

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, *Traité 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.

Cette dénomination des plus vagues s'applique aussi bien aux épanchements essentiels et sans lésion que l'on rencontre dans l'anasarque, par exemple, qu'aux épanchements symptomatiques d'un état inflammatoire. GOSSELIN, pour les distinguer, propose d'affecter spécialement à ces derniers le nom d'arthrite avec épanchement ou hydropique.

Historique. — A. PARÉ semble avoir soupçonné l'existence des épanchements séreux intra-articulaires; il les nommait aposthèmes aqueuses; J.-L. PETIT, MONRO, LASSUS étudièrent cette maladie, puis BOYER la décrivit d'une façon satisfaisante et lui donna le nom d'hydarthrose. Depuis lors, l'arthrite hydropique a été l'objet de travaux dus à BRODIE, BLANDIN, BONNET. La plupart des contemporains s'en sont occupés surtout au point de vue du traitement.

Étiologie. Siège. Fréquence. — La maladie est primitive ou consécutive.

Primitive. Elle apparaît spontanément, sans cause apparente chez un sujet bien portant, constituant alors une manifestation de la diathèse rhumatismale; en interrogeant le malade avec soin on trouve parfois pour expliquer ce singulier début un refroidissement brusque ou l'influence du froid humide.

Consécutive. L'hydarthrose reconnaît pour cause un coup, une chute, une entorse, en un mot une lésion traumatique quelconque des articulations. Dans d'autres cas elle se développe après une marche forcée, un exercice violent.

Enfin la synovite chronique peut succéder à une inflammation aiguë de la synoviale, compliquer un état général ou local persistant. Ainsi, on voit survenir des hydarthroses dans le cours de l'état puerpéral; c'est un phénomène fréquent dans les fractures du fémur, chez l'adulte (BERGER); il serait constant dans les fractures de la diaphyse, du col, et du trochanter chez les enfants (ALISON), l'épanchement se produit alors sans qu'il y ait eu chute sur le genou, sans contusion, sans plaie contuse.

Dans ces dernières années VERNEUIL a attiré l'attention sur l'existence de l'hydarthrose comme complication de la phlegmatia alba dolens, l'épanchement dans ces circonstances prend une forme variable, tantôt il apparaît brusquement pour disparaître de même, parfois il se transforme en arthrite aiguë et entraîne les accidents les plus graves.

La tendance actuelle porte de plus en plus les chirurgiens à considérer l'hydarthrose comme un symptôme. En effet on la rencontre dans un grand nombre de maladies; de telle sorte qu'il faudrait étudier isolément l'hydarthrose rhumatismale, tuberculeuse, syphilitique, etc. Or on ne peut guère procéder à l'étude d'un symptôme en faisant abstraction de l'entité morbide à laquelle il appartient; voilà pourquoi nous ne dirons rien de l'hydropisie tuberculeuse, hydarthrose tuberculeuse, admise par KÆNIG et dont il a été question ailleurs.

Sous l'inspiration de TRÉLAT, GRENIER a recherché l'influence des saisons, du sexe, de l'âge sur la production des hydarthroses; ses travaux l'ont conduit aux conclusions suivantes: l'influence saisonnière ne paraît pas jouer un rôle considérable dans la production de l'hydarthrose; l'augmentation légère que l'on constate dans les mois chauds de juillet, août, pourrait être attribuée à un

refroidissement brusque au milieu de la sudation. Le sexe masculin est particulièrement prédisposé à l'hydarthrose. La période de la vie où elle atteint son maximum de fréquence va de vingt à cinquante ans, on ne l'observe pas avant dix ans, ni après quatre-vingts ans. Les professions qui nécessitent des efforts violents et continus, ou l'exposition aux intempéries prédisposent à l'hydarthrose. Cette affection se rencontre surtout dans les articulations peu serrées et munies de grandes synoviales (genou, hanche, épaule). Parmi toutes le genou tient la première place.

