. Elle apparaît, d'après FOURNIER, dans l'intervalle qui sépare le chancre de la roséole. Cette douleur, mal caractérisée, vague, s'accroît par les mouvements, la pression; il n'y a aucune tuméfaction, pas d'empatement ni de rougeur, la fièvre fait ordinairement défaut. Les sièges de prédilection de l'arthralgie sont : les épaules, les genoux, les poignets. La douleur arthralgique se déclare souvent au réveil et diminue par l'exercice, phénomène que les malades traduisent d'une façon pittoresque en disant que leurs jointures sont comme *rouillées*. L'arthralgie disparaît insensiblement sous l'influence du traitement; il est rare qu'elle laisse des craquements après elle. FOURNIER fait remarquer qu'il faut se garder de prendre pour de l'arthralgie les myosites, les ténosites, les périostites syphilitiques qui s'accompagnent également de douleurs. L'existence d'un chancre antérieur permettra toujours de poser un diagnostic; sans cette donnée il serait impossible d'affirmer la nature de la douleur.

2° **Arthrite secondaire.** — FOURNIER, VOISIN, DEFONTAINE décrivent séparément l'arthrite subaiguë et l'hydarthrose.

a. *L'arthrite subaiguë* consiste dans un mouvement fluxionnaire de la jointure

ture qui ne dépasse pas le degré de l'arthrite congestive. Le plus souvent spontanée, quelquefois provoquée par un traumatisme, elle peut être mono-articulaire ou poly-articulaire; d'où le nom de rhumatisme syphilitique qu'on lui a donné.

L'articulation devient d'abord douloureuse pendant le repos; tous les mouvements accroissent la souffrance, il y a toujours un gonflement léger sans changement de couleur de la peau. C'est seulement dans des cas exceptionnels, chez des femmes nerveuses, par exemple, que la tuméfaction se montre plus prononcée, la peau rouge, chaude et que l'on constate des symptômes généraux. Au bout de deux à trois semaines, l'arthrite disparaît habituellement sans laisser de traces; il est rare qu'elle persiste et s'accompagne de lésions plus marquées des surfaces articulaires, amenant à leur suite des craquements et une gêne fonctionnelle.

Lorsque les antécédents syphilitiques sont nettement établis par les commémoratifs, la concomitance d'autres manifestations, le diagnostic de cette arthropathie ne présente pas de difficultés. Il n'en est pas de même dans les cas douteux et on peut croire à un rhumatisme articulaire subaigu. Le traitement servira quelquefois à déceler la nature de la maladie.

b. *Hydarthrose.* — Les douleurs du début sont moins vives dans l'hydarthrose syphilitique; l'épanchement facile à reconnaître, particulièrement au genou, son lieu d'élection, est moins abondant que dans l'hydarthrose rhumatismale d'après PLATEAU. De même, l'affection a une durée plus courte (quinze à vingt jours) surtout sous l'influence du traitement spécifique.

3° **Arthrite gommeuse.** — L'arthrite gommeuse qui se montre ordinairement à la période tertiaire a été longtemps confondue avec les tumeurs blanches ou avec des hydarthroses. En réalité, cette affection a une grande analogie avec les tumeurs blanches, d'où le nom de *pseudo-tumeurs blanches syphilitiques* que leur ont donné FOURNIER, DUREUIL, MÉRICAMP. L'opinion première remonte à RICHEL (1853); ce chirurgien a décrit une arthrite fongueuse syphilitique, variété rejetée par PANAS qui la considère comme une hydarthrose. DESPRÈS nia l'existence de la tumeur blanche spécifique, et émit l'opinion qu'il s'agissait de rhumatisme. LANCEREAUX le premier a eu la bonne fortune de faire l'autopsie d'une arthrite tertiaire du genou. Il a trouvé des dépôts pseudo-membraneux à la face interne des synoviales, des ulcérations des cartilages. Le ligament adipeux et les tissus fibreux capsulaires étaient transformés en une masse jaune grisâtre, élastique, d'apparence gommeuse. LANCEREAUX reconnut dans ce tissu la structure du tissu gommeux du foie.

