les surfaces en rapport à la suite de l'opération, on pourra choisir celui dont s'est servi M. Dusséris. Il se compose d'une sorte de hamac suspendu par une chaîne qui glisse à l'aide de poulies sur une tringle horizontale. Le pied est maintenu par des coussins et un étrier (fig. 279).

On a vu chez un certain nombre de malades la carie récidiver à la suite de la résection au point de nécessiter la désarticulation du genou. Mais ces opérations consécutives ont été favorables : car sur 17 opérés dont M. Heyfelder a recueilli les observations, il n'en est mort que deux : les 15 autres furent complétement et rapidement guéris.

Ajoutons enfin, en terminant, que si, au premier abord, les résultats obtenus à l'étranger semblent plus heureux que ceux qui ont été signalés en France, c'est que les opérations ont été faites surtout chez des enfants. Mais, par contre, la résection pratiquée à cet âge entraîne quelquefois une autre conséquence qui ne manque pas d'une certaine importance, et qui est d'entraver la croissance régulière du membre.

ARTICLE XVI.

TUMEUR BLANCHE DE L'ARTICULATION TIBIO-TARSIENNE.

Désignée par Rust sous le nom de *podarthrocace*, cette affection ne présente qu'un petit nombre de particularités que nous exposerons rapidement, pour éviter des répétitions.

Ici, comme pour le genou, les causes traumatiques jouent un grand rôle, mais il faut évidemment une prédisposition. C'est ainsi que, chez les sujets scrofuleux, les entorses, les chutes sur les pieds, suffisent pour donner lieu à des tumeurs blanches, tandis que, chez les sujets pléthoriques et bien portants d'ailleurs, la maladie se borne à déterminer une gêne plus ou moins grande des mouvements. Il faut donc se rappeler cette transformation possible des entorses en tumeur blanche, et ne jamais les négliger.

Les symptômes locaux de cette affection présentent ceci de particulier, c'est que l'accumulation du liquide n'y est jamais considérable; mais, dès qu'elle existe, elle vient manifester sa présence par l'apparition de deux bourrelets fluctuants situés au devant des deux malléoles, dans le lieu où existent ordinairement deux fossettes. En avant, la synoviale, bridée par le passage des tendons, ne se laisse point soulever; sur les deux côtés, elle est soutenue par les malléoles; en arrière, un tissu graisseux abondant supporte longtemps l'effort des liquides épanchés tendant à s'étendre au dehors; toutefois il n'est point rare de voir disparaître plus tard les enfoncements qu'on observe sur les côtés du tendon d'Achille. Souvent aussi l'articulation malade ne forme

plus qu'une masse irrégulièrement arrondie dont la circonférence, comparée à celle de l'articulation saine, paraît énorme. On l'a vue double de cette dernière, et la difformité est d'autant plus choquante, que le reste du pied et la jambe sont remarquablement émaciés.

Il est même facile de constater alors l'augmentation de volume des os, les saillies malléolaires fournissant des points sur lesquels on peut, quel que soit le gonflement de l'articulation, appliquer les branches d'un compas d'épaisseur.

Plus tard, lorsque la synoviale devient fongueuse, les fongosités occupent la place des bourrelets fluctuants, et les simulent à ce point qu'il est souvent impossible de décider à laquelle des deux altérations on a affaire.

Quant aux déplacements consécutifs, ils sont très-limités dans cette articulation si serrée. On a observé, par suite de l'affaissement de l'astragale, le *tassement* du pied. Mais il est plus commun de voir une *extension* du pied sur la jambe. Telle extension peut d'ailleurs offrir plusieurs degrés, et même, dans quelques cas, donner lieu à un véritable pied équin ; ce qui tient à ce que, dans l'extension forcée, les parties postérieures de l'articulation supportent une pression exagérée, et, par suite, éprouvent une résorption plus prononcée (Crocq). Parfois aussi, les malléoles étant détruites et les ligaments très-relâchés, le pied se dévie soit en dedans, soit en dehors, et comme, dans son lit, le malade fait le plus souvent reposer le pied affecté sur son bord externe, la déviation en dedans est la plus fréquente.

Quant aux abcès, le plus communément ils se forment en avant de l'articulation, et fusent plus ou moins loin sous les couches sous-cutanées si lamelleuses de cette région; quelquefois on observe les fistules articulaires sur la partie postérieure du talon. On a aussi noté l'engorgement des ganglions de l'aine et des douleurs obtuses sur le trajet des lymphatiques.

Ces tumeurs blanches pourraient être confondues avec celles des articulations tarsiennes, dont la coexistence est d'ailleurs assez fréquente. Cependant l'observation attentive permet habituellement d'établir le diagnostic. On pourrait encore, mais exceptionnellement, prendre une carie du calcanéum pour la tumeur blanche tibio-tarsienne. C'est là du moins ce qui arriva chez deux malades de M. Péan. Ces deux malades, âgés de vingt à vingt-cinq ans, portaient autour du cou-de-pied plusieurs abcès dont quelques-uns, en s'ouvrant, avaient donné lieu à des trajets fistuleux assez irréguliers. En raison de l'étendue des désordres, plusieurs chirurgiens déclaraient que les os qui composent l'articulation tibio-tarsienne avaient été le point de départ de la maladie et qu'il y avait lieu de recourir à l'amputation. L'étude des commémoratifs, non moins que l'observation attentive

des signes de la maladie, ayant porté M. Péan à croire que toutes ces altérations devaient être rattachées à une affection du calcanéum, il songea tout d'abord à s'en assurer à l'aide d'incisions profondes et convenablement dirigées. Le diagnostic put alors être facilement confirmé, et l'évidement de l'os carié amena, dans les deux cas, une prompte guérison.