Anatomie pathologique. — BOYER, BLANDIN, DUPUYTREN, BONNET, RICHEL et quelques autres ont eu l'occasion de faire l'examen anatomique d'articulations atteintes d'hydarthrose, chez des sujets qui avaient succombé à une affection intercurrente, car l'hydarthrose par elle-même n'entraîne jamais la mort. Depuis l'emploi de la méthode antiseptique, l'arthrotomie a permis de constater les lésions anatomiques sur le vivant. Les observations des auteurs ci-dessus désignés tendent à prouver que les lésions principales siègent sur la synoviale. BOYER, BONNET ont signalé une augmentation de vascularité de cette membrane qui serait légèrement gonflée, rouge; l'injection existerait principalement du côté des houppes de la synoviale. RICHEL, au contraire, a vu dans certains cas la membrane blanche comme lavée, il n'était pas possible de distinguer sur elle la moindre trace de vascularisation anormale. Ces faits contradictoires sembleraient établir qu'il existe réellement deux formes distinctes d'hydarthrose, l'une inflammatoire, synovite chronique ou subaiguë, l'autre essentielle, constituant une hydropisie analogue aux divers épanchements que l'on rencontre sur les autres séreuses.

Dans le cas d'hydarthrose ancienne, on a trouvé des fausses membranes sur la face interne de la synoviale; cartilages et os sont d'ordinaire intacts. Les ligaments, si l'épanchement est considérable et de longue durée, se laissent graduellement distendre. Le relâchement peut être porté assez loin pour que, après la guérison, il persiste entre les parties constituantes de l'articulation une mobilité anormale. Le liquide contenu dans la cavité articulaire varie comme quantité et comme coloration. Tantôt il présente la couleur blanchâtre de la sérosité, mais plus communément il paraît jaune clair ou citrin. Il a une consistance onctueuse et sa densité se rapproche de celle de l'huile (NÉLATON).

Lorsque l'hydarthrose succède à un traumatisme, ce liquide peut être coloré en rouge par le sang épanché. Rarement il contient en suspension des flocons albumineux ou des corps riziformes; leur présence doit faire soupçonner l'existence de corps étrangers articulaires. Ce liquide donne toutes les réactions de l'albumine.

Symptômes. — En général l'hydarthrose s'établit sans douleur, sans gêne, les téguments conservent leur teinte normale, la déformation de la région attire rapidement l'attention du malade ou de ses proches. Ce symptôme est surtout apparent dans les articulations superficielles, comme le genou, le coude. Distendue par l'épanchement, la synoviale forme une tumeur facilement appréciable à la vue; cette masse n'est pas uniforme, elle présente des saillies, des dépressions qui lui donnent un aspect mamelonné. La dispo-

sition des plans sous-cutanés rend très bien compte de ce phénomène. Les synoviales sont d'ordinaire doublées par un surtout fibreux, très résistant en certains points, particulièrement au niveau des ligaments, et très faible dans les autres parties. Là où la synoviale se trouve fortement bridée, la tumeur est étranglée; dans les points au contraire où le tissu est lâche elle se développe librement; ainsi se forment saillies et dépressions. Au genou, par exemple, on trouve deux bosselures de chaque côté du ligament rotulien, et une masse considérable au-dessus de la rotule. Au pied, c'est au devant des malléoles que se rencontrent les saillies, au coude sur les côtés de l'olécrâne, etc. Pour les articulations profondément situées, hanche, épaule, on ne voit plus de saillies ni de dépressions; la région tout entière est soulevée en masse, ce qui donne au membre un aspect spécial.

