offre un caractère de gravité remarquable. L'inflammation portant principalement sur les adhérences, sur des tissus par conséquent prompts à se désorganiser par le plus léger travail morbide, entraîne rapidement à des désordres souvent irremédiables. Il n'est pas rare en pareil cas de voir la suppuration s'établir promptement et des gaz se développer dans la cavité péritonéale. On en est averti par des frissons violents qui simulent le début des accès de fièvre intermittente, par de petites sueurs revenant plusieurs fois par jour, et par une diminution notable de la douleur locale, enfin par une tympanite péritonéale. (Voyez *Tympanite.*)

Marche, durée, terminaisons et pronostic. Comme dans toutes les phlegmasies chroniques, la marche et la durée de la péritonite chronique sont difficiles à déterminer d'une manière même approximative. Elle se termine très rarement par la guérison; la mort en est la conséquence presque inévitable. Cette issue funeste arrive, par le marasme, par la suppuration, par l'hydropisie, souvent après plusieurs années de maladie, ou par l'exaspération subite de la phlegmasie.

Caractères anatomiques. On trouve à l'ouverture des cadavres des individus qui succombent à la péritonite chronique, un épanchement plus ou moins considérable, entre les feuillets du péritoine, d'un fluide limpide et jaunâtre, ou trouble et laiteux, ou purulent, ou verdâtre, grisâtre, roux, fétide, tenant en suspension des flocons fibrineux; des fausses membranes, des adhérences, l'épaississement du péritoine, des granulations pisiformes et blanchâtres, de petits dépôts de matière pultacée, tuberculeuse, dans le tissu de la membrane; l'épaississement avec aspect lardacé, cancéreux, et parfois avec ulcération du tissu post et interpéritonéal et de l'épiploon; des épanchements sanguins, des érosions, des ulcères, la gangrène, l'état cartilagineux du péritoine, l'ossification, les concrétions calcaires et des hydatides.

Traitement. Pour peu que la péritonite chronique conserve quelques caractères de l'état aigu, on doit la traiter par la même méthode, en proportionnant toutefois l'énergie des moyens à son intensité. Mais il faut beaucoup de persévérance dans l'emploi de la médication antiphlogistique pour obtenir de rares succès. Lorsqu'elle est ancienne, peu douloureuse, sans fréquence du

BIBLIOTECA

pouls ni chaleur de la peau, les saignées locales sont peu efficaces, surtout s'il y a un épanchement un peu considérable. On peut cependant les essayer une fois ou deux autour du siége de la douleur, avant de commencer tout autre traitement. Lorsqu'il n'y a qu'un épanchement peu considérable, et à plus forte raison quand il n'en existe pas, si en même temps la douleur est circonscrite et qu'une tumeur rénitente soit appréciable, on place avec avantage dans ce point des cautères dont on entretient pendant longtemps la suppuration. Les frictions sèches sur la peau, les bains de vapeur et les vêtements de flanelle, sont très utiles. A l'intérieur, on prescrit les sudorifiques et les diurétiques si l'état des voies digestives le permet, sinon on se borne à l'emploi des boissons gommeuses, acidules et tout au plus légèrement nitrées. Le laitage et les féculents doivent faire la base de la nourriture du malade.

Inflammations du système synovial.

Considérations générales.

On sait l'analogie qui rapproche les membranes synoviales des séreuses; même disposition en forme de sacs sans ouverture, même exhalation d'un fluide albumineux, même usage de faciliter des mouvements; enfin, dans l'état maladif, même disposition à contracter des adhérences, et à l'hydropisie. Cependant il existe des différences assez grandes entre ces deux ordres de membranes pour qu'il devienne indispensable de les séparer dans l'étude.

Formées, comme les membranes séreuses, par du tissu cellulaire condensé, mais plus denses et plus serrées, moins extensibles, par conséquent plus pauvres en vaisseaux sanguins, les synoviales semblent n'être également qu'un entrelacement d'exhalants et d'absorbants. Leurs fonctions, simples comme leur texture, se bornent à exhaler et à absorber un fluide, la synovie, qui facilite les mouvements articulaires. Douées de peu de vitalité, privées dans l'état sain de liaisons sympathiques avec les autres organes, à l'abri des influences extérieures contre lesquelles la peau, le tissu cellulaire et le système fibreux les protègent, ces membranes sont rarement affectées directement. Elles s'enflamment cependant quelquefois, et, comme tous les

autres tissus, elles s'échauffent, rougissent, deviennent douloureuses et augmentent d'épaisseur. La sensibilité qu'elles acquièrent alors est ordinairement assez vive, et le moindre mouvement de l'articulation l'augmente. Les suites ordinaires de leur inflammation sont la formation de brides allant d'une surface à l'autre, les adhérences, les ulcérations, la suppuration ou l'épanchement de fluides de diverses natures, ce qui produit l'hydropisie; enfin une dégénération particulière que nous décrirons parmi les irritations du système osseux qu'elle accompagne toujours.

