TRENTE-NEUVIÈME LEÇON

DE L'INFLAMMATION CHRONIQUE DES ARTICULATIONS (SUITE).

B. *Synovite séreuse chronique. Hydropisie articulaire chronique.* Anatomie pathologique, symptômes, traitement. — Appendice : Des hydropisies chroniques des gaînes tendineuses, des bourses muqueuses sous-cutanées et des hernies synoviales.

B. *Synovite séreuse chronique, hydropisie articulaire chronique, hydarthrose.*

Les maladies articulaires chroniques dont il nous reste encore à parler sont toutes beaucoup plus rares que la synovite fongueuse avec ses conséquences, telles que nous venons de les décrire; toutes réunies, elles sont à peine aussi fréquentes que cette dernière maladie seule, et on peut les réunir en un groupe à mettre en opposition avec les inflammations articulaires fongueuses et fungo-purulentes, en ce sens qu'elles n'entraînent jamais la suppuration à elles seules, à moins que des irritations répétées, des causes traumatiques et autres semblables n'aient agi sur elles. Nous commençons par la plus simple de toutes ces formes, par la *synovite séreuse chronique*, aussi appelée *hydropisie articulaire chronique* ou *hydarthrose*. La maladie consiste en une accumulation lente d'une synovie assez fluide; la membrane synoviale subit très-peu de changement, elle augmente un peu d'épaisseur, de densité; le tissu conjonctif y devient plus considérable sans vascularisation bien remarquable; les franges articulaires s'allongent, et à leurs sommités les anses vasculaires deviennent un peu plus abondantes, mais la substance conserve la fermeté du tissu conjonctif, tandis que dans la synovite fongueuse elle est ramollie par une infiltration plastique et séreuse et affecte les caractères des bourgeons charnus; c'est là ce qu'on n'observe pas dans la synovite séreuse; l'ensemble des modifications pathologiques du tissu est très-peu considérable, même après une longue durée de la maladie. Quelques chirurgiens ne comptent même pas ces hydropisies des articulations, ainsi que les maladies similaires des bourses muqueuses, parmi les inflammations chroniques, et veulent y voir un genre particulier de maladies. Ce point de vue me semble peu juste. Personne ne se refusera à compter parmi les inflammations chroniques les catarrhes anciens des membranes muqueuses avec prédominance d'hypersécrétion; l'hydropisie chronique des membranes synoviales est parfaitement analogue au catarrhe chronique des muqueuses.

Quant à l'origine de cette affection, très-souvent elle ne constitue que le reste d'une hydropisie articulaire aiguë, survenue à la suite d'une contusion,

d'un refroidissement, etc., comme cela a été dit antérieurement; dans beaucoup d'autres cas, cependant, la maladie se manifeste dès le principe sous la forme chronique et reste chronique. — L'hydarthrose se présente principalement chez les jeunes gens, le plus souvent au genou, assez souvent des deux côtés à la fois ; rarement on l'observe à l'épaule, à la hanche, au coude ; jamais je ne l'ai observée sur d'autres articulations dans sa forme pure, exempte de complications. Quand la maladie est très-développée, on la reconnaît facilement : l'articulation est fortement enflée, la fluctuation est partout sensible ; au genou on sent d'ailleurs le ballottement de la rotule, qui est soulevée par le liquide et que l'on peut aisément repousser dans le creux intercondylien, quelquefois même avec un bruit appréciable. Comme les surfaces articulaires sont maintenues en rapport par de forts ligaments (au genou par les ligaments latéraux et les ligaments croisés) qui ne se laissent pas facilement distendre, le liquide s'amasse surtout dans les poches synoviales annexes de l'articulation, et par là le gonflement peut souvent, au simple aspect extérieur, faire reconnaître une hydarthrose; ainsi particulièrement au genou, où ces poches ou prolongements synoviaux, sous le tendon des extenseurs, de chaque côté de la rotule et dans le creux poplité, sont fortement distendus par le liquide, tandis qu'un gonflement plus uniforme de la capsule fait paraître la tuméfaction plus également arrondie. Il faut ajouter que les malades atteints d'une pareille hydropisie peuvent mouvoir leur articulation assez librement et sans douleur, qu'ils peuvent souvent faire des marches forcées et souffrent parfois si peu, que l'idée ne leur vient même pas de consulter un médecin ; l'examen de l'articulation par la palpation ne fait non plus ressentir aucune douleur. Après des efforts très-considérables, une hydarthrose intense donne lieu à une légère fatigue de l'extrémité correspondante, quelquefois aussi à un peu de douleur avec augmentation de l'exsudation ; cependant ces phénomènes se dissipent de nouveau après quelque repos; on voit par là que le malade est en général très-peu incommodé.

