piques émollients et narcotiques, des boissons délayantes, des bains émollients prolongés, de la diète et du repos. Lorsque l'inflammation a en partie cédé sous l'influence de ces premiers moyens, on a recours avec succès aux révulsifs, mais ils doivent être appliqués à la peau même qui recouvre l'articulation malade; plus éloignés du siége du mal, il resteraient sans action, parce que les capsules articulaires sont à peine unies par des liaisons sympathiques aux autres parties. Les vésicatoires, les cataplasmes de moutarde, les liniments volatils camphrés, les ventouses scarifiées, et surtout le cautère transcurrent, etc., déplacent l'irritation, et déterminent l'absorption du liquide épanché.

Lorsque, malgré tous ces moyens, l'hydropisie de l'articulation continue de s'accroître ou ne diminue pas, on peut essayer les bains et les douches de vapeur, les bains sulfureux, les frictions mercurielles, les frictions avec des flanelles imprégnées de la vapeur d'acide acétique, de benjoin, de succin, tandis qu'on administre à l'intérieur des sudorifiques ou des purgatifs, dans le but d'établir des révulsions sur la peau ou sur la membrane muqueuse gastro-intestinale : tous ces moyens comptent des succès. On a aussi obtenu quelques guérisons par l'électricité. Dans quelques cas enfin, une compression douce et uniforme, faite à l'aide d'un bandage appliqué depuis la partie inférieure du membre jusqu'au-dessus de l'articulation malade, et augmentée à mesure que la tumeur diminue, a guéri lorsque toutes les autres médications avaient échoué. Enfin, il faut se hâter de rappeler les uréthrites et les vaginites trop brusquement disparues, lorsque l'inflammation de la capsule a succédé à leur disparition.

La maladie est souvent rebelle aux divers traitements que nous venons d'exposer, et il ne reste plus de ressource alors que dans une opération chirurgicale, par laquelle on donne issue au liquide accumulé; mais ce n'est qu'avec la plus grande réserve qu'on doit se décider à tenter ce moyen. En effet, c'est du degré d'altération qu'a éprouvé la membrane synoviale que dépend tout le succès qu'il peut avoir. Lorsque cette membrane est encore mince, transparente, et que l'irritation, cause de l'hydropisie, est épuisée, ou qu'elle n'est plus entretenue que par la présence du liquide, l'opération doit réussir. Elle doit encore être couronnée

BIBLIOTECA

du succès, dans certains cas où la sensibilité de la capsule étant peu exaltée, l'irritation excitée par l'opération elle-même et par le contact de l'air peut bien déterminer un degré d'excitation suffisant pour arrêter la sécrétion morbide, mais pas assez considérable pour y provoquer la suppuration. Mais, toutes les fois que la membrane synoviale est épaissie, altérée, toutes les fois surtout que les cartilages diarthrodiaux, que les ligaments qui affermissent l'articulation commencent à s'altérer et a se ramollir, l'opération peut avoir le plus fâcheux résultat. Dans ces cas, en effet, une irritation violente déterminée par le contact de l'air, amène une suppuration abondante et fétide, accélère le ramollissement des cartilages et la carie des os, trouble sympathiquement les fonctions du cœur et de l'estomac, produit le marasme, et le malade ne tarde pas à succomber si on ne se décide à pratiquer promptement l'amputation du membre. Il serait donc très important de pouvoir déterminer *à priori* quel est l'état réel des tissus malades; mais on conçoit que cela est souvent impossible, C'est ce qui explique pourquoi, parmi les opérations pratiquées dans des circonstances en apparence semblables, les unes réussissent, tandis que les autres déterminent des accidents graves. Aussi ne doit-on se décider à donner issue au liquide épanché que lorsque la maladie, après avoir résisté à tous les autres moyens, devient tellement gênante qu'elle condamne l'articulation à l'immobilité. Quant au procédé opératoire, les uns veulent qu'on se contente d'une simple ponction faite à l'aide d'un trocart, les autres conseillent de larges incisions qui permettent au liquide de s'écouler à mesure qu'il est reproduit. Dans le premier cas, on continue les applications répercussives et la compression; dans le second, on se met en garde contre l'excès de l'inflammation qui doit nécessairement survenir, et l'on aide, si l'on veut, les applications externes par des injections émollientes faites dans l'intérieur de l'articulation. L'une et l'autre de ces méthodes compte des succès et des revers. Il nous semble que le parti le plus prudent consiste à pratiquer d'abord les ponctions, et qu'on ne doit se décider à inciser la membrane hydropique qu'après s'être convaincu que le premier moyen est insuffisant.

