

a publié une bonne thèse sur les accidents à forme rhumatismale de la blennorrhagie. Une discussion a eu lieu à la Société médicale des hôpitaux (1) sur le même sujet, et malgré les arguments fournis par Lorrain, Peter, Guyot, Féréol, etc., en faveur des opinions qu'ils ont émises, on ne saurait affirmer la manière dont se traduit la relation qui existe entre l'arthrite et la blennorrhagie.

Quoi qu'il en soit, l'arthrite blennorrhagique réside principalement dans la synoviale, et amène en général un épanchement articulaire abondant, avec gonflement de l'article et impossibilité des mouvements; la douleur, due surtout à la distension considérable que subit la membrane synoviale, est moins vive en général que dans l'arthrite franchement inflammatoire.

Le diagnostic n'offre pas de difficultés sérieuses; l'arthrite blennorrhagique seule offre ce curieux phénomène d'une hydropisie se développant avec grande promptitude, et disparaissant de même; l'existence d'une blennorrhagie soit actuelle, soit récemment guérie, appellera l'attention du chirurgien et lèvera les doutes qu'il aurait pu conserver.

Le pronostic est rarement fâcheux; dans le plus grand nombre des cas, la maladie se termine par la résolution, et dans un temps assez court, sans même qu'il y ait eu aucun symptôme de réaction générale.

Dans le traitement, il y a deux indications à remplir: combattre l'inflammation articulaire par les sangsues, les émoullients, le repos, et plus tard par la compression, si l'épanchement tardait à se résorber; enfin, traiter la blennorrhagie par les moyens ordinaires. On a conseillé, dans le traitement de l'arthrite blennorrhagique, comme dans celui de l'orchite blennorrhagique, de suspendre le traitement par les balsamiques. Nous n'avons jamais tenu compte de cette observation et nous nous en sommes toujours bien trouvés.

Le plus ordinairement ces moyens suffisent pour guérir l'arthrite blennorrhagique; cependant il faut quelquefois recourir à l'emploi des vésicatoires aidés de la compression, pour dissiper l'empâtement dont l'articulation est le siège; on combattra la roideur articulaire par l'emploi de quelques douches de vapeur.

§ II. — Arthrite chronique.

L'arthrite chronique succède quelquefois à l'arthrite aiguë; mais souvent aussi elle se montre dès le principe avec ses caractères propres, et, sous ce rapport, on observe trois formes principales de la maladie: tantôt les désordres articulaires sont relativement peu prononcés, et consistent essentiellement dans un épanchement chronique, une hydropisie de la cavité synoviale: c'est l'hydarthrose; tantôt il existe des lésions en général complexes et profondes des parties constituantes de la jointure. Le plus souvent alors, entre cette variété d'arthrite chronique et ces phlegmasies

(1) *Comptes rendus des séances de la Société médicale des hôpitaux*, 1867.

si graves, connues sous le nom collectif de tumeurs blanches, la distinction est impossible à marquer.

Enfin, l'inflammation chronique peut amener quelquefois dans les jointures des altérations tout à fait spéciales, accompagnées généralement de déformations particulières; c'est la variété désignée sous le nom d'*arthrite sèche, déformante*.

En résumé, nous étudierons dans ce paragraphe: *a.* l'hydarthrose; *b.* l'arthrite sèche, et nous renverrons, pour l'histoire de l'arthrite chronique proprement dite, à la description des tumeurs blanches.

a. — Hydarthrose.

On donne le nom d'*hydarthrose* à une accumulation de liquide dans une cavité articulaire, que ce liquide soit simplement de la synovie en excès ou une sérosité citrine, limpide, semblable au liquide que l'on rencontre dans les séreuses enflammées.

L'histoire de cette maladie est de date récente. Les anciens semblent avoir peu connu cet épanchement, ou du moins on n'en trouve pas de traces dans leurs ouvrages. A. Paré, qui lui donnait le nom d'*apostème aqueuse*, semble l'avoir entrevu; mais il n'entre dans aucun détail. J. L. Petit connaît mieux la maladie qui nous occupe, il l'appelle *hydropisie articulaire, hydarthrus*, nom que lui conservent Monro, Schilling et Lassus; mais il faut venir jusqu'à Boyer pour trouver une bonne description de l'hydarthrose, nom sous lequel il désigna le premier l'épanchement de liquide dans une articulation.