Le *pronostic* est toujours favorable, en cela que cette hydropisie des articulations n'entraîne aucune conséquence ultérieure ; le liquide peut augmenter énormément, mais c'est à cela que se borne alors le mal, et s'il n'y a pas d'excès de fatigue ou des causes traumatiques qui viennent s'y ajouter, tout reste dans le *statu quo*. Quant à la curabilité de ce mal, le pronostic est toujours meilleur, lorsqu'il s'agit de cas dans lesquels la maladie est devenue chronique après un début subaigu ou aigu ; dans ces circonstances, on observe ordinairement une guérison complète par résorption qui, il est vrai, se fait longtemps attendre. Par contre, les cas les plus opiniâtres sont ceux dans lesquels la maladie affecte un caractère et une marche chroniques dès le début; souvent alors il est très-difficile d'en obtenir la guérison.

Le *traitement* consiste dans l'emploi des remèdes que vous avez déjà appris à connaître et que vous aurez à appliquer avec persévérance, tout en faisant maintenir l'articulation dans le repos le plus absolu : teinture d'iode, vésicatoires volants, compression, et, dans des cas rares, même dans les moxas et le fer rouge, bien que je n'aie jamais vu ces derniers moyens suivis d'un succès.

La compression est le moyen le plus efficace ; cependant il faut qu'elle soit appliquée d'une manière forte et continue ; on peut entourer le membre de bandes humides ou élastiques ; il faut que le malade reste couché pendant le traitement ; s'il survient alors un peu d'œdème de la jambe, il n'en résulte aucun inconvénient, mais si les orteils deviennent bleus et froids, il faut enlever l'appareil. Si les malades ne veulent pas se soumettre à un pareil traitement, on leur applique un grand emplâtre mercuriel autour du genou et l'on couvre le tout d'une genouillère de cuir, doublée d'une garniture élastique à l'intérieur. Ainsi l'articulation n'exécute pas de mouvements trop étendus et le membre prend un appui plus solide en marchant. — Si après avoir été employés pendant plusieurs mois, tous ces remèdes ne produisent rien, il reste encore la ponction simple et la ponction suivie d'une injection de teinture d'iode. La ponction simple ne donne ordinairement pas de résultats bien remarquables : vous prenez un trocart fin que vous plongez dans l'articulation et vous laissez écouler lentement le liquide, en ayant soin toutefois de fermer la canule avant que le tout soit vidé, pour empêcher la pénétration de l'air dans la cavité ; ensuite vous fermez la plaie avec un emplâtre ; cela fait, vous badigeonnez l'articulation avec de la teinture d'iode et vous l'enveloppez de bandes mouillées, ou bien vous y appliquez un appareil au collodion ; il se peut qu'ainsi vous obteniez dans quelques cas la guérison ; il se fera dans l'articulation une rapide accumulation de sérum, accompagnée d'un peu de douleur, et ce liquide sera résorbé peu à peu complétement. — Si cette opération n'a servi à rien, si le liquide se reproduit et reste ensuite sans diminuer, vous pouvez faire la ponction, suivie d'une injection de teinture d'iode. Cette opération, qui n'est pas exempte de tout danger, s'exécute de la manière suivante : Vous faites d'abord la ponction avec beaucoup de précaution, ensuite vous remplissez une bonne seringue d'un mélange d'une partie de teinture d'iode officinale et d'une partie d'eau distillée, ou bien si vous voulez être plus prudents encore, d'une solution à un tiers ; vous injectez une à deux onces de ce mélange, selon la grandeur de l'articulation, après vous être assurés qu'il n'y a pas d'air dans la seringue ; vous faites séjourner le liquide pendant trois ou cinq minutes dans la cavité, selon le plus ou moins de violence de la douleur, et ensuite vous le laissez s'écouler de nouveau ; cela fait, vous fermez exactement la plaie et vous exercez une compression, comme il a été dit plus haut. Dans tous les cas, il y aura une nouvelle exsudation séreuse aiguë qui restera stationnaire pendant huit jours environ, et sera suivie d'une résorption lente et enfin de la guérison complète. Il va sans dire qu'après cette opération comme après la simple ponction, le malade devra garder le repos le plus absolu, car dans tous les cas une légère inflammation ne manquera pas de se produire, et l'on sait que dans toutes les inflammations articulaires le repos est la première condition du succès. On ne s'explique pas encore bien comment il se fait que la teinture d'iode, lorsqu'elle est en contact, même pour peu de temps, avec une membrane séreuse disposée à une sécrétion excessive, agisse en modifiant et en arrêtant cette sécrétion ; autrefois on admettait qu'après ces injections, que l'on emploie avantageusement dans beaucoup d'hydropisies chroniques de membranes séreuses, il se