Les membranes synoviales appartiennent les unes aux articulations diarthrodiales, et sont en aussi grand nombre qu'elles; elles sont destinées à faciliter le glissement des os et des fibro-cartilages qui entrent dans la composition de ces articulations. D'autres forment autour des tendons des gaînes qui sécrètent un liquide onctueux qui facilite de même le glissement des parties qu'elles revêtent; les dernières enfin forment un certain nombre d'ampoules improprement appelées *bourses muqueuses sous-cutanées*, elles se rencontrent dans le tissu cellulaire de tous les points du corps où la peau glisse sur des saillies osseuses. Elles sont tantôt normales et congéniales, et tantôt accidentelles, c'est-à-dire que leur développement est lié à certains exercices nécessités par les professions ou les habitudes. Au reste, ces trois genres de capsules synoviales se confondent souvent entre elles, surtout au niveau des articulations où elles sont communes, circonstance qui montre l'identité de leur structure. Nous décrirons, sous le nom de synovite, l'inflammation de ces membranes, et nous étudierons celle-ci dans les capsules articulaires, tendineuses et sous-cutanées.

De la synovite des capsules articulaires.

L'inflammation des membranes synoviales est encore peu connue. Plusieurs médecins pensent que le *rhumatisme articulaire* consiste dans cette phlegmasie; d'autres la regardent comme la source des phénomènes morbides auxquels on a donné le nom de *goutte;* ni l'une ni l'autre de ces opinions n'est fondée. (Voyez *Arthrite*.) Sous forme chronique, elle est une des affections que l'on a confondues sous les dénominations de *tumeurs blanches*

et *arthrocace;* enfin, accompagnée de l'accumulation de la sérosité dans la capsule, elle a été décrite sous les noms d'*hydrarthre, hydrarthrose* et *hydropisie des articulations*. Plusieurs causes ont contribué à retarder l'histoire de cette phlegmasie: d'abord, la presque impossibilité de reconnaître pendant la vie si l'inflammation existe dans la synoviale ou dans les appareils fibreux, cartilagineux et osseux qui forment l'articulation, ou dans toutes ces parties ensemble; en second lieu, la rareté de son existence isolée de toute complication sur les cadavres. Nous allons essayer de retracer l'état actuel de la science sur cette maladie.

Causes. Toutes les violences extérieures peuvent produire la synovite. Ainsi les coups, les chutes, les distensions forcées, l'entorse, les plaies pénétrantes des articulations, développent cette inflammation: elle naît aussi sous l'influence du froid humide, surtout lorsque son action est brusque et circonscrite sur une ou plusieurs articulations, et principalement encore lorsqu'il agit pendant le sommeil, ou bien pendant longtemps d'une manière continue. On l'a vue survenir pendant le cours de la syphilis, et, dit-on, par l'effet du virus de cette maladie; l'abus du mercure l'occasionne aussi quelquefois; enfin, de même que toutes les phlegmasies, elle succède parfois à la disparition trop rapide des phlegmasies cutanées, et plus fréquemment à la suppression subite d'une uréthrite.

Symptômes. La douleur locale est le seul signe qui annonce ordinairement la synovite, et ce signe est insuffisant pour la faire distinguer de l'inflammation de toute autre partie de l'articulation; cependant les auteurs prétendent que lorsque cette douleur est augmentée par le frottement des surfaces articulaires et qu'elle se fait sentir surtout du côté où la flexion s'opère, cela indique que l'inflammation a son siége dans la membrane synoviale. La position demi-fléchie du membre, donnée comme un signe de synovite par quelques auteurs, s'observe dans toutes les phlegmasies articulaires. Il en est de même de la chaleur et du gonflement de la partie. L'inflammation peut occuper plusieurs articulations et provoquer par sympathie celle des voies digestives. L'un de nous a vu toutes les articulations à membrane synoviale, sans exception, simultanément enflammées et contenant du pus.