La fluctuation, signe capital, constitue le deuxième symptôme par lequel le chirurgien s'assurera de la présence du liquide. En cas d'épanchement abondant, la fluctuation est facile à constater; lorsqu'il est faible au contraire, il devient nécessaire de s'entourer de certaines précautions. Le chirurgien mettra d'abord le membre dans la position qui facilitera le mieux le relâchement musculaire, puis, embrassant l'articulation à pleine main de façon à rapprocher les culs-de-sac de la synoviale, et à collecter le liquide dans le plus petit espace possible, il déprimera brusquement le point central de la tumeur; le liquide refoulé viendra frapper contre les parties périphériques, c'est-à-dire contre les mains. Au genou, les culs-de-sac de l'articulation étant rapprochés, avec l'index de la main droite, ou les index des deux mains, l'opérateur déprime la rotule doucement, lentement; il sent que, pour arriver jusqu'au condyle, pour donner le *choc rotulien*, cet os est obligé de vaincre une résistance, de parcourir un certain espace. Cette résistance reconnaît pour cause le refoulement du liquide sur les parties latérales; dès qu'on cesse la pression, la synovite revenant en masse soulève de nouveau la rotule. Chez les rhumatisants, les articulations très lâches, contiennent toujours une petite quantité de liquide, il faut être prévenu de ce fait, afin de ne pas se laisser induire en erreur.

Signalons rapidement quelques autres symptômes spéciaux. Lorsque la synovite est ancienne, les culs-de-sac de la synoviale se montrent parfois épaissis; MARJOLIN le premier a insisté sur ces indurations qui, à l'articulation du genou, se localisent surtout sur le cul-de-sac supérieur et externe. Il faut être prévenu de ce fait, car plusieurs observateurs ont pris ces indurations pour des corps étrangers.

Dans l'hydarthrose du genou, en mesurant les deux rotules avec un compas d'épaisseur, on constate presque toujours un élargissement de cet os du côté malade. GOSSELIN, qui a spécialement insisté sur ce point dans ses cliniques, ne sait trop à quoi attribuer cette particularité.

De toutes les maladies des articulations l'hydarthrose paraît être une de celles dans lesquelles l'atrophie musculaire se manifeste le plus rapidement. Dès que la présence du liquide aura été établie, en recherchant avec attention on découvrira aussi l'atrophie de tel ou tel groupe musculaire. Très appréciable à la mensuration, cette diminution de volume du membre rend encore plus évidente la déformation articulaire.

Dans une série de recherches, BONNET avait vu, sous l'influence d'injections brusques faites dans les articulations, les membres se mettre dans certaines positions destinées à faciliter la distension de la synoviale. Il en avait conclu que les membres prendraient ces mêmes positions par suite des épanchements morbides. Les choses se passent ainsi lorsque, durant le cours d'une inflammation très vive, l'épanchement apparaît rapidement; mais dans les cas ordinaires, lorsque l'épanchement se fait lentement, la synoviale se distend progressivement et le patient n'éprouve nullement le besoin de chercher une position spéciale.

Marche. — Terminaison. — La marche de la maladie est essentiellement chronique; abandonnée à elle-même l'hydarthrose guérit quelquefois, mais beaucoup plus souvent elle reste stationnaire. Les malades continuent à vaquer à leurs occupations; cependant peu à peu des désordres graves se manifestent; la synoviale se distend, s'épaissit, les ligaments se relâchent, les mouvements deviennent de plus en plus difficiles. De temps à autre des poussées aiguës aggravent la situation; à la longue sur les cartilages se produisent des altérations spéciales, et chez les rhumatisants, à l'hydarthrose succède l'arthrite sèche. Pour les sujets dits scrofuleux la synovite chronique paraît fréquemment le signe avant-coureur des arthrites tuberculeuses.

Citons enfin un mode de terminaison signalé par PARMENTIER (Th. Paris, 1827) et plus tard par BONNET: la rupture de la synoviale. La distension de cette membrane par le liquide épanché peut-elle entraîner pareil accident? Nous ne le croyons pas; mais qu'un sujet atteint d'hydarthrose se laisse tomber sur l'articulation malade, qu'il reçoive un choc quelconque à ce niveau, et fatalement une déchirure de la synoviale aura lieu; le liquide s'épanchera dans le tissu cellulaire. BONNET a vu un accident de ce genre amener la guérison d'une hydarthrose du genou.