Il importe, on le conçoit, pour le traitement de la tumeur blanche tibio-tarsienne, de maintenir le pied dans la flexion à angle droit et de combattre l'extension et l'inclinaison qui tendent à se produire. L'application d'appareils appropriés suffit habituellement, sans qu'il soit besoin de recourir à la section du tendon d'Achille. Cette opération ne pourrait d'ailleurs être proposée qu'à une période peu avancée de la maladie, et avant l'apparition de la suppuration. Car dans ce cas l'adhésion des deux bouts pourrait se faire attendre et amener des accidents.

Nous ne dirons, à propos du traitement de cette tumeur blanche, que quelques mots de l'amputation et de la résection. La résection peut être totale ou partielle, et sur 37 cas cités par M. Heyfelder, cette dernière, appliquée environ dans la moitié des cas, a porté presque toujours sur le péroné isolément, et quatre fois seulement sur le tibia seul ou sur les deux os de la jambe simultanément. Mais, qu'elle soit partielle ou totale, la résection donne à peu de chose près le même nombre de succès que l'amputation, et a sur celle-ci l'avantage de conserver au malade un membre moins raccourci, fort utile pour la marche, et dont la conformation se rapproche beaucoup de l'état normal. L'amputation doit donc être réservée aux seuls cas où les désordres sont très-considérables.

ARTICLE XVII.

TUMEUR BLANCHE DE L'ARTICULATION SCAPULO-HUMÉRALE.

Synonymie. = Scapulalgie. — Omarthrocace. — Omalgie. — Omitis. — Luxation spontanée ou consécutive de l'épaule.

Jusqu'à ces derniers temps, la scapulalgie n'avait été l'objet d'aucun travail spécial, et c'est à peine si, vers la moitié du XVIIIe siècle, à propos de quelques opérations de résection scapulo-humérale, il avait été question de la tumeur blanche de l'épaule. Aujourd'hui encore la science ne possède, sur cette affection, qu'une monographie due à M. Péan (1). Nous puiserons dans cet ouvrage les matériaux de cet article.

(1) *De la scapulalgie et de la résection scapulo-humérale envisagée au point de vue du traitement de la scapulalgie* (thèses de Paris, 1860, et *Monographie*). En vente chez Adrien Delahaye, éditeur, place de l'École-de-Médecine, Paris.

Anatomie pathologique. — *Altérations qui ont leur point de départ dans la synoviale.* — L'observation nécroscopique de ces altérations a été jusqu'ici assez rarement faite. Néanmoins Brodie relate deux autopsies : dans l'une d'elles, la synoviale présentait une ulcération circonscrite et était le point de départ manifeste de l'affection. Dans une autre autopsie, M. Crocq a trouvé la synoviale injectée par plaques, marbrée de faisceaux vasculaires, le tissu cellulaire ambiant comme confondu avec le ligament capsulaire. Enfin, à la suite d'une résection pratiquée par M. Richet, l'autopsie a paru démontrer encore que l'affection, d'ailleurs très-avancée, avait débuté, comme dans les cas précédents, par la synoviale.

Altérations qui ont leur point de départ dans les parties dures. — Si l'on étudie avec soin la marche de l'affection dans les observations de scapulalgie qui ont été transmises, il devient évident que plusieurs fois l'*ostéite*, augmentant d'intensité, s'est terminée par suppuration, carie ou nécrose et est devenue le point de départ de la tumeur blanche.

Quand il y a *carie*, les extrémités osseuses sont dénudées, détruites dans une grande profondeur : elles sont d'une exarescence, d'une friabilité telles, que le froissement des doigts les écrase facilement; le tissu spongieux, abreuvé de sang et de sanie purulente, est recouvert de fongosités saignantes qui tapissent les cellules agrandies ou résorbées, et à sa surface bourgeonnent de nombreuses végétations. Du côté de l'humérus, souvent la maladie fait disparaître le col anatomique; d'autres fois elle détruit le col chirurgical. Du côté de l'omoplate, tantôt la cavité glénoïde est couverte d'érosions peu profondes, tantôt elle est détruite par de larges ulcérations.

Fig. 280. — Tête de l'humérus reséquée par moi en 1859. Elle contenait un séquestre *a b*.

Quand il y a *nécrose*, des bourgeons charnus, nés dans les cellules du tissu spongieux, entourent, soulèvent la portion mortifiée et se continuent avec les fongosités qui tapissent la cavité articulaire. Les séquestres sont le plus souvent d'un petit volume, mais ils peuvent en présenter un considérable : en 1740, Thomas guérit une jeune fille après avoir extrait la tête de l'humérus nécrosée dans une hauteur de 4 centimètres; chez un de nos malades, le col de l'omoplate était tout entier converti en un seul séquestre, et, pendant son internat à la Maternité, M. Péan a trouvé, chez un nouveau-né, la tête de l'humérus mortifiée et détachée de la diaphyse.