

rendre à la capsule son élasticité. Le *massage* rend ici également de bons services. On prescrira au malade la quantité de mouvement que l'on juge nécessaire, et, dans nombre de cas, on ne lui permettra de mouvoir son genou qu'après fixation de ce dernier au moyen d'une genouillère, d'une bande ou d'une attelle articulée.

Mais certaines hydarthroses anciennes résistent à cette méthode de traitement, et nombre d'entre elles ne sont susceptibles que d'une simple amélioration. Tels sont, avant tout, les cas compliqués d'**arthrite déformante**, soit que les modifications des extrémités articulaires et l'hyperplasie de la synoviale soient venues s'ajouter à l'hydarthrose, soit qu'il s'agisse d'un épanchement survenu dans le cours d'une arthrite déformante. Cependant, ici encore, on obtient assez souvent par la compression une amélioration des symptômes, voire même la disparition de l'hydarthrose.

Par contre, en l'absence d'altérations graves (arthrite déformante), la tension de la capsule distendue par le liquide est parfois si forte, que l'on ne parvient plus à provoquer par la compression la résorption de l'épanchement. Dans ces cas, la *ponction de l'articulation* rend souvent d'excellents services. En effet, elle est absolument dépourvue de danger lorsqu'elle est pratiquée avec les précautions voulues. Le *trocart*, avant son emploi, doit être plongé dans l'eau bouillante et nettoyé à l'aide de solutions désinfectantes (acide phénique); le membre lui-même sera lavé convenablement avec de l'eau et du savon, puis avec une solution phéniquée. Il n'est nullement nécessaire que la ponction, dans ces cas, donne issue jusqu'à la dernière goutte de liquide. Après l'évacuation de l'épanchement, on applique un petit pansement de Lister que l'on fixe au moyen d'une bande compressive, et presque toujours on voit bientôt survenir une diminution dans la quantité du liquide resté dans l'articulation.

Pour les cas rebelles au traitement décrit jusqu'ici, un autre moyen très efficace consiste dans l'injection de substances irritantes dans la cavité articulaire. BONNET et VELPEAU ont conseillé surtout la teinture d'iode diluée d'une égale quantité d'eau avec de l'iodure de potassium pour maintenir la solution. Une solution d'acide phénique de 3 à 5 0/0 peut être également employée dans ce but. De même que lorsqu'elle est appliquée à l'hydrocèle, l'injection provoque une inflammation aiguë de la synoviale, et exerce sur cette membrane une action modificatrice qui lui enlève sa tendance à l'exsudation chronique. Le danger de l'injection n'est pas plus grand que lorsqu'il s'agit d'une hydrocèle, si l'on a soin de prendre les précautions indiquées plus haut contre l'infection septique. A la suite de cette petite opération, on instituera le traitement qui convient à une articulation blessée et enflammée, traitement consistant dans le repos, l'application d'un pansement de Lister, etc.; plus tard, on soumettra le genou à une compression modérée.

Mais, en règle générale, dans les formes plus graves de synovite du genou, dans les synovites suppurées d'origine blennorragique et érysipélateuse et dans les formes analogues qui ne s'accompagnent que d'une fièvre légère et de symptômes modérés de phlegmon, tout chirurgien rompu à la technique de la ponction n'insistera pas longtemps sur le traitement par la compression et le massage. Il est vrai que, bien souvent, ces moyens donnent le résultat désiré, ce qui a bien son importance dans la clientèle privée. Mais il est certain que la ponction a une action plus sûre et plus prompte, et si elle suffit souvent à elle seule lorsqu'on la fait suivre d'un enveloppement compressif de l'articulation, d'autre part, l'injection de 10 à 15 grammes d'une solution phéniquée à 5 0/0 par la canule du trocart, n'augmente pas le danger de cette petite opération, tout en donnant des résultats plus sûrs. Dans la règle, la simple injection suffit, et il est certainement rare que l'on soit obligé d'avoir recours à un lavage de l'articulation avec une solution phéniquée à 3 0/0, continué jusqu'à ce que le liquide qui s'écoule par le trocart, soit tout à fait clair. On entoure ensuite le genou d'un pansement antiseptique et l'on immobilise le membre dans une gouttière en fil de fer, etc. Le pansement ne doit pas être appliqué de façon à exercer une forte pression, car, dans un certain nombre de cas, l'opération est suivie d'un gonflement de l'articulation analogue à celui qui succède à l'injection dans l'hydrocèle, et parfois on observe des symptômes fébriles plus ou moins intenses. Si le pansement n'est pas trop serré, il peut rester appliqué pendant 5 à 8 jours, c'est-à-dire jusqu'au moment où il est enlevé définitivement.