Variétés. Hydarthrose intermittente. — Parmi les formes que peut revêtir cette affection, une des variétés les plus curieuses est certainement l'hydarthrose intermittente; voici comment se présente en général la maladie. Sans aucune cause apparente, sans inflammation et sans fièvre, survient brusquement un gonflement de la hanche, du genou qui augmente rapidement, reste stationnaire pendant quelques heures et disparaît graduellement. Puis les attaques se répètent, séparées les unes des autres par le même laps de temps chez le même individu. L'attaque a d'ordinaire une durée de quatre à huit jours, puis un intervalle de repos lui succède et cette accalmie persiste pendant douze ou quinze jours. L'hydarthrose intermittente paraît être le plus souvent une maladie de la jeunesse ou de l'adolescence.

Il semble bien difficile de se prononcer sur la nature de cette affection. PANAS n'est pas éloigné de la considérer comme une manifestation directe de la diathèse rhumatismale; SEELIGMULER a réuni et étudié treize faits de ce genre, sans pouvoir arriver à des conclusions bien précises. Dans deux cas, le paludisme jouait un rôle manifeste, il en était de même dans l'observation rapportée par LANDRIEUX en 1879. SEELIGMULER est porté à considérer cette maladie comme une névrose vaso-motrice. Il croit que la brusque dilatation des vaisseaux sanguins de la synoviale peut produire très rapidement un

épanchement séreux dans la jointure. Tout cela n'explique pas la périodicité de la maladie.

Diagnostic. — Il paraît en général facile de reconnaître, à l'aide des symptômes que nous avons indiqués, la présence d'une collection liquide dans une jointure superficiellement placée, mais il est loin d'en être ainsi pour les articulations recouvertes par des masses musculaires volumineuses; la recherche de la fluctuation demande alors des soins tout particuliers. Le récit fait par le malade du mode d'apparition, du développement de la tumeur, sont autant d'indices précieux.

L'hydarthrose ne saurait être confondue avec l'hygroma ou les divers kystes qui peuvent se développer dans les bourses séreuses et tendineuses péri-articulaires. Ces tumeurs ont un siège spécial, sont nettement limitées et de peu d'étendue.

Entre l'arthrite tuberculeuse et l'hydarthrose, l'erreur n'est pas possible. Les masses fongueuses de l'arthrite tuberculeuse sont susceptibles de donner lieu à une fausse sensation de fluctuation, mais cette sensation de flot ne se communique pas d'un côté à l'autre de l'article comme dans les cas d'hydarthrose. Cependant, à certaines périodes du développement de la tumeur blanche, l'hésitation est possible. Lorsque, par exemple, avec l'épaississement de la synoviale et l'empâtement des tissus mous péri-articulaires il existe en même temps une petite quantité de liquide dans l'article, il devient malaisé de savoir à quoi est due la fluctuation peu nette que l'on perçoit, toutefois la marche de la maladie ne manquera pas de lever tous les doutes.

Pronostic. — Bien que ne mettant pas directement en danger les jours du malade, l'hydarthrose constitue néanmoins une lésion sérieuse, à cause de sa durée et des complications qu'elle peut entraîner après elle. Dans les cas les plus favorables, il persiste de la raideur articulaire et une atrophie des plus manifestes qui apporte à l'accomplissement des mouvements du membre une gêne considérable. Enfin l'affection est sujette à récidiver.

Traitement. — A. *Traitement général.* — Considérant l'hydarthrose comme un état phlegmasique, BLANDIN, GERDY employèrent contre cette affection les sangsues, les ventouses scarifiées et même la saignée générale. D'autres auteurs ont eu recours aux médicaments altérants, O'BEIRN (de Dublin) donnait du calomel jusqu'à salivation. GIMELLE (*Académie de méd.*, 1840) conseille l'usage du tartre stibié à dose rasorienne; cette thérapeutique est entièrement abandonnée aujourd'hui, ou réservée pour quelques cas spéciaux dans lesquels une inflammation subaiguë a présidé à la formation du liquide.