ÉTIOLOGIE. — Rarement l'hydarthrose chronique est primitive; elle succède généralement à l'hydarthrose aiguë, et reconnaît par conséquent les mêmes causes que celle-ci; c'est-à-dire que tantôt elle est le résultat d'un traumatisme ou d'un travail phlegmasique développé par une marche forcée, un exercice violent et continu, une entorse, la présence de corps étrangers articulaires, et que tantôt elle naît spontanément ou sous l'influence du froid humide, chez des sujets à constitution lymphatique ou prédisposés aux rhumatismes.

Dans certains cas, d'ailleurs assez rares, on trouve l'hydarthrose en même temps qu'une autre hydropisie, l'œdème d'un membre par exemple, et souvent il est difficile de déterminer s'il existe une cause générale produisant simultanément ces deux hydropisies, ou s'il ne s'agit que d'une simple coïncidence.

SIÈGE. — L'hydarthrose se rencontre surtout dans les grandes articulations munies d'une large synoviale, douées de mouvements étendus, au genou, à la hanche, au coude, au poignet. Mais de toutes les articulations, celle qui est le plus fréquemment atteinte, c'est l'articulation du genou.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — On doit à Dupuytren (1), Bonnet et Ri-

(1) *Dict. des sciences médicales*, t. XXII, p. 148.

chet (1) quelques notions sur l'état anatomique des articulations affectées d'hydarthrose, et ces notions sont d'autant plus précieuses, que les occasions d'étudier l'anatomie pathologique de l'hydarthrose sont assez rares. Nous ne parlerons pas de quelques observations cadavériques rapportées par Blandin (2), et qui se rapportent manifestement à des tumeurs blanches véritables, puisque cet auteur mentionne des lésions cartilagineuses et osseuses, accompagnées d'état fongueux de la synoviale.

Il résulte des faits rapportés par Dupuytren, Bonnet et Richet, que la membrane synoviale, dans les articulations atteintes d'hydarthrose, est plus ou moins gonflée, plus ou moins rouge, vascularisée, surtout dans les replis qu'elle forme; sa surface interne présente, dans certains cas, des houppes vasculaires, résistantes, flottant dans la synovie. Ces altérations sont beaucoup plus marquées dans l'arthrite déformante ou sèche, ainsi que nous le verrons plus tard. Le tissu cellulaire ambiant est souvent induré, comme la synoviale elle-même, qui a contracté des adhérences avec lui. A cette description, on reconnaît le résultat d'une phlegmasie chronique; dans certains cas, cette inflammation produit un épaissement partiel de la synoviale, formant une saillie assez volumineuse pour qu'on ait pu la confondre avec un corps étranger articulaire, d'autant que cette dernière affection s'accompagne généralement d'un épanchement. Cette possibilité d'erreur a été signalée par Marjolin et Malgaigne (3); nous y reviendrons en nous occupant des corps étrangers articulaires.

Quand l'hydarthrose est ancienne, on trouve toujours les ligaments allongés, relâchés par l'accumulation du liquide dans la cavité synoviale, circonstance qui permet quelquefois aux surfaces articulaires une mobilité plus ou moins considérable, que l'on ne peut plus corriger, même après la guérison de l'hydarthrose.

Les os et les cartilages n'offrent le plus souvent aucune altération apparente : les faits dans lesquels on a signalé des lésions de ces parties ont été à tort qualifiés d'hydarthrose; il est très-probable qu'il s'agissait de tumeurs blanches au premier degré. De même l'altération singulière que signalent les auteurs du *Compendium* (4), et qui consiste dans un élargissement hypertrophique de la rotule, de même aussi qu'un cercle de tissu fibro-cartilagineux signalé par Bonnet (5), comme formant une virole autour des extrémités articulaires des os, doivent être considérés comme des altérations propres à l'arthrite sèche plutôt qu'à l'hydarthrose proprement dite.

Quant au liquide contenu dans la cavité articulaire, il se présente sous

(1) *De l'inflammation des synoviales articulaires*. Paris, 1847.

(2) *Dict. de médecine et de chirurgie pratiques*, t. X, p. 89.