Bien plus graves sont les cas dans lesquels le pus possède des propriétés plus infectieuses qui se manifestent bientôt par une fièvre intense, par un phlegmon péri-articulaire considérable avec perforation de la capsule, ayant comme conséquence les fusées purulentes décrites plus haut. Les cas de ce genre, il n'y a pas longtemps encore, embarrassaient beaucoup le chirurgien, surtout lorsque le pus avait déjà franchi notablement les limites de la capsule. L'ouverture de l'articulation était suivie, d'habitude, d'une décomposition putride du pus, et alors même que l'on pratiquait l'amputation, le malade, déjà affaibli par la fièvre et la suppuration, succombait presque toujours au milieu des symptômes de la pyémie. Actuellement, le traitement antiseptique nous permet de porter un bon pronostic même dans ces cas. Après un nettoyage soigné suivi de la désinfection de tout le membre, on procède à l'ouverture de l'articulation et des abcès péri-articulaires. On fait de grandes incisions semblables à celles que nous avons décrites à propos du traitement de l'ostéomyélite, et situées de façon que le pus puisse bien s'écouler, puis on évacue la cavité articulaire et les abcès, et, après un lavage avec une solution phéniquée ou de sublimé, on introduit des drains courts et épais dans les ouvertures pratiquées. Enfin, on applique un pansement

de Lister, après avoir entouré le genou d'une grande quantité de gaze chiffonnée, et on le fixe de façon à exercer une compression modérée.

Il y a onze ans que j'ai employé pour la première fois ce traitement, dans un cas en apparence désespéré. Il s'agissait d'un abcès s'étendant jusque dans le voisinage de l'articulation de la hanche et développé à la suite d'une plaie pénétrante du genou qui s'était rapidement guérie. Le blessé, plongé dans le délire, avait des élévations de températures allant jusqu'à 41°, et faisait l'impression d'un malade atteint de fièvre typhoïde. Aussitôt après l'ouverture de l'abcès, la température tomba à 37° et resta dès lors constamment normale; au bout de six semaines, l'opéré était guéri avec une légère mobilité de l'articulation. Depuis cette époque, j'ai observé plusieurs faits à peu près semblables.

Lorsqu'on se trouve en présence d'un empyème du genou en voie de développement et que, d'après l'intensité de la fièvre et l'existence d'un phlegmon péri-articulaire, on peut admettre que la guérison ne s'opérera pas sans perforation, on prévendra cette dernière par des incisions faites de bonne heure, avec les précautions antiseptiques, et suivies du drainage de la cavité articulaire; de même, on aura recours aux incisions pour le cas où l'on aurait déjà essayé sans résultat le traitement décrit plus haut, consistant dans la ponction et l'injection d'acide phénique. Tout chirurgien rompu à la méthode antiseptique peut être assuré du succès. En Allemagne, c'est surtout VOLKMANN qui a eu recours à l'arthrotomie, et, pour ma part, d'après les résultats que j'ai obtenus à la suite d'un grand nombre d'opérations de ce genre, je ne puis que m'associer au jugement favorable de cet auteur au sujet de ce mode de traitement. D'après ce qui précède, il est évident que, dans nombre de cas, on restera dans le doute sur la question de savoir s'il suffit de pratiquer une ponction suivie de l'injection iodée, ou s'il est nécessaire de drainer l'articulation. On sera d'autant plus tenté de recourir à l'incision, que les symptômes d'infectiosité de l'épanchement (gonflement péri-articulaire, fièvre) sont plus accusés. Les épanchements septiques exigent absolument le drainage et des lavages répétés de la cavité articulaire.

