

également à le désigner sous ce nom). Cette tumeur cause parfois d'assez vives douleurs et doit être enlevée par excision avec les précautions antiseptiques d'usage.

Pour le **traitement** de l'hygroma simple nous disposons des mêmes moyens que ceux que nous avons appris à connaître à propos de l'hyarthrose du genou. Les irritants externes, tels que la teinture d'iode, les vésicatoires, sont souvent essayés tout d'abord, et parfois avec succès. Dans les cas d'hygroma présentant des symptômes inflammatoires plus accusés, les compresses résolutive à l'eau de Goulard ou au chlorhydrate d'ammoniaque, rendent parfois de bons services.

Dans les cas rebelles d'hygroma prérotulien ou infra-patellaire (TRENDELENBURG), un bon moyen à essayer, c'est la compression forcée suivant le procédé que nous avons décrit pour le traitement de l'hyarthrose. De même les kystes de la région poplitée résistent rarement à la compression forcée ; cependant on observe ici plus facilement des récurrences ; en outre, le traitement en question exige de grandes précautions et n'est applicable que dans les cas où le malade se trouve placé sous la surveillance du médecin.

Pour ma part, j'ai réussi, entre autres, à faire disparaître d'une façon durable par la compression forcée, un kyste atteignant presque le volume du poing, et développé dans la bourse séreuse du demi-membraneux. La cavité du kyste communiquait avec la cavité synoviale du genou, et avait eu comme conséquence des irritations inflammatoires répétées de cette articulation.

La ponction suivie de la compression est également efficace, mais la ponction exige les mêmes précautions que lorsqu'il s'agit de plonger le trocart dans l'articulation elle-même. S'agit-il d'hygromas prérotuliens à parois épaisses, on incise largement ces dernières, et l'on en opère ensuite l'excision partielle, ou bien on enlève toute la tumeur suivant les règles de la méthode antiseptique. Lorsque les parois sont moins épaisses, on fait une large incision, et l'on remplit la cavité du kyste de gaze chiffonnée, puis on applique le pansement régulier formé de huit couches de gaze ; on le serre suffisamment pour qu'il exerce un certain degré de compression et hâte ainsi l'accolement des parois du sac (VOLKMANN).

Les **hygromas développés dans le creux poplité** sont ceux qui présentent le plus de difficultés au point de vue du traitement, à cause de la fréquence de leur communication avec la cavité articulaire. En général, lorsqu'on a épuisé la série des moyens inoffensifs (teinture d'iode, compression, ponction suivie de compression), on ne doit se décider à une opération que pour le cas où le fort développement de la tumeur et les souffrances du malade obligent d'y avoir recours. Les injections de teinture d'iode ont à leur passif un certain nombre de terminaisons graves, qui se sont produites dans des cas où le kyste communiquait avec l'articulation. De même la suppuration de cette der-

nière et la mort ont été maintes fois la conséquence d'incisions ou de tentatives d'excisions qui, parfois même, n'ont pu être terminées. Le plus sûr moyen de prévenir la suppuration de l'articulation avec ses graves conséquences, consiste, ici encore, à pratiquer la ponction en observant rigoureusement les règles de l'antisepsie, à évacuer le contenu de l'hygroma et à y injecter une solution phéniquée à 5 0/0, puis à instituer le même traitement consécutif (repos du membre et pansement de Lister) que s'il s'agissait de la ponction d'un épanchement intra-articulaire. Pour le chirurgien rompu à la méthode antiseptique, l'incision du kyste, voire même l'excision d'une partie de sa paroi, suivie de l'application du pansement Lister, est une opération en somme peu dangereuse, à en juger d'après les résultats de l'incision de l'articulation elle-même ; combiné avec la compression et le drainage, ce procédé est celui qui permet d'obtenir le plus sûrement une guérison durable. L'excision complète n'est pas possible, vu que la tumeur représente non pas une poche distincte et pouvant être isolée, mais simplement une cavité à parois lisses comprise entre les tissus de la région poplitée. Du reste, l'excision partielle suivie du lavage du sac avec une solution phéniquée et du drainage, donne d'excellents résultats, comme je puis l'affirmer en me basant sur ma propre expérience.

C. DES OPÉRATIONS QUI SE PRATIQUENT SUR L'ARTICULATION DU GENOU

1. Résection du genou.

§ 117. — Pour ce qui concerne les indications opératoires, ainsi que la statistique de la mortalité et du résultat fonctionnel de la résection du genou, nous renvoyons le lecteur aux remarques que nous avons faites à ce sujet dans notre étude du traitement des blessures par armes à feu et des affections inflammatoires de cette articulation. Nous nous attacherons donc d'emblée à la description de l'opération elle-même.

Supposons tout d'abord qu'il s'agisse de réséquer un genou affecté d'arthrite fongueuse. Si nous voulons réaliser des conditions aussi favorables que possible à la guérison, nous devons prendre en sérieuse considération certaines particularités dont on n'a pas à tenir compte dans la plupart des autres articulations. Dans notre étude des affections articulaires du genou nous avons plus d'une fois insisté sur l'étendue considérable de la synoviale, fait de la plus grande importance au point de vue des processus inflammatoires dont elle peut être le siège. Mais ce sont avant tout les poches accessoires situées à la partie antérieure et à la partie postérieure de l'articulation, et particulièrement le cul-de-sac sous-tricipital, qui jouent un rôle important dans la plupart des affections inflammatoires, mais surtout dans l'arthrite fongueuse du genou. Un grand nombre de réséqués qui ne sont pas guéris, grâce à la persistance de la tuberculose et à la formation de fistules, succombent plus tard à cette affection ou ne peuvent être sauvés que par une amputation de la cuisse, tandis qu'on aurait probablement obtenu la guérison de ces malades si l'on s'était rappelé l'importance du cul-de-sac supérieur de la synoviale, et que l'on eût opéré en conséquence.