

véritablement aiguë; après avoir persisté longtemps sans produire des symptômes fâcheux, la moindre cause occasionnelle fait développer une inflammation suppurative qui produit à la longue tous les désordres profonds constituant la tumeur blanche.

Quelquefois la maladie prend la forme suraiguë; un épanchement considérable se produit rapidement, et l'on a vu la synoviale distendue outre mesure se rompre sous l'effort du liquide accumulé dans son intérieur. Si ce liquide est purement séreux, il s'infiltré dans le tissu cellulaire où il est résorbé. Parmentier (1) a cité plusieurs faits de ce genre.

Mais il peut se faire aussi que l'arthrite suraiguë détermine rapidement la suppuration; les cas de ce genre sont heureusement les plus rares. Cependant, dans quelques exemples, il a suffi de cinq ou six jours pour que l'inflammation arrive à son maximum d'intensité et produise la gangrène des parties. Chez d'autres malades on voit, pendant le cours d'une arthrite persistant depuis longtemps avec une apparence de bénignité, des bouffées inflammatoires apparaître à différentes reprises et se terminer par la suppuration de l'articulation et même par la mort.

Lorsque la cavité articulaire suppure, il peut se faire que le pus se fasse jour à l'extérieur en suivant un trajet très-court à travers les téguments; l'articulation se vide alors, et les phénomènes inflammatoires que l'on observe sont loin d'avoir la gravité qu'on leur suppose; on a remarqué, en effet, que dans les cas où l'ouverture de l'abcès s'est faite spontanément, il est rare de voir survenir la résorption putride et les autres accidents généraux fâcheux qu'entraîne si souvent l'introduction du bistouri dans une articulation suppurée. Mais il peut arriver aussi que la synoviale soit ulcérée ou déchirée par l'abondance de l'épanchement, sans que les téguments se perforent: il peut alors se former, dans le tissu cellulaire, des abcès que l'on doit se hâter d'ouvrir, ou bien le pus n'ayant pas d'issue vers l'extérieur, peut fuser dans le tissu cellulaire, produire de vastes décollements, et entraîner la mort du malade, qui est emporté rapidement par l'infection purulente, ou qui succombe par suite de l'épuisement causé par une suppuration intarissable.

La mort n'est pas heureusement la terminaison constante de l'arthrite suppurée. Lorsque la synoviale est largement ouverte et que le pus s'écoule librement au dehors, il n'est pas rare de voir, sous l'influence d'un traitement bien dirigé, les symptômes locaux s'amender, la suppuration diminuer peu à peu, et enfin se tarir. Des bourgeons charnus développés à la surface des extrémités osseuses et de la synoviale ont peu à peu comblé la cavité articulaire. Mais on conçoit que, dans ce cas, la cicatrisation des bourgeons charnus amène à sa suite une ankylose, et le plus souvent une ankylose osseuse.

Cependant il ne faudrait pas croire que la suppuration entraîne toujours avec elle des désordres aussi profonds, et ne puisse jamais se terminer

(1) Thèse de Paris, 1828.

que par la soudure des extrémités osseuses: dans certains cas, l'inflammation diminue graduellement, le pus se tarit, les orifices fistuleux se ferment, et l'arthrite se guérit. La jointure reste alors le siège d'une roideur plus ou moins considérable, les mouvements sont longtemps difficiles et douloureux, mais peu à peu, à l'aide du massage, des bouches d'eau froide et de vapeur, et par l'exercice sagement dirigé, le membre peut finir par recouvrer la plus grande partie de ses fonctions.

DIAGNOSTIC. — Le diagnostic de l'arthrite aiguë n'offre pas, en général, de difficultés sérieuses; le gonflement, la douleur, la rougeur que présente la jointure, la gêne des mouvements, enfin les circonstances dans lesquelles l'affection s'est produite, dans les cas d'arthrites traumatiques, sont autant d'éléments qui font facilement reconnaître la phlegmasie articulaire. Les inflammations des tissus périarticulaires, bourses séreuses et tendineuses, les ostéites épiphysaires ou juxta-épiphysaires, qui pourraient peut-être, à un examen superficiel, être confondues avec l'arthrite, s'en distingueront toujours par le siège de la douleur et du gonflement, qui n'occupent pas toute l'étendue de la synoviale, et surtout par la conservation des mouvements, qui peuvent être gênés, mais ne déterminent jamais, dans ces cas, les douleurs intolérables propres à l'arthrite aiguë.