Outre cette forme synoviale RICHEL, pense qu'il en existe une autre débutant par les extrémités osseuses ou le périoste. Pour FOURNIER, la pseudo-tumeur blanche syphilitique a pour origine une hyperostose des têtes articulaires. Il est certain que, dans la plupart des cas, on a noté l'épaississement gommeux de la capsule, le gonflement des os joints à un épanchement synovial assez abondant. BOULLY se déclare assez disposé à considérer les arthropathies tertiaires comme des lésions de voisinage, opinion qui a été pleinement confirmée par les recherches anatomo-pathologiques de MÉRICAMP (1882). Ce dernier a eu l'occasion de faire l'autopsie d'un malade atteint d'arthropathie

syphilitique, et conclut de ses dissections qu'il n'y a pas d'arthrite syphilitique gommeuse primitive, mais seulement des arthrites de voisinage.

Symptômes. — Le genou, le coude sont les sièges les plus fréquents de la maladie; on a encore rencontré l'arthropathie spécifique à la hanche, au poignet. Dans un cas examiné par l'un de nous, l'affection qui siégeait au coude avait apparu peu de mois après l'accident primitif. Les choses ne se passent pas généralement ainsi et c'est après des années qu'on observe l'arthrite. Les débuts sont toujours insidieux et l'arthropathie marche avec une grande lenteur; souvent quand les malades se présentent au médecin les articulations sont déjà très gonflées par l'épanchement, ce qui indique assez le caractère subaigu du processus. On sent encore des plaques dures, élastiques, chondroïdes, situées de chaque côté de la partie supérieure de la rotule, un gonflement des os, un élargissement de la rotule. Ces lésions sont indolentes, gênent médiocrement les mouvements, et l'atrophie musculaire survient lentement dans les arthrites chroniques; cependant DUREUIL a noté un amaigrissement considérable. La peau reste intacte et l'on n'y constate d'autre changement que le développement anormal d'un lacis veineux, le malade éprouve quelquefois des douleurs ostéocopes nocturnes. L'état général est ordinairement mauvais. MERICAMP a décrit une arthropathie syphilitique déformante, sorte d'arthrite sèche, qui aurait été observée dans la syphilis héréditaire par DUMÉNIL, par lui et par SCHULLER.

Cette affection n'a aucune tendance à la suppuration et on n'a noté que deux cas d'ankylose. Habituellement, après plusieurs mois, les symptômes s'amendent et la résolution a lieu si les lésions articulaires n'ont pas été trop intenses.

Diagnostic. — Les caractères de l'arthrite syphilitique tertiaire sont si mal établis et dans tous les cas si peu spécifiques qu'il est très difficile, sans les antécédents, de découvrir la véritable nature de la maladie. Le traitement confirme les soupçons. C'est surtout avec l'arthrite tuberculeuse que la distinction devient ardue. Dans leurs premières périodes, en effet, les microbes tuberculeux et syphilitique ne déterminent pas de symptômes aigus et produisent seulement des phénomènes irritatifs. Mais tandis que l'arthrite syphilitique ne suppure pas, qu'elle est rapidement améliorée par un traitement mercuriel et ioduré, l'arthrite tuberculeuse suppure assez souvent et n'a pas de remède spécifique. L'épanchement est toujours moins abondant dans cette dernière que dans l'arthropathie syphilitique.

Traitement. — La médication générale jointe au traitement local (immobilisation, emplâtre de Vigo, compression, teinture d'iode) donnent de bons résultats. Il faut continuer longtemps l'emploi de ces moyens pour éviter des rechutes.

2° ARTHROPATHIES DANS LA SYPHILIS HÉRÉDITAIRE

Bibliographie. — GUETERBOCK, *Arch. de Langenbeck*, Bd XXXI, s. 288, in *Ueber Heredit. syphilitische Erkrank. der Gelenke*, et *Berlin. Med. Gesellsch. Vortrage*, juin 1884 (Bibliogr.). — HEUBNER, *Arch. de Virchow*, Bd LXXXIV, s. 248. Thèses de Paris. — 1880, DUREUIL, AUGAGNEUR. — 1883, RANGUEDAT.