Lorsque la synovite est accompagnée de sécrétion morbide de pus ou de synovie, le diagnostic en devient plus facile. Une tumeur molle, fluctuante, sans changement de couleur à la peau et circonscrite par les attaches des ligaments, se manifeste à l'articulation enflammée. Elle cède à la pression; elle ne conserve pas l'impression du doigt; enfin, elle est plus saillante dans certains points que dans d'autres. Au genou, où elle est plus fréquente, elle fait saillie de chaque côté de la rotule par deux tumeurs d'inégale grosseur; l'interne est plus volumineuse que l'externe. La rotule est soulevée par le liquide et écartée des condyles du fémur; lorsqu'on la presse, elle s'enfonce jusque sur la partie antérieure des condyles, et fait saillir davantage les tumeurs latérales, dont la tension augmente; aussitôt que l'on cesse la pression, cet os revient sur lui-même à la place qu'il occupait auparavant. Les mouvements du genou changent aussi la forme et la consistance des tumeurs; dans la flexion, elles deviennent plus larges, plus dures et plus saillantes; dans l'extension, au contraire, elles s'affaissent légèrement, redeviennent molles et fluctuantes. D'abord limitée par les insertions de la capsule, ainsi que nous l'avons déjà dit, la tumeur s'accroît avec l'accumulation du pus ou de la synovie et peut s'élever jusque vers le milieu de la cuisse.

A l'articulation du pied avec la jambe, l'*hydrarthre* se reconnaît à la présence de deux tumeurs oblongues situées derrière et surtout devant les malléoles, et offrant les caractères de mollesse, de fluctuation, etc., que nous venons de signaler dans les précédentes. Au poignet, la tuméfaction existe en avant et en arrière, et est à peine sensible sur les côtés. Au coude, elle se manifeste par deux saillies oblongues sur les parties latérales de l'olécrâne. Enfin, à l'épaule, c'est en avant qu'elle se développe; elle fait sentir sa fluctuation vers l'intervalle celluleux des muscles deltoïde et grand pectoral qu'elle soulève. L'articulation coxo-fémorale est trop profondément située pour que l'épanchement de la synovie ou du pus dans son intérieur fasse une tumeur qu'on puisse apprécier par la vue ou par le toucher, mais J.-L. Petit l'indique comme cause de la luxation spontanée du fémur; et dans ces derniers temps, MM. Sauvage, de Caen, et Parise, ont constaté par des faits et par des expériences la réalité

de cette doctrine (1). En général, les mouvements d'une articulation ainsi affectée sont conservés, mais elle a presque toujours plus ou moins perdu de sa solidité.

La nature du liquide accumulé varie. Lorsque l'épanchement suit une inflammation aiguë de la capsule, la matière en est assez souvent purulente; fréquemment aussi il est formé par de la synovie non altérée. Mais c'est surtout à l'état chronique, que l'on observe des collections plus ou moins considérables de cette liqueur qui n'a subi aucune altération. Ce sont ces hydropisies que l'on a regardées comme essentielles, et qu'on a attribuées à l'augmentation de l'exhalation, ou à la diminution de l'absorption. Mais elles dépendent encore de l'irritation de la capsule, et nous n'en voulons pour preuves que les causes que tous les auteurs leur assignent. Ces causes sont : les *contusions*, les *efforts violents*, les *entorses négligées* ou *mal traitées*, les *affections rhumatismales*, la *présence de corps étrangers dans les articulations*, etc., en un mot toutes celles que nous avons assignées à l'inflammation de cette membrane. Sans doute cette irritation ne s'élève pas toujours au degré de la phlogose, mais l'impossibilité de s'en assurer pendant la vie s'oppose à ce que l'on sépare l'étude de l'hydrarthre, symptôme d'une irritation sécrétoire, de celle de l'hydrarthre symptôme d'une inflammation. Enfin, le liquide accumulé est quelquefois rougeâtre, épais, grisâtre, fétide, etc.; cela s'observe surtout lorsque la capsule est profondément altérée, et que les parties voisines participent à sa désorganisation.

Quelquefois les membranes synoviales enflammées d'une manière chronique ne donnent lieu qu'à un faible épanchement, il est même parfois tout-à-fait nul; mais ces membranes se ramollissent et s'ulcèrent, les cartilages et les fibro-cartilages interarticulaires se gonflent et s'érodent, les extrémités articulaires des os se tuméfient et sont frappées de carie; enfin le périoste et les ligaments s'engorgent. La maladie est, dans cet état, désignée sous le nom de *tumeur blanche;* le genou en offre les plus fréquents exemples. Dans ces cas, il est vrai, il est difficile de savoir si l'inflammation a débuté par la capsule ou par les

(1) *Archives de médecine*, année 1842.

autres parties de l'articulation; mais nous pensons qu'il en est le plus souvent ainsi (1), et ce qui nous le fait croire, c'est qu'à la dissection des parties, la lésion de cette membrane et des cartilages est la plus constante. Enfin, dans quelques cas, les deux surfaces de la membrane enflammée contractent des adhérences, tout mouvement de l'articulation cesse d'être possible; il y a ce qu'on appelle *ankylose*. (Voyez *Lésions de rapport*.)