forme une inflammation dite adhésive, c'est-à-dire une adhérence entre les surfaces opposées de la poche séreuse, et par cela même une oblitération complète de cette dernière ; ceci n'est nullement le cas, et moins que jamais lorsque l'injection de teinture d'iode a été employée avec succès contre l'hydropisie articulaire ; si une pareille adhérence se produisait après l'injection, l'articulation deviendrait roide infailliblement. Les faits se passent autrement : l'iode se précipite à la surface de la membrane et dans ses cellules épithéliales, il y reste déposé pour le moins pendant quelques mois et semble par sa présence empêcher une sécrétion ultérieure. Au commencement il se manifeste une forte fluxion, accompagnée d'une exsudation séreuse (synovite aiguë séreuse), mais le sérum est résorbé par les vaisseaux encore dilatés, et plus tard la membrane se ratatine et revient, par la rétraction du tissu conjonctif, à son volume normal ; cependant il reste toujours un certain degré d'épaississement. Tel est à peu près le processus curatif qui est analogue à celui qui survient dans la tunique vaginale et dont le résultat est la guérison de l'hydrocèle. Après les injections de teinture d'iode dans l'hydrocèle, on a eu plusieurs fois l'occasion de faire des recherches anatomiques qui semblent avoir démontré que la guérison s'opère de la manière que nous venons de décrire ; le ratatinement de la membrane séreuse avec renouvellement de l'épithélium me paraît être la cause principale qui arrête la sécrétion.

L'injection de teinture d'iode dans l'hydarthrose est peu pratiquée par les chirurgiens ; je l'ai vu faire trois fois et l'ai faite deux fois moi-même, toujours avec un résultat favorable ; mais ce n'est pas toujours le cas ; on connaît une série de faits dans lesquels cette opération n'a pas réussi et où l'on a été forcé d'y revenir : mais je crois devoir vous avertir qu'il ne faut pas répéter l'opération à de trop courts intervalles ; dans tous les cas, vous laisserez passer d'abord la période aiguë qui suit l'opération. — On connaît une autre série de cas dans lesquels ces injections, que l'on a surtout passionnément cultivées en France, où elles ont été inventées (Boinet et Velpeau), ont été suivies d'*inflammations articulaires très-violentes* ; la synovite aiguë séreuse devenait alors, comme cela se voit si fréquemment dans l'arthrite traumatique, une synovite aiguë purulente ; il se faisait, dans les cas les plus favorables, une guérison par ankylose, d'*autres fois il fallait amputer, et dans d'autres cas enfin les malades succombaient à la pyohémie*. Les suites malheureuses d'une opération que l'on tente en vue de guérir une maladie, opiniâtre il est vrai, mais facile à supporter et surtout non dangereuse, ont, avec raison, fait reculer les praticiens devant les injections iodées intra-articulaires, et je suis par conséquent bien loin de vous conseiller avec instance l'opération dont il s'agit ; elle est dangereuse pour l'articulation et même pour la vie, et, par conséquent, il n'y a lieu d'y recourir que le plus rarement possible.