(3) *Journ. de chir.*, t. II.

(4) *Compendium de chir. prat.*, t. II, p. 448.

(5) *Loc. cit.*, p. 432.

différents aspects : quelquefois visqueux et transparent comme la synovie normale, il est le plus souvent de couleur citrine, non filant, et offre les réactions de l'albumine. Dans certains cas, il est rougeâtre, coloré par du sang, ou mélangé de flocons fibrineux; l'hydarthrose reconnaît alors pour cause une violence extérieure. Quelquefois, et surtout dans les hydarthroses très-anciennes, la cavité de la synoviale contient des fausses membranes adhérentes à sa face interne, ou bien de petites masses molles, grisâtres, des grains hordéiformes que l'on a assimilés aux corps étrangers articulaires. Ces productions de la membrane sont généralement considérées comme étant l'expression d'une phlegmasie ancienne. La quantité de liquide varie beaucoup, elle est quelquefois considérable.

SYMPTOMATOLOGIE. — L'hydarthrose se présente en général sous la forme d'une tumeur indolore, fluctuante, sans changement de couleur à la peau, occupant une articulation dont elle change la forme et dont elle gêne plus ou moins les mouvements. Le plus souvent, dans l'hydarthrose chronique, le liquide s'est accumulé sans que le malade ait ressenti autre chose que des douleurs vagues, légères, qu'il a attribuées à du rhumatisme ou simplement à de la fatigue; ce n'est que lorsque la tumeur, ayant acquis un grand volume, devient une cause de gêne pour les fonctions du membre, que le malade suspend ses occupations et sollicite l'intervention du chirurgien.

Le gonflement et la déformation de l'articulation sont faciles à constater, soit par la comparaison avec le membre resté sain, soit, si les deux côtés sont pris, par l'appréciation absolue du volume que pourrait avoir l'articulation saine. La peau et les tissus sous-jacents ne présentent ni œdème, ni empâtement, et, grâce à cette circonstance, on peut toujours se rendre compte de la déformation que présente l'articulation. Cette déformation, variable pour les différentes articulations, est toujours constante pour chacune d'elles; l'état anatomique des parties, la différence de consistance des tissus, suffisent parfaitement à expliquer la forme que prend l'articulation lorsqu'elle renferme une collection de liquide. Au genou, par exemple, la rotule et le ligament rotulien forment un obstacle au développement de la synoviale pendant la flexion surtout; aussi, au lieu des dépressions qui existent normalement, voit-on se dessiner des bosselures formées par la synoviale distendue à la partie supérieure de la rotule et sur les côtés interne et externe du ligament rotulien; au pied c'est au devant des malléoles qu'on les rencontre; au coude, c'est sur les côtés de l'olécrâne; au poignet, sur les faces dorsale et palmaire. A la hanche, le gonflement est très-difficile à constater, à cause de la situation profonde de l'articulation.

Le signe capital de l'hydarthrose est la fluctuation. Pour la percevoir, il faut s'entourer de toutes les précautions nécessaires, faire varier la position du membre, le placer tantôt dans l'extension, tantôt dans la flexion, et rechercher la fluctuation dans ces différentes positions. D'une

manière générale, on peut dire qu'il est facile de constater a fluctuation en embrassant l'articulation entre les deux mains, que l'on rapproche autant que possible; de cette façon on réunit sur un même point tout le liquide contenu dans la synoviale, et en pressant alternativement la tumeur avec l'une des deux mains, tandis que l'autre est immobile, on transmet au liquide une ondulation que la main perçoit assez facilement. Pour constater l'épanchement de liquide dans l'articulation du genou, il faut embrasser le membre en plaçant une main au-dessus et l'autre au-dessous de la rotule, le liquide ainsi colligé sur un point restreint soulève la rotule; en pressant sur cet os avec l'index de la main droite maintenue en position, on l'enfonce à travers le liquide jusque sur les condyles du fémur, sur lesquels il donne un choc caractéristique; puis si on l'abandonne, on le voit aussitôt reprendre sa position primitive. En exécutant cette manœuvre fort simple, on constate souvent l'existence d'un épanchement très-minime, à la condition que le membre soit placé dans l'extension presque complète. Mais il n'en sera plus de même si le membre se trouve dans la demi-flexion: dans cette position, on ne sent plus une fluctuation générale de toute l'articulation, comme lorsque le membre est étendu; on perçoit, au contraire, plusieurs fluctuations partielles en dedans et en dehors du ligament rotulien, et à la partie supérieure de la rotule. Cela tient à ce que dans la flexion de la jambe sur la cuisse, le ligament rotulien est tendu et la rotule appliquée sur l'espace intercondylien de l'extrémité inférieure du fémur; la synoviale est donc bridée et divisée en plusieurs poches qui ne communiquent plus ensemble; on sent la fluctuation sur chacun de ces points, mais il n'est plus possible de faire passer le liquide d'un côté à l'autre de l'articulation. Cela explique la nécessité de varier les positions du membre, pendant l'exploration d'une articulation occupée par l'hydarthrose.