PRONOSTIC. — De l'examen des différentes terminaisons de l'arthrite il résulte que le pronostic doit toujours être réservé; nous avons vu que l'arthrite, après avoir donné lieu pendant plusieurs jours à des symptômes d'une extrême bénignité en apparence, peut tout à coup revêtir la forme suraiguë et se terminer promptement par la suppuration. En outre, l'arthrite spontanée, se développant souvent chez des sujets scrofuleux, est par cela même très-grave, en raison des conséquences fâcheuses dont elle peut être suivie.

TRAITEMENT. — Dans l'arthrite aiguë spontanée ou traumatique, le traitement général n'a qu'une importance secondaire; cependant au début d'une arthrite succédant à un violent traumatisme, et survenant chez un sujet jeune et vigoureux, il serait utile de pratiquer une ou deux saignées du bras, et de prescrire la diète et les boissons délayantes.

L'arthrite spontanée se développant le plus souvent chez des individus lymphatiques ou d'une mauvaise constitution, on devra plutôt tonifier le malade que l'épuiser par l'emploi des antiphlogistiques généraux.

Le traitement local, bien plus important, varie suivant les diverses périodes de la maladie. Si le chirurgien est appelé dès le début, il doit d'abord essayer de prévenir le développement de la phlegmasie; c'est surtout en immobilisant l'articulation malade, en la couvrant de topiques froids et légèrement astringents, qu'on réussit le mieux à empêcher les accidents de se produire. Mais, pour les arthrites spontanées, il faut craindre les topiques froids.

Lorsqu'on n'a pu prévenir l'inflammation, il faut alors appliquer le traitement antiphlogistique dans toute son étendue.

Parmi les moyens antiphlogistiques, les émissions sanguines locales

tiennent le premier rang : c'est aux ventouses scarifiées et surtout aux sangsues que l'on aura recours habituellement. On fera donc d'abord une large application de sangsues autour de l'articulation, et l'on y reviendra autant de fois qu'il sera nécessaire. Lisfranc conseillait de placer des sangsues en petit nombre et de les renouveler à mesure qu'elles tombent, de manière à obtenir un écoulement de sang constant; cette façon d'agir n'a rien qui mérite la préférence.

Les émoullients et les narcotiques sous forme de topiques seront utilement appliqués autour des articulations malades. Nous avons vu Trousseau employer avec avantage, dans les arthrites très-douloureuses, un cataplasme fait de mie de pain et d'alcool camphré qu'il arrosait de 30 grammes de laudanum, et d'une solution aqueuse de 15 grammes d'extrait de datura; ce topique, fortement narcotique, était appliqué sur l'articulation malade et laissé en place pendant plusieurs jours, avec un repos parfait; en général, ce moyen réussit bien à calmer les douleurs. On peut encore avoir recours ici aux petits vésicatoires morphinés et aux injections sous-cutanées de solutions de chlorhydrate de morphine.

Mais quelquefois la douleur ne cède pas à ces moyens, et l'expérience a appris que, dans certaines arthrites, elle n'était due qu'à une position vicieuse du membre; c'est ainsi qu'on est arrivé à proposer le redressement des membres dans les arthrites aiguës.

Les expériences de Bonnet, de Lyon, sur les injections forcées dans les articulations, ont démontré que le premier effet de l'accumulation du liquide dans l'arthrite est de placer le membre dans la demi-flexion. Nous avons vu, d'autre part, que l'inflammation articulaire se traduit, au bout de quelques jours, par un épanchement de sérosité; or, pour échapper à la douleur que détermine la compression des ligaments et des parties fibreuses périarticulaires sur la synoviale distendue, les malades placent instinctivement l'articulation souffrante dans la demi-flexion, position vers laquelle le membre est déjà sollicité d'ailleurs par le fait même de l'hypersécrétion de liquide synovial. Cette position vicieuse peut avoir de graves inconvénients : les surfaces articulaires n'étant plus dans leurs rapports exacts, il pourrait se produire des luxations spontanées; de plus, si l'arthrite guérit par ankylose, le membre affecte alors une déviation permanente qui sera pour le malade une gêne considérable. Il faut donc, dans les arthrites du membre inférieur, étendre la cuisse et la jambe si elles sont dans la flexion, ramener la cuisse dans une direction parallèle à l'axe du tronc, redresser le pied, etc.