De la synovite des capsules tendineuses.

Les capsules synoviales des tendons sont évaluées à cent paires dans le corps humain, et se rencontrent en général près de l'extrémité par laquelle ces organes s'insèrent aux os, et, dans quelques points, au niveau des réflexions que les muscles ou les tendons subissent avant de se terminer. Souvent très petites, ces gaînes offrent quelquefois une étendue considérable; c'est quand elles sont communes à plusieurs tendons, comme on en trouve au niveau du poignet, etc.

L'inflammation de la gaîne des tendons n'est pas une maladie rare, cependant elle n'est indiquée que fort incomplétement dans les traités les plus récents de chirurgie, et M. le professeur Velpeau a contribué à la faire mieux connaître en décrivant récemment un de ses degrés sous le nom de *crépitations douloureuses des tendons.*

Causes. Les causes qui la produisent sont toutes celles qui agissent mécaniquement sur les tendons dans les points où ils sont entourés de ces membranes; telles sont les plaies produites par accident, ou les incisions faites par le ténotome dans un traitement mal dirigé des vices de conformation des membres par rétraction musculaire. Ce sont encore les professions dans lesquelles les muscles des pieds et des mains sont exercés énergiquement. Aussi cette maladie est-elle commune chez les moissonneurs et les forgerons, qui font de grands et fréquents mouvements des mains elle se rencontre aussi aux jambes et aux pieds, et alors elle est la suite de marches forcées; enfin, aux doigts elle reconnaît les mêmes causes que le panaris dont elle constitue la variété la plus profonde et la plus grave. On la voit quelquefois survenir, comme la synovite articulaire, dans le cours d'une blennorrhagie.

Symptômes. Il y a d'abord un gonflement sensible de la partie du membre qui est le siége de la maladie, mais rarement il est considérable. En général, il traduit assez bien à l'extérieur la forme allongée ou arrondie qui appartient à la bourse synoviale affectée. La douleur est ordinairement peu vive quand on n'imprime pas de mouvement au membre, mais dans le cas contraire elle se fait sentir à des degrés variables, et presque toujours alors elle s'accompagne, du moins au début de la maladie,

d'un *bruit de crépitation* qu'on peut assez exactement comparer à celui qui résulte du froissement d'une petite quantité d'amidon entre les doigts, ou à celui qui est produit par l'écrasement de la neige sur laquelle on marche. Ce signe est pathognomonique de ce premier degré de la maladie. La chaleur est modérée et la rougeur de la peau est souvent nulle; il n'existe pas d'autres lésions fonctionnelles qu'une gêne plus ou moins marquée des mouvements de la partie affectée.

Mais quand l'inflammation est plus grave, qu'elle s'est déjà terminée ou qu'elle tend à se terminer par suppuration, alors les douleurs sont très vives, la tension de la bourse synoviale est considérable, et souvent à cause de cela la fluctuation y est difficile à sentir. Bientôt le tissu cellulaire et la peau voisine du foyer de la maladie s'enflamment à leur tour, et il survient un véritable phlegmon diffus du membre qui s'accompagne de tous les phénomènes locaux et généraux que nous avons indiqués en parlant de cette grave affection.

Pronostic et terminaison. Le pronostic varie suivant le degré de la maladie. Au premier degré, elle se termine fréquemment par résolution au bout de quelques jours de repos; mais dans quelques cas elle persiste un temps beaucoup plus long, et on la voit se perpétuer sous forme d'une tumeur qu'on nomme *ganglion*, qui ne constitue dans la majorité des cas qu'une difformité. Mais quand la maladie s'est terminée par suppuration, alors le pronostic est plus grave; le moindre inconvénient qui puisse suivre l'ouverture de l'abcès qui en résulte, est l'adhérence de la gaîne au tendon qu'elle renferme, ou l'exfoliation de ce tendon, et dans tous les cas la perte ou la gêne du mouvement qu'il produit. M. Velpeau dit avoir vu la dégénérescence fongueuse des coulisses tendineuses être la suite de cette inflammation.

Traitement. Le repos de la partie affectée, uni aux applications résolutives, est le traitement qui convient au premier degré.

Les antiphlogistiques locaux, unis aux onctions mercurielles et à la compression modérée du membre, est celui qui convient au second. Et quand la suppuration est établie, on l'évacue par une ponction. Mais il faudra bien se garder de traiter par ce moyen le simple épanchement de synovie, car une adhérence serait la

suite de l'opération, et s'opposerait consécutivement au glissement du tendon dans sa coulisse.