Bonnet avait pensé que la distension de la synoviale par le liquide épanché devait influer sur la position du membre; les expériences qu'il institua sur le cadavre lui démontrèrent que, sur une jambe placée dans l'extension, la distension de la synoviale produite par une injection de liquide ramène le membre dans la demi-flexion. Mais si ce phénomène s'observe sur le cadavre ou dans le cas d'une hydarthrose aiguë se développant en vingt-quatre heures, circonstances dans lesquelles les parois de la membrane séreuse n'ont pas le temps de céder à la pression du liquide, et où, par conséquent, la poche est brusquement remplie, il n'en est plus de même dans le cas d'hydarthrose chronique: le liquide s'accumule alors lentement dans la cavité articulaire, il presse d'une façon continue les parois de la séreuse qui, sous cet effort incessant, se dilatent peu à peu; aussi est-il très-ordinaire de voir les malades atteints d'hydarthrose chronique n'éprouver aucune douleur, et placer indifféremment le membre affecté dans telle ou telle position, sans être obligés de rechercher et de conserver celle qui permet à la synoviale son plus grand développement.

Le liquide, en s'accumulant, peut amener la rupture de la séreuse qui le contient. On a observé plusieurs fois cet accident qui, cependant, ne semble pas pouvoir être attribué au seul effort de tension du liquide. Bretonneau, cité par Parmentier (1), l'aurait observé trois fois au coude, à l'épaule et à la hanche. Bonnet en cite un fait survenu pour l'articulation du genou, et reconnaissant pour cause une chute directe sur cette articulation: le liquide se répandit dans le tissu cellulaire périarticulaire et la malade fut parfaitement guérie. On comprend comment cet accident peut se produire par le simple redressement du membre: la synoviale dans la demi-flexion se développe le plus possible, tandis que dans l'extension elle est bridée par le ligament rotulien; si la pression exercée par celui-ci est assez violente, la synoviale cède en un point et donne issue au liquide.

MARCHE. — DURÉE. — TERMINAISONS. — La marche de l'hydarthrose est, en général, fort lente et sa durée très-longue. Il est rare de voir la résorption se faire si la maladie est abandonnée à elle-même: tantôt alors la quantité de liquide n'augmente pas et reste stationnaire; tantôt, au contraire, l'accumulation continue à se faire lentement, et de temps à autre, à cet état chronique viennent s'ajouter des poussées inflammatoires.

D'autres terminaisons s'observent encore; nous avons déjà parlé de la rupture de la synoviale, de l'allongement des ligaments, et par conséquent de la faiblesse de l'articulation, ainsi que de la possibilité d'une luxation; il nous reste à citer l'altération des surfaces articulaires, la dégénérescence de la synoviale et le développement d'une tumeur blanche. L'influence de la constitution générale du sujet doit être tenue en grande considération dans la production de ces faits malheureux.

DIAGNOSTIC. — L'énumération des différents symptômes que nous venons de décrire suffit pour démontrer que le plus ordinairement le diagnostic de l'hydarthrose est facile. Il en est toujours ainsi, du moins, pour les articulations placées superficiellement. Quand, au contraire, l'articulation est profondément située au milieu des masses musculaires, à la hanche, à l'épaule, par exemple, le phénomène capital de l'hydarthrose, la fluctuation, devient très-difficile à constater. Toutefois, il faut se rappeler que même pour les articulations superficielles, il faudra, pour éviter toute cause d'erreur, faire placer le membre dans différentes positions.