Le redressement du membre peut être fait de deux manières différentes : brusquement à l'aide des mains, ou progressivement au moyen d'appareils mécaniques. Dans l'arthrite aiguë, le redressement brusque doit être préféré; la discussion qui eut lieu à la Société de chirurgie, en 1857, fut entièrement favorable à cette méthode, et démontra qu'on doit y recourir même dans les cas d'arthrite suraiguë. Le tronc étant solidement fixé, un aide fait l'extension du membre; et le chirurgien, saisissant

avec ses mains les extrémités osseuses qui forment l'articulation malade, les ramène brusquement dans la position convenable. Cette opération sans anesthésie préalable serait des plus douloureuses, et la douleur pourrait être l'origine d'accidents graves, mais le chloroforme rend ici les plus grands services pour l'accomplissement de la manœuvre, car il supprime en même temps la douleur et la contraction musculaire, qui serait un grand obstacle au redressement.

Il semble qu'on devrait craindre le développement d'accidents graves après une semblable opération; il n'en est rien : au bout de deux heures au plus, les douleurs se calment complètement, bientôt le malade éprouve un bien-être extraordinaire, et le plus souvent, après deux ou trois jours, on constate une amélioration notable que les autres moyens thérapeutiques avaient été impuissants à donner.

Le membre étant redressé, il faut le placer dans un appareil inamovible, dans le double but de prévenir le retour de la position vicieuse et d'empêcher les mouvements de la jointure, les moindres chocs déterminant dans l'articulation des tiraillements ou des pressions qui ont pour résultat de réveiller les douleurs et d'entretenir l'inflammation. On pourrait à la rigueur employer dans ce but un appareil inamovible quelconque; mais pour que celui-ci réponde à toutes les indications, il faut que, tout en immobilisant l'articulation, il laisse celle-ci à découvert afin qu'on puisse y appliquer les différents topiques émoullients ou révulsifs : les gouttières de fil de fer qui permettent d'étendre le membre, de le fixer et de le maintenir immobile tout en laissant l'articulation à découvert, sont ici des plus utiles. Malgré les excellents résultats donnés par l'immobilité, il ne faut pourtant pas l'employer trop longtemps, on s'exposerait, en effet, à favoriser la formation de l'ankylose; aussi faut-il, dès que les symptômes d'inflammation ont disparu, cesser l'emploi de la gouttière et imprimer à l'articulation quelques mouvements.

Malgaigne indique un signe qui fait reconnaître le moment précis où l'on doit commencer ces manœuvres. Si la pression exercée sur les parties superficielles de la jointure, sur les saillies osseuses des extrémités articulaires ne détermine aucune douleur, le moment est venu de suspendre l'immobilité qui désormais serait dangereuse.

Gerdy a beaucoup insisté sur la position élevée à donner au membre malade; on fera bien de se conformer à ce conseil, dont l'exécution peut facilement s'allier à l'immobilité dans la gouttière.

Enfin, comme adjuvant de la méthode antiphlogistique, on a beaucoup vanté les onctions faites largement sur l'articulation et à son pourtour avec l'onguent mercuriel. On renouvelle cette onction chaque fois que l'on change le cataplasme.

Dans un certain nombre de cas, le traitement antiphlogistique le plus rationnel, aidé de l'immobilité, n'est pas suivi de la résolution de l'inflammation; c'est alors qu'il faut recourir à l'emploi des révulsifs : vésicatoires, cautères, moxas.

Les vésicatoires volants, indiqués surtout dans les cas d'épanchements intra et extra-articulaires, sont souvent d'un très-bon emploi, même dans la période aiguë; les larges vésicatoires embrassant toute l'articulation et souvent renouvelés, comme le recommande Velpeau, sont d'une efficacité incontestable. On se trouvera bien de les associer, comme nous le verrons plus tard, avec la compression. On a aussi employé des cautères, des moxas et la cautérisation transcurrente; nous reviendrons sur ce point à propos de la thérapeutique de l'hydarthrose et des tumeurs blanches.

La compression appliquée soit à l'aide de bandelettes étroites de diachylon, soit à l'aide d'un bandage roulé, est un puissant adjuvant des vésicatoires; elle réussit surtout dans les cas où la période aiguë ayant cessé, l'articulation est encore le siège d'un épanchement séreux, ou simplement d'œdème circonvoisin.

Quelquefois l'inflammation articulaire résiste à l'emploi de tous ces moyens et la suppuration s'établit; le pus ulcère la synoviale et s'écoule à l'extérieur. Il faut alors débrider largement: si les ouvertures de la peau sont trop étroites, il faut donner au pus un passage facile, le poursuivre dans tous les points où il s'accumule, et laver l'articulation à l'aide d'injections d'eau simple, d'un mélange d'eau et d'eau-de-vie camphrée, d'une solution de chlorure de chaux ou d'iode. Dans d'autres cas, la synoviale se déchire et le pus s'accumule dans le tissu cellulaire périarticulaire; alors on doit se hâter d'ouvrir largement ces abcès tout comme ceux des autres régions.