Le diagnostic de l'hydarthrose est simple dans la plupart des cas, comme nous l'avons dit plus haut, et la maladie diffère essentiellement de la synovite chronique fongo-purulente ; cependant je dois vous faire remarquer qu'au début de la tumeur blanche on observe aussi parfois des exsudations séreuses en faible quantité, et même de la fluctuation dans l'articulation, ce qui ne permet

pas toujours d'établir le diagnostic différentiel dès le commencement ; cependant il suffit d'une observation de quelques semaines pour se rendre compte de la nature du mal ; le diagnostic est encore facilité par cette circonstance que l'hydarthrose ne devient commune que chez les jeunes adultes, tandis que la tumeur blanche s'observe très-fréquemment dès l'enfance.

APPENDICE

DES HYDROPISIES CHRONIQUES DES GAINES TENDINEUSES ET DES BOURSES MUQUEUSES SOUS-CUTANÉES. HERNIES SYNOVIALES.

Il nous reste à parler, sous forme d'appendice, des hydropisies chroniques des gaînes tendineuses. La maladie consiste en une accumulation surabondante de la synovie, qui est sécrétée par les gaînes tendineuses pour favoriser le mouvement des tendons et leur glissement ; les poches formées par les gaînes tendineuses sont ainsi dilatées à un haut degré. Cette hydropisie atteint le plus fréquemment les gaînes tendineuses des fléchisseurs de la main. Un gonflement se produit petit à petit, d'une part dans le creux de la main, de l'autre à l'extrémité inférieure de la face palmaire de l'avant-bras, et l'on sent très-manifestement un liquide qui se laisse déplacer dans les gaînes tendineuses et qu'on peut faire passer alternativement du creux de la main à l'avant-bras au-dessous du ligament palmaire du carpe. Les doigts se tiennent ordinairement dans la flexion, il est impossible de les étendre complétement ; la force des mouvements de la main et des doigts est un peu diminuée ; mais il n'existe pas de douleurs et les malades ne se présentent ordinairement chez le médecin que quand le mal est déjà arrivé à un degré très-avancé.

Une autre forme de cette maladie, c'est l'*ectasie partielle, herniaire, des gaînes tendineuses avec hydropisie*. Il se forme dans une gaîne tendineuse

Fig. 64. — Dessin schématique d'un ganglion de l'espèce la plus commune. — *a*. Tendon. *b*. Gaine tendineuse avec renflement herniaire hydropique. *c*. Peau.

une dilatation sacciforme pouvant aller jusqu'à la grosseur d'un œuf de pigeon, avec accumulation anomale de synovie tendineuse. C'est là ce que, dans le langage chirurgical ordinaire, on appelle un *ganglion*, lorsque le mal siége sur le dos de la main. C'est une affection beaucoup plus commune que l'hydropisie de toute l'étendue des gaînes tendineuses ; elle est ordinairement localisée à quelques endroits de prédilection. Le plus souvent les ganglions siégent sur la face dorsale de l'articulation de la main et ont alors pour point de départ les extenseurs ; il est rare qu'on les observe à la face palmaire et à l'avant-bras, plus rarement encore au pied, où je les ai vus occuper le plus souvent