Est-il besoin de dire que l'hydarthrose ne peut se confondre avec l'œdème des tissus périarticulaires, ni avec l'higroma? Dans l'œdème, l'engorgement est diffus, et la peau, soulevée par le liquide, ne donne pas de fluctuation; elle se déprime sous le doigt, dont elle conserve l'empreinte. Quant à l'higroma, la saillie qu'il forme est bien limitée à la partie antérieure de la rotule, qui, elle-même, n'est ni soulevée ni déplacée.

La bourse séreuse située en arrière du ligament rotulien peut être le

(1) Thèse de Paris, 1827, p. 13.

siège d'une hydropisie; dans ce cas, le diagnostic présente quelques difficultés. En effet, en plaçant une main de chaque côté du ligament, on perçoit le flot du liquide chassé d'un côté à l'autre; on trouve aussi, comme dans l'hydarthrose, une saillie de chaque côté du ligament : jusqu'ici le diagnostic différentiel est assez obscur. Cependant on arrive à distinguer l'hydropisie de la bourse séreuse en ce qu'elle est limitée à la portion sous-rotulienne de ce ligament, que la rotule n'est pas déplacée ni soulevée, et enfin que l'on ne peut jamais faire refluer le liquide jusque dans l'articulation.

Dans les tumeurs blanches, il arrive souvent que la synoviale se couvre de fongosités qui, lorsqu'elles acquièrent un certain volume, peuvent donner au doigt une fausse sensation de fluctuation. Il est facile de le distinguer du choc que communique le liquide dans l'hydarthrose, à la main qui explore l'articulation : dans ce dernier cas, en effet, la fluctuation se transmet d'un côté à l'autre de la capsule synoviale et dans tous les sens; quand au contraire, ce sont des fongosités, on ne trouve que dans un espace très-limité cette fausse fluctuation qui disparaît dès que l'on éloigne les mains. Un cas offre de plus grandes difficultés, c'est celui où il existe en même temps que des fongosités un certain degré d'hydarthrose; le diagnostic est alors obscur, et pour se guider on doit tenir compte du caractère de la fluctuation qui est beaucoup moins nette que dans l'hydarthrose. En pareilles circonstances, la marche ultérieure de la maladie ne tarde pas à éclairer le chirurgien.

PRONOSTIC. — Sans être précisément une maladie dangereuse en elle-même pour les jours des individus qui en sont atteints, l'hydarthrose est cependant assez grave : en effet, chez certains sujets lymphatiques ou scrofuleux, rhumatisants ou goutteux, l'affection diathésique peut entretenir la maladie articulaire d'une façon interminable; il peut même se faire qu'à l'hydarthrose succède une arthrite chronique ou une tumeur blanche avec toutes ses conséquences. Dans tous les cas, lorsque la maladie se dissipe, il reste généralement de la roideur dans l'articulation, une gêne plus ou moins considérable dans les mouvements.

TRAITEMENT. — Il doit varier suivant les indications spéciales : dans les cas où l'on a quelques raisons pour supposer que l'hydarthrose est le résultat d'une inflammation rhumatismale de l'articulation, c'est à la diathèse qu'il faut s'adresser et diriger la médication dans ce sens.

Blandin et Gerdy supposaient qu'un certain degré d'inflammation accompagnait toujours le développement de l'hydarthrose chronique; aussi proposaient-ils contre cet état phlegmasique une application de sangsues ou de ventouses, quelquefois même la saignée générale. C'est dans le même but qu'on a essayé la cautérisation transcurrente et les dérivatifs. Ainsi un chirurgien de Dublin, O'Beirn, a proposé de donner le calomel jusqu'à salivation; moyen énergique, sans doute, mais très-infidèle dans son mode d'action et surtout dans ses résultats; aussi le chirurgien irlandais a-t-il trouvé bien peu d'imitateurs.

Gimelle (1) a également essayé de faire une dérivation sur le tube digestif, en administrant le tartre stibié à haute dose : le premier jour, il donne 20 centigrammes, et chaque jour il augmente de 5 centigrammes, de manière à donner jusqu'à 50, 60 et 80 centigrammes en vingt-quatre heures. Dans une note qu'il lut à l'Académie de médecine le 4 juillet 1840, il cita vingt-huit malades qui, par cette méthode, avaient été guéris assez rapidement, dans un espace de huit à seize jours, et chez lesquels la guérison s'était maintenue longtemps après. Bien que ce moyen nous semble préférable à l'emploi du calomel, nous croyons que l'administration de l'émétique, qui a souvent échoué, même entre les mains de Gimelle, n'est pas suffisante dans la majorité des cas pour amener la résolution complète de l'hydarthrose, et que l'on se trouvera bien d'y associer ou de lui faire succéder l'emploi d'autres moyens. D'ailleurs il est permis de penser que Gimelle a eu principalement affaire à des hydarthroses aiguës, c'est-à-dire à de véritables arthrites.

Le traitement antiphlogistique local par les émissions sanguines, institué par Blandin et Gerdy, ainsi que celui proposé par Gimelle, doit donc être réservé pour les cas récents, où le liquide s'est formé rapidement et sous l'influence d'un travail d'inflammation subaiguë.

On a préconisé contre l'hydarthrose chronique un grand nombre de moyens thérapeutiques locaux : la compression, les vésicatoires, les cautérisations, ou bien certaines opérations qui permettent d'agir sur la synoviale malade.

Bien que dans l'hydarthrose on n'ait pas à craindre les déplacements des surfaces articulaires, cependant il est de règle d'immobiliser le membre; le repos absolu de l'articulation est déjà une bonne condition pour obtenir la résolution du travail phlegmasique. On mettra donc le membre dans une gouttière et on l'y maintiendra pendant toute la durée du traitement. Lorsque l'épanchement aura été résorbé, il sera encore utile de maintenir l'immobilisation de la jointure, et l'on se trouvera très-bien de l'application d'un bandage inamovible, dextriné ou plâtré, que le malade devra garder pendant environ un mois.

La compression méthodique compte quelques succès, elle favorise mécaniquement la résorption du liquide. Pour établir cette compression, on se sert de bandelettes de diachylon, larges de 2 centimètres environ, que l'on imbrique les unes sur les autres, après avoir eu le soin de combler avec de la ouate les parties les plus enfoncées de l'articulation : on obtient ainsi une genouillère résistante, s'appliquant exactement sur toute la circonférence de la jointure dont tous les points sont également comprimés. Par-dessus les bandelettes de diachylon, on applique un bandage roulé qui complète cet appareil, que l'on doit renouveler tous les quatre ou cinq jours.

Les vésicatoires jouissent d'une certaine efficacité dans le traitement de

(1) *Bulletin de thérap.*, 1837.

l'hydarthrose. Le mode d'emploi de ce puissant révulsif n'est pas indifférent : ainsi les larges vésicatoires volants, souvent répétés, réussissent beaucoup mieux qu'un vésicatoire que l'on fait suppurer. Velpeau a surtout vulgarisé l'application de larges vésicatoires embrassant toute l'articulation qu'ils dépassent même en haut et en bas. Comme dans les cas d'épanchements pleurétiques, les vésicatoires agissent énergiquement dans le traitement de l'hydarthrose, et souvent ils procurent la résolution de cette maladie.

Cependant il n'est pas très-rare de voir la compression et les vésicatoires volants échouer complètement lorsqu'on emploie l'un de ces deux moyens isolément. Mais 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.

Les résolutifs ont été beaucoup vantés : les principaux sont : l'onguent napolitain, la teinture d'iode, l'iodure de plomb, appliqués sur la peau couverte de son épiderme ou à la surface d'un vésicatoire ; l'efficacité de ces moyens est beaucoup inférieure à celle des larges vésicatoires fréquemment renouvelés.

La cautérisation de la peau au niveau de l'articulation a donné quelques bons résultats entre les mains de Larrey et de Bonnet : c'est surtout avec le fer rouge qu'il convient de l'appliquer, la destruction étant bornée à la peau et l'action du calorique ne se communiquant pas à l'articulation. De l'aveu même des chirurgiens qui y ont eu recours, la cautérisation transcurrente fait un peu diminuer la quantité du liquide intra-articulaire, mais elle est insuffisante à amener sa disparition complète. Il en est de même des moxas et des cautères.

Jusqu'ici le moyen qui compte le plus de succès est donc la combinaison de la compression et des vésicatoires volants employés alternativement. Mais il est des cas rebelles à cette méthode de traitement ; il faut alors recourir à une opération qui a pour but d'évacuer le liquide.

Différents procédés ont été institués pour arriver à ce but. Le premier qui ait été employé est l'incision simple, justement proscrite aujourd'hui à cause de ses dangers.

Il en est de même du séton, que l'on a proposé comme un moyen d'obtenir la guérison de l'hydarthrose en déterminant dans la synoviale une inflammation adhésive. Mueller rapporte (1) qu'il a souvent réussi par ce moyen : on laisse le séton dans la cavité articulaire jusqu'à ce que l'inflammation adhésive soit développée, dès lors on le supprime et l'on y substitue la compression méthodique. Malgré les cas de succès rapportés à cette méthode, nous pensons qu'il faut complètement la rejeter comme dangereuse.

(1) *Gazette des hôpitaux*, 4 juin 1842.

L'incision modifiée par Desault dans le but de soustraire la plaie de l'articulation au contact de l'air, consiste à attirer la peau du plus loin possible sur le point où l'on veut inciser la synoviale ; on ouvre celle-ci, on évacue le liquide, puis on abandonne le pli cutané à lui-même : de cette façon le parallélisme n'existe plus entre la plaie de la peau et celle de la capsule, l'introduction de l'air dans la cavité articulaire est, dit-on, empêchée. Cette opération est encore mauvaise, en ce sens que, lorsqu'il n'arrive aucun accident, elle est simplement palliative et ne s'oppose pas au retour de l'épanchement ; en outre, elle n'est pas complètement exempte des chances de suppuration. A ce double titre, il faut donc aussi la rejeter.

La ponction simple avec le trocart n'expose pas aux mêmes dangers. Boyer cite plusieurs cas dans lesquels il y a eu recours ; Guérin et Malgaigne la mettent souvent en usage ; mais si cette opération est exempte d'accidents, elle expose à la reproduction du liquide : c'est donc une opération palliative qui doit être accompagnée d'adjuvants pour obtenir la guérison radicale. Parmi ces adjuvants, il faut placer au premier rang la compression méthodique qui s'oppose mécaniquement au retour de l'épanchement, et qui a donné de très-bons résultats. Larrey (1) dit avoir réussi en ponctionnant le genou, puis en appliquant des moxas sur l'articulation.

L'incision sous-cutanée proposée par Guérin, et que ce chirurgien pratique en introduisant sous la peau un trocart aplati et recourbé, muni d'un robinet, semblable enfin à celui qu'il emploie pour l'ouverture des abcès par congestion, ne diffère pas sensiblement, quant au résultat du moins, de la ponction employée par Boyer.

Un procédé que l'on peut rapprocher des opérations que nous venons de décrire, c'est l'incision sous-cutanée par la méthode de Goyrand (2), d'Aix. Voici comment ce chirurgien décrit son procédé : « Placé à gauche du malade, je soulève la peau de la cuisse au-dessus de la partie supérieure externe de la tumeur, en un large pli transversal que je donne à tenir à un aide ; puis pressant de la main gauche sur la rotule et la partie inférieure de la tumeur pour distendre la partie supérieure, je plonge à travers le feuillet supérieur du pli cutané un bistouri à lame très-étroite, tranchante dans une longueur de 3 centimètres et émoussée à la lime de ce point au talon de l'instrument. Glissant mon bistouri sous la peau, je vais inciser à plein tranchant l'aponévrose, les portions externe et moyenne du triceps et le cul-de-sac supérieur externe de la synoviale. L'articulation ainsi ouverte sous la peau, je fais exécuter à mon bistouri un mouvement de semi-rotation sur son axe, qui dirige son tranchant en avant, et je débride, de la cavité articulaire vers la peau, toutes les parties profondes, de manière à donner à l'incision une étendue de 15 à 18 millimètres ; je retire ensuite le bistouri, et je fais lâcher le pli de la peau. »

(1) *Clinique chirurg.*, t. III, p. 295.

(2) *Gazette des hôpitaux*, mai 1842.