Lorsque la cavité articulaire est en suppuration, mais que la peau est encore intacte, ainsi que la synoviale, faut-il ouvrir l'articulation pour donner passage au pus? Si la présence du pus dans l'intérieur de l'article pouvait être sûrement reconnue, nul doute qu'on ne doive inciser largement; mais comme au début de la période de suppuration, le diagnostic est souvent incertain, il est prudent de s'abstenir pendant quelque temps ou d'avoir recours à l'un des procédés suivants. Bonnet a proposé d'appliquer à l'ouverture de ces abcès le procédé d'incision sous-cutanée de la synoviale, imaginé par Goyrand, d'Aix, pour le traitement de l'hydarthrose chronique: le liquide s'écoule dans le tissu cellulaire, et plus tard on ouvre les collections qui se sont formées en ce dernier point.

Nous donnons la préférence à la méthode des ponctions sous-cutanées, qui trouve également ici son indication, et qui peut servir à la fois de moyen de diagnostic et de traitement. On pratique avec un trocart explorateur une ponction oblique de manière à éviter l'entrée de l'air. Si le liquide qui s'écoule est simplement séreux ou séro-purulent, la déplétion de la cavité diminue la tension de la synoviale, soulage le malade et peut aider à la résolution. Si, au contraire, la ponction donne issue à du pus, il faut ouvrir largement et promptement l'articulation. Cependant on a quelquefois réussi à guérir ces abcès articulaires par la ponction simple suivie d'injections détersives, et en particulier d'injections iodées, qui

empêchent la décomposition du pus et ses funestes effets, et, en outre, modifient très-avantageusement les parois de la cavité synoviale.

Enfin il est des cas où, malgré tous les efforts du chirurgien, l'inflammation suppurative marchant toujours, les extrémités articulaires s'altèrent, se dépouillent de leurs cartilages, et, incessamment baignées par le pus, suppurent à leur tour et se nécrosent. Les désordres sont alors arrivés à un degré tel que pour sauver la vie du malade, il faut le soustraire à cette source d'épuisement, et pratiquer soit la résection des surfaces articulaires, soit l'amputation du membre. Nous examinerons plus complètement, à l'occasion des tumeurs blanches et des plaies articulaires, les indications et les contre-indications de la résection et de l'amputation.

#### b. — Arthrite blennorrhagique.

L'arthrite aiguë se développe souvent dans le courant d'une blennorrhagie. Ce fait, signalé depuis longtemps, a cependant été contesté par quelques médecins qui n'ont voulu voir qu'une coïncidence de deux maladies n'ayant entre elles aucune relation, et ont nié formellement l'existence de l'arthrite blennorrhagique. Mais cette opinion n'est plus soutenable aujourd'hui.

Swediaur, le premier, appela l'attention des pathologistes sur la relation qui existe entre l'arthrite et la blennorrhagie; puis Brandes, de Copenhague, démontra d'une manière incontestable la liaison qui unit les deux maladies.

Depuis lors les faits nombreux rapportés par Ricord, Bonnet, Diday, et enfin plus récemment par Rollet, de Lyon (1), établissent évidemment la solidarité qui existe entre ces deux affections.

Mais, s'il est incontestable qu'il y a une espèce d'arthrite se développant sous l'influence de la blennorrhagie, l'explication de ce rapport mystérieux est très-controversée: pour Swediaur et un grand nombre d'auteurs, l'arthrite se développe par métastase, son apparition coïncidant avec la cessation de la blennorrhagie. Cette façon de se payer de mots n'est pas très-rigoureuse, car l'arthrite n'a pas besoin, pour se produire, que la blennorrhagie ait cessé; souvent elle se manifeste chez le même individu à chaque uréthrite qu'il contracte, ou bien à chaque retour que fait la blennorrhagie vers l'état aigu, et même quelques sujets n'ont de rhumatismes que chaque fois qu'ils sont affectés de blennorrhagie uréthrale (Ricord) (2). Est-ce jeter un plus grand jour sur la question que de dire que l'uréthrite détermine dans l'économie une sorte de prédisposition en vertu de laquelle une cause insignifiante, comme le froid humide, suffit pour développer l'inflammation articulaire?

Cette question a été reprise dans ces derniers temps par Tixier (3), qui

(1) *Nouvelles recherches sur le rhumatisme blennorrhagique*. Lyon, 1856.

(2) *Addition aux œuvres de Hunter*.

(3) Thèse de Paris, 1866.

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.

ÉTILOGIE. — 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.