

ments, si on embrasse l'articulation avec la main, on perçoit des bruits dont les caractères varient aux diverses périodes du mal : au début, c'est une sensation comparable à celle que fournit le frottement de deux pièces de velours et qui est due à la destruction partielle des cartilages ou à la transformation *velvétique* de ceux-ci ; à une époque plus avancée, c'est un frottement rude et râpeux ; plus tard encore, c'est une crépitation et quelquefois un craquement comparable à celui d'un sac de noix qu'on agite, résultant de l'éburnation des surfaces articulaires et de la présence de productions osseuses nouvelles.

Les téguments qui entourent l'articulation ne présentent pas d'altération ; ils sont simplement distendus. En général, il n'existe pas de fièvre ni de troubles généraux.

**Marche.** Les progrès de l'affection sont lents, mais continus ; si parfois on observe pendant quelque temps un état stationnaire, le plus souvent les altérations s'accroissent. Dans quelques cas, il se développe des accidents aigus caractérisés par une hydarthrose qui tantôt se résorbe, tantôt persiste. Chez la plupart des malades, il y a une gêne peu marquée dans les mouvements du membre ; chez d'autres, les mouvements sont difficiles et douloureux. On a signalé la possibilité de la raréfaction du tissu osseux de la diaphyse et la production de fractures.

**Diagnostic.** Les caractères propres à l'arthrite sèche sont le peu d'intensité des douleurs, la déformation de l'articulation, la conservation des mouvements, les bruits particuliers perçus dans la jointure pendant l'exercice de ces mouvements, l'absence de phénomènes généraux. C'est en ayant égard à l'ensemble de ces symptômes qu'on distinguera l'arthrite sèche de l'arthrite rhumatismale chronique, du rhumatisme nouveau et du rhumatisme goutteux, des tumeurs fongueuses articulaires.

**Pronostic.** Il est grave, en raison de l'impuissance de l'art pour guérir le mal et même pour l'arrêter dans sa marche.

**Traitement.** On a surtout préconisé l'usage des eaux minérales et recommandé les sources sulfureuses d'Aix, Baréges, Cauterets, les sources alcalines de Saint-Nectaire, Nérès, Plombières ; les sources arsenicales du mont Dor. On administre ces eaux à l'intérieur et à l'extérieur. On a essayé aussi la médication altérante, la teinture d'iode, l'arsenic, l'iodure de potassium, les bains alcalins avec addition d'acide arsénieux. Les bains de vapeur, les bains froids, l'hydrothérapie comptent des partisans. L'immobilisation de l'articulation, recommandée par quelques chirurgiens, n'offre aucun avantage.

#### ARTICLE IV.

##### Corps étrangers organiques des articulations (Arthrophytes).

Les corps étrangers des articulations sont des productions nouvelles, de nature, de consistance et de forme variables, qui flottent librement dans les cavités articulaires ou qui sont placées sous la membrane synoviale.

**Anatomie pathologique.** Le volume de ces corps étrangers varie depuis celui d'un grain de blé ou d'un pois jusqu'à celui d'un haricot ; il est en raison inverse du nombre. Le plus souvent, on n'en trouve qu'un seul, parfois deux, trois et jusqu'à cinq, dix-huit, vingt-cinq, soixante et même deux cents dans la même jointure. Ils ont une forme arrondie ou ovale, ou aplatie, ou anguleuse et à plusieurs facettes. Leur couleur se rapproche généralement de celle des cartilages, auxquels leur structure paraît devoir être assimilée dans le plus grand nombre des cas ; d'autres fois les corps étrangers ressemblent à un *fibro-cartilage*, à un *cartilage* mélangé de substance *osseuse* ou *calcaire*. Il en est qui sont constitués par une substance *fibrineuse* ; d'autres par une portion osseuse ou cartilagineuse détachée des surfaces articulaires. Il en est qui paraissent formés de substance *fibreuse*. On les a rencontrés dans toutes les articulations ; ils ont un siège de prédilection pour le genou. Leurs rapports avec la synoviale ne sont pas identiques dans tous les cas ; il en est qui