La syphilis héréditaire comme la syphilis acquise serait susceptible d'envahir les articulations. Les trois principales formes admises sont: 1° l'hydarthrose; 2° la pseudo-tumeur blanche syphilitique; 3° la variété déformante. Ces manifestations assez souvent tardives ont été établies par analogie avec la forme acquise; leur histoire ne nous semble pas encore appuyée sur une observation clinique suffisante. La double hydarthrose dont était atteint un jeune garçon, fils de parents syphilitiques, resta rebelle au traitement spécifique. DUREUIL a relaté dans sa thèse un certain nombre de faits qui se rapportent à la pseudo-tumeur blanche; enfin RANGUEDAT cite une observation d'arthrite déformante poly-articulaire chez un enfant de cinq ans et rationnellement liée à la syphilis héréditaire.

CHAPITRE III

ÉPANCHEMENTS ARTICULAIRES ET ARTHROPHYTES

§ 1^{er}. — Hydarthrose

Bibliographie. — GIMELLE, *Mém. sur l'emploi de l'émétique*, etc., in *Bull. de l'Acad. de méd.*, 1840, t. V, p. 344; *Bull. de thérap.*, 1842, t. XII, p. 215, et *Gaz. méd. de Paris*, 1845, p. 393. — BONNET, *Traité des maladies articulaires*, Lyon, 1845. — JOBERT (de Lamballe), *Injections dans les membranes séreuses et syn.*, in *Bull. de l'Acad. de méd.*, 1846, t. XI, p. 330. — ABEILLE, *Mém. sur les injections iodées*, etc., Paris, 1849. — BONNET, *Thérap. des maladies articulaires*, 1853. — ROUX, *Hydarth. orbic. traitées par l'inj. iodée*, in *Arch. gén. de méd.*, 4^e série, t. XIV, p. 402. — PANAS, *Nouveau dict. de méd. et de chir. prat.*, 1866, t. III, p. 334. — DIEULAFOY, *Trait. par la ponction*, in *Gaz. hebdom.*, 1871. — DESPRÈS, *Des ponctions évacuatrices*, etc., in *Bull. de la Soc. de chir.*, et *Gaz. des Hôp.*, 1873. — BERGERET, *Journ. de thérap.*, 1874. — LE FORT, *Paralysie avec atrophie de quelques groupes muscul.*, in *Bull. de la Soc. de chir.*, 1876. — CAMPENON, *Pronostic*, etc., *France médicale*, 1877. — HEETLEY, *Compression élast.*, in *The Lancet*, t. II, 1879, p. 728. — NICAISE, *Arthrotomie*, in *Soc. de chir.*, 1881, p. 829. — KENIG, *Die Tuberculose der Knochen u. Gelenke*, Berlin, 1884. — DELENS, in *Bull. de l'Acad. de médecine*, 1885. Thèses de Paris. — 1816, ROBIN. — 1827, PARMENTIER. — 1837, GAUDINOT. — 1867, CANONNE. — 1869, TRÉMOUREUX. — 1873, CORNIER. — 1874, PERROT. — 1878, GRENIER. — 1879, VIEILLE. — 1880, PIÉCHAUD. — 1881, DELBREIL. — 1884, OUDAILLE, CARBON. Hydarthrose intermittente. — PANAS, *Soc. de chir.*, 1878, et *Bulletins*, p. 253. — SEELIGMULLER, *Deutsche med. Woch.*, 1880. — LANDRIEUX, *France méd.*, 1880. — FIEDLER, *Deutsche med. Woch.*, n° 4, 1881. — PIERSON, *Deutsche med. Woch.*, n° 13, 1881.

Définition. — On désigne sous le nom d'hydarthrose les épanchements de sérosité qui peuvent se former dans les articulations.