De la synovite des bourses sous-cutanées.

Les bourses synoviales sous-cutanées ne sont pas aussi nombreuses que les précédentes, et leur importance n'est pas aussi grande, car la cavité qu'elles forment peut être détruite sans qu'il en résulte aucun dérangement de fonctions. Celles de ces bourses qui, par leur grandeur et leur rapport, méritent d'être connues, sont, au membre supérieur, celles qui siègent sur l'acromion, derrière l'olécrâne, sur le condyle interne de l'humérus; au membre inférieur, celles qui existent au niveau du grand trochanter, au-devant de la rotule, sur les malléoles, à la plante des pieds, sous le talon et sous la tête des premier et cinquième métatarsiens; au tronc, celles qui répondent à l'angle de la mâchoire inférieure, au sommet de l'apophyse épineuse de la septième vertèbre cervicale; enfin il y en a d'accidentelles sur le point saillant des pieds-bots, des gibbosités du rachis, sous les plaques cornées qu'on nomme *ognons* et *durillons* aux pieds.

L'inflammation des bourses synoviales sous-cutanées est aiguë ou chronique; on l'observe plus souvent à ce dernier état, où elle constitue la maladie appelée *hygroma*.

Causes. Ce sont les froissements, les contusions et les plaies qui portent sur les parties du corps où siègent les bourses synoviales, ce sont encore certaines professions qui exposent ces mêmes parties à des pressions répétées. C'est ainsi que les couvreurs sont sujets à l'inflammation de la bourse anté-rotulienne, et les tailleurs à celle de la bourse qui couvre la malléole externe. Enfin dans quelques cas rares on a vu la maladie se développer chez des goutteux et des rhumatisants. Koch et M. J. Cloquet en ont cité des exemples.

Symptômes, *marche*, *pronostic*, etc. L'inflammation aiguë ou chronique des bourses synoviales sous-cutanées emprunte plusieurs caractères particuliers de la situation toujours superficielle qu'ont ces organes, et du siége spécial qu'ils occupent dans certaines régions. Mais partout, à l'état aigu, la maladie est caractérisée, à son début, par une tumeur arrondie dont la base est circonscrite et qui peut être distinguée au-dessous de la peau.

Celle-ci est rouge et chaude, et la douleur s'y fait sentir par la pression qu'on exerce à la surface.

Plus tard le volume de la tumeur ayant augmenté, sa forme arrondie est moins facile à reconnaître, car elle est masquée par l'infiltration et l'épaississement du tissu cellulaire qui l'entoure. Enfin quand l'inflammation s'est terminée par suppuration, le pus se dirige vers la peau qu'il amincit et se fait jour au-dehors, ou bien il s'infiltre à droite et à gauche dans le tissu cellulaire environnant, et la maladie offre alors quelque analogie avec le phlegmon diffus. M. Brodie, qui a signalé cette terminaison particulière de l'inflammation aiguë des bourses synoviales sous-cutanées, l'a surtout observée dans celle de la rotule.

A l'état chronique, la maladie est caractérisée par l'existence d'une tumeur plus ou moins volumineuse dont le malade peut même n'être pas gêné, tumeur qui est molle et fluctuante, et qui, si elle est ancienne, offre çà et là quelques duretés qui tiennent à l'épaississement de sa paroi ou à la présence de petits corps cartilagineux dans son intérieur.

Il est peu grave en général; cependant la maladie est souvent longue à guérir après son ouverture spontanée, et quelquefois elle exige pour son traitement l'emploi de moyens qui ne sont pas sans danger.

Caractères anatomiques. Tantôt il y a simplement augmentation de sécrétion, de sérosité visqueuse (hygroma); tantôt ce liquide est trouble et lactescent, et renferme des concrétions fibrineuses; tantôt enfin c'est du pus véritable, et la bourse synoviale est transformée en un abcès dont les parois sont tapissées d'une couche tomenteuse et grisâtre. Quelquefois, en même temps que du pus, on trouve du sang ou un liquide plus épais, brunâtre et comme graisseux. Nous avons déjà vu qu'à l'état chronique les parois du kyste s'épaississaient à des degrés variables; mais cela n'a pas constamment lieu, et on voit souvent que, malgré sa longue durée, la maladie n'a amené aucun changement dans l'organisation de la capsule.

Traitement. A l'état aigu, l'inflammation des capsules synoviales sous-cutanées réclame le traitement antiphlogistique, le repos, et plus tard l'emploi de résolutifs. Quand il y a abcès, l'ouverture doit être faite largement et être suivie de la compression qui facilitera le recollement des parois du foyer.