Marche, durée, terminaisons et pronostic. La marche de la synovite est en général très lente; même à l'état le plus aigu, elle met presque toujours beaucoup de temps à parcourir ses périodes. Nous avons vu cependant une inflammation de la capsule de l'articulation huméro-cubitale naître et suppurer dans l'espace de quarante-huit heures; mais cette marche est rare, lorsqu'il y a hydrarthre surtout. Dans ce dernier cas même, cependant, la synovite parcourt assez rapidement ses périodes. Nous avons observé chez une femme un exemple d'hydrarthre qui se formait en deux ou trois jours, à la suite d'une marche un peu fatigante, acquérait un volume considérable, causait de vives douleurs, et se dissipait complétement en huit jours par une application ou deux de sangsues, et quelques rubéfiants. Cette affection, qui durait depuis cinq ans, se reproduisait et disparaissait ainsi plusieurs fois dans le cours de l'année. Le malade a cependant passé dix-huit mois sans l'éprouver; mais dans les derniers temps elle était à peine dissipée qu'elle se reproduisait. Toutefois, cette marche est la plus rare, et la durée de la synovite est ordinairement longue; elle est indéfinie quand le désordre a envahi toute l'articulation. On obtient sans doute fréquemment la résolution de la synovite aiguë, puisqu'on voit souvent guérir ainsi des *rhumatismes articulaires*, et qu'il est bien certain que plusieurs de ces affections sont accompagnées de cette phlegmasie; mais comme on n'a jamais la certitude complète du siége précis de l'inflammation, on ne peut affirmer qu'il en soit ainsi, excepté toutefois dans les cas où il y a accumulation de sérosité, comme dans celui que nous venons de rapporter. La terminaison la plus ordinaire est la suppuration ou l'accu-

(1) C'est aussi l'opinion de Brodie, *Traité des maladies des articulations*, etc., trad. par Léon Marchant. Paris, 1819, in-8.

BIBLIOTECA

mulation de la synovie, et ces liquides peuvent être absorbés plus ou moins promptement. La matière est assez promptement absorbée lorsque l'inflammation de la synoviale ayant succédé à la suppression subite d'une uréthrite ou d'une vaginite vénériennes, ces phlegmasies viennent à être rappelées à leur ancien siége (1). L'ankilose de l'articulation affectée, et plus fréquemment l'épuisement, le marasme et la mort, sont les suites ordinaires de la phlegmasie chronique et ancienne qui s'est étendue à toutes les parties articulaires.

Caractères anatomiques. On trouve, à la dissection des parties, la membrane synoviale épaissie, plus ou moins injectée, ramollie ou brunâtre, érodée, recouverte de fausses membranes, ou transformée en tissu cellulaire dense et très rouge, ainsi que les cartilages de l'articulation, ou parsemée de brides allant d'une surface à l'autre ou adhérente. La synovie, dont la quantité varie depuis trois à quatre onces jusqu'à une et deux livres, est, ainsi que nous l'avons déjà dit, tantôt sans altération, tantôt purulente, sans odeur ou fétide, blanche ou grisâtre, et quelquefois convertie en une bouillie rougeâtre. Dans ce dernier cas, il est vrai, c'est plutôt une sorte de détritus de la membrane qui se présente ainsi que la synovie elle-même. En effet, la capsule est réduite en une substance pulpeuse, épaisse, d'un brun léger, quelquefois d'un brun rougeâtre et sillonnée par des linéaments blancs membraneux (2). Dans ce cas aussi, les cartilages sont ulcérés et les os ramollis et cariés : c'est le dernier terme de la synovite chronique; c'est le désordre qui correspond à la *tumeur blanche* des auteurs. Enfin Dupuytren a vu la face interne de la capsule articulaire parsemée de toutes parts de peletons d'apparence celluleuse, inégaux par leur forme et leur volume, supportés par des pédicules assez étroits, et d'où l'on faisait sortir par la pression une liqueur visqueuse, filante, rougeâtre, et semblable à celle qui remplissait l'articulation.

Traitement. Le traitement de la synovite aiguë se compose des saignées générales et locales, employées avec persévérance, car cette phlegmasie est une de celles qui résistent le plus, des to-

(1) J. Cloquet, *Dictionnaire de médecine*, article *Hydrarthrose*.
(2) Brodie, *ouvrage cité*.