B. *Traitement local.* — Localement on a employé diverses méthodes thérapeutiques, en particulier les suivantes :

a. *Compression.* — La compression, pour rendre des services, doit être faite, non seulement au niveau de l'articulation malade, mais encore sur toute l'étendue du membre. Ce dernier sera mis dans l'extension si la lésion siège au genou, dans la demi-flexion si c'est le coude qui est atteint; un bandage ouaté part de la racine des doigts ou des orteils, remonte au-dessus de l'articulation malade en la dépassant largement. Au niveau de l'épanchement les tours de bande sont multipliés et serrés vigoureusement; pour exercer une pression

plus forte, quelques chirurgiens emploient une bande en caoutchouc. Le bandage doit rester en place pendant trois semaines ou un mois; la compression agirait mécaniquement en forçant le liquide à se résorber.

b. *Immobilisation.* — L'immobilisation simple du membre a été conseillée par plusieurs auteurs qui partent de ce principe: l'hydarthrose étant la manifestation d'une inflammation chronique, les mouvements articulaires ne feront que l'augmenter. Employée seule, l'immobilisation n'a jamais donné de grands résultats; généralement on lui joint la compression. Dès lors, se pose la question suivante: le membre étant comprimé ainsi que nous venons de le dire, est-il nécessaire de l'immobiliser absolument et de forcer le patient à garder le repos? Nous ne le pensons pas, nous croyons au contraire qu'avec un appareil ouaté bien fait, dans lequel, si on le juge convenable, on pourra mettre une attelle de carton ou de fil de fer, le malade peut très bien sortir.

c. *Révlusifs.* — Les révulsifs anodins sont absolument inutiles; ils servent uniquement à occuper l'attention du malade; les pointes de feu très superficielles ont une action beaucoup plus efficace.

Quelques auteurs n'ont pas craint de se servir des moxas et de la cautérisation potentielle. Les moxas sont aujourd'hui tombés dans l'oubli, et nous ne sommes pas assez sûrs du succès de la révulsion pour condamner les malades aux tortures que leur font endurer les caustiques chimiques. Ce procédé du reste peut devenir dangereux, car il est difficile de limiter exactement l'escarre.

Le cautère actuel, sous forme de pointes de feu profondes, a fourni de bons résultats, mais de l'avis même de ses partisans, cette méthode n'a pu donner à elle seule une guérison complète.

A ces moyens nous préférons l'usage de larges vésicatoires volants dont on renouvelle l'application de temps à autre. Il ne faut pas, cependant, multiplier par trop les vésicatoires, car, fréquemment répétés, ils occasionnent chez les sujets lymphatiques l'épaississement du derme et l'engorgement des tissus péri-articulaires.

Donc: compression, révulsion, immobilisation, employées seules ont réussi quelquefois, mais bien souvent aussi ont été impuissantes. « Il n'en est plus de même, si l'on fait alterner les vésicatoires volants avec la compression; combinés ensemble et unis à l'immobilisation, ces deux moyens ont une grande efficacité et réussissent, dans l'immense majorité des cas, à donner une guérison complète et durable » (DUPLAY, *Path. ext.*, t. III, p. 22).

d. *Hydrothérapie locale et générale. Eaux thermales.* — L'hydrothérapie, les bains et douches de vapeur, les eaux thermales constituent une des meilleures méthodes de traitement. Nous ne saurions trop recommander l'emploi alternatif du bain de vapeur et de la douche froide. En sortant de l'étuve, le malade sera conduit sous la douche froide, puis de là dans une salle à température modérée, 25° à 30° environ, où on lui donnera successivement sur l'articulation des douches de vapeur et des douches froides. La séance devra se terminer par une sudation abondante à l'étuve, suivie d'une douche générale.

L'emploi rationnel des eaux thermales produit aussi, dans quelques cas, des guérisons véritablement merveilleuses. Nous recommandons principalement les eaux sulfureuses: Barèges, Aix-les-Bains.