A l'état chronique, on emploie les résolutifs, tels que les solutions de sel ammoniac, d'hydriodate de potasse, de sel commun; le vinaigre, les frictions mercurielles, les emplâtres fondants, les vésicatoires volants, et à défaut de succès on emploie la ponction simple suivie de la compression, ou la ponction suivie d'injection iodée dans l'intérieur de la tumeur. Nous avons employé depuis plusieurs années un moyen plus simple et qui nous a parfaitement réussi, c'est la section du kyste en deux moitiés, faite avec un instrument délié, tel que le kystitome qui sert dans l'opération de la cataracte par extraction. Le liquide renfermé dans la poche a été chassé dans le tissu cellulaire ambiant, et des mouchetures ont été faites sur les parois opposées de la tumeur, que nous avons tenues rapprochées à l'aide d'un bandage compressif. L'ablation de la tumeur ne convient que dans les cas où il y a dégénérescence cartilagineuse de ses parois.

Inflammations du système glandulaire.

Considérations générales.

Des organes si différents par leur texture composent ce système, qu'il devient presque impossible d'en donner une idée anatomique et physiologique générale. Quelles différences dans la forme, le volume, la texture, etc., n'existe-t-il pas en effet entre les glandes de Méibomius et le foie, la prostate et les mamelles, le testicule et les glandes salivaires, les reins et l'amygdale, le pancréas et les glandes muqueuses? Cependant Ruisch a prétendu que tous ces organes étaient entièrement formés par des vaisseaux entrelacés. Malpighi a admis de petits corps de nature particulière, intermédiaires aux artères, aux veines et aux excréteurs. L'une et l'autre hypothèse tendent, comme on le voit, à rapprocher les glandes sous le rapport de la texture. Mais sont-elles fondées, et, si elles le sont, ne se pourrait-il pas que l'une fût vraie pour certaines glandes et non pour les autres?

Toutes les glandes séparent, extraient du sang que leur apportent les artères, un fluide différent pour chacune d'elles, et le versent par un ou plusieurs conduits excréteurs sur les divers points des surfaces muqueuses. Une seule, la glande mammaire, verse à la surface de la peau le fluide qu'elle sécrète. Mais toutes

donnent leur produit en plus grande abondance, lorsqu'une irritation directe ou sympathique agit sur l'extrémité de leurs conduits excréteurs ou non loin du lieu où ils viennent s'ouvrir. Ce sont à peu près là les seules analogies que présentent les diverses parties du système glandulaire. On ne voit pas deux glandes être liées entre elles par des sympathies bien marquées, ainsi que cela s'observe entre les diverses parties de la plupart des autres systèmes. Chaque glande a son existence pour ainsi dire isolée du reste du système, son degré d'irritabilité, ses sympathies particulières, et sa disposition différente à contracter les maladies.

Toutes les glandes sont susceptibles d'inflammation et de subinflammation, et plusieurs d'irritation sécrétoire. Aucune n'est affectée de névrose; la glande mammaire est quelquefois le siége d'une irritation hémorrhagique supplémentaire du flux menstruel. En général, la douleur de l'inflammation y présente le caractère d'être sourde et obtuse dans le grand nombre des cas. Il est à peine besoin d'ajouter que, dans toutes les irritations des glandes, les produits de leurs sécrétions sont augmentés ou diminués, et toujours plus ou moins altérés dans leur composition. Peu de médecins aujourd'hui osent soutenir que les fluides sécrétés puissent être altérés, accrus ou diminués, si les organes qui les élaborent n'ont préalablement subi un changement dans leur organisation.

Les influences qu'exercent les glandes irritées sur les autres organes sont en général peu nombreuses, tandis qu'au contraire les principales d'entre elles sont sympathiquement affectées par les irritations de tous ceux qui jouent un rôle un peu important dans l'économie. Dans l'état normal, leur sécrétion s'exerce principalement sous l'influence de l'excitation qui leur est transmise par la surface à laquelle viennent aboutir leurs conduits excréteurs; dans l'état pathologique il en est de même : aussi toutes les glandes ne s'irritent et ne s'enflamment, dans le plus grand nombre des cas, que sympathiquement à l'irritation des membranes muqueuse et cutanée. Ce n'est guère qu'à la suite des causes mécaniques, ou par l'extension par contiguïté de l'irritation des parties environnantes à leur tissu, que l'irritation s'y développe sans intermédiaire entre l'agent et l'effet.

Les phlegmasies des glandes sont : la *parotite*, l'*amygdalite*, la