Supposons que nous ayons affaire à un empyème du genou non encore perforé. Une fois le champ opératoire complètement désinfecté, le procédé le meilleur est celui qui consiste à pratiquer d'emblée latéralement deux incisions de 2 à 3 cent. de longueur, soit de chaque côté de la rotule, soit un peu plus en arrière, de façon que le contenu du cul-de-sac supérieur de la synoviale ait aussi une voie d'écoulement. Mais dans la règle, lorsque la cavité articulaire est très étendue, on fera bien d'établir 4 orifices de drainage, dont 2 pour le cul-de-sac supérieur, et 2 autres de chaque côté de l'articulation, sur les condyles du fémur. On fait ensuite sortir le pus, et si ce dernier présente déjà des signes de décomposition, on lave la cavité synoviale avec une solution

phéniquée de 3 à 5 0/0 ou de sublimé (1 : 1000), et l'on passe un drain transversalement, à travers l'articulation.

On coupe les bouts du drain exactement au ras des incisions, et on les fixe au moyen d'épingles de sûreté que l'on enfonce à travers la paroi du tube. Puis on applique de la gaze chiffonnée sur le genou; il est bon que cette dernière soit en quantité suffisante pour envelopper comme d'un coussin mou toute l'articulation, y compris le cul-de-sac supérieur; cette première couche est fixée à l'aide d'une bande de façon à exercer une certaine compression. Un grand pansement de Lister vient ensuite recouvrir encore une fois toute la région articulaire: il s'étend en bas jusqu'au pied et en haut jusque dans le voisinage de la hanche. Si la double incision n'est pas suffisante, on peut, comme nous l'avons déjà fait remarquer, pratiquer une incision simple ou double pour le cul-de-sac supérieur. Enfin le membre est immobilisé dans une gouttière en fil de fer ou maintenu dans le repos au moyen d'un appareil à extension. On fera bien de changer le premier pansement au bout de 24 heures. Par contre, le pansement suivant peut être laissé en place de 4 à 8 jours, à moins toutefois que l'on n'ait affaire à un épanchement putride. Au second renouvellement du pansement on fera bien de sortir le tube à drainage et d'introduire seulement deux petits bouts de drain de chaque côté dans la capsule articulaire.

S'agit-il d'un épanchement franchement putride, on change le pansement plus souvent, et l'on soumet la cavité articulaire à des lavages répétés d'une solution d'acide phénique ou de sublimé. Dans certaines circonstances on pourrait même se trouver dans la nécessité de pratiquer l'irrigation continue de l'articulation au moyen d'une solution d'acide salicylique. Dès que, par ce moyen, le contenu articulaire a perdu sa putridité, on revient au pansement de Lister. Dans les processus septiques de ce genre il importe beaucoup de pratiquer dans le creux poplité une incision qui permette de drainer la cavité articulaire par cette région. Un peu d'iodoforme appliqué sur le drain et introduit dans la cavité synoviale, favorise à un haut degré la désinfection de l'articulation.

Dans les cas de **synovite fibrineuse donnant lieu à la formation de corps riziformes**, de même que dans l'opération des corps étrangers du genou (Gelenkmäuse), j'ai pratiqué une large incision latérale au niveau du cul-de-sac supérieur de la synoviale, enlevé les concrétions fibrineuses, et fait sortir le reste au moyen d'un fort jet d'une solution phéniquée, puis, la plaie ayant été suturée avec soin, j'ai appliqué un pansement de Lister. VOLKMANN a traité jusqu'ici les cas de ce genre par la ponction avec un gros trocart et le lavage de la cavité articulaire avec une solution d'acide phénique. Dans ceux que j'ai opérés je n'avais pu obtenir l'évacuation du contenu articulaire par la canule du trocart. Il est vrai que, d'après ma propre expérience, je ne puis conseiller de fermer d'emblée complètement l'articulation. Il me semble plus convenable de pratiquer le drainage au début. (Voir pour le traitement des cas de ce genre, la partie de cet ouvrage consacrée à la tuberculose du genou.)

Ma propre expérience ne me permet pas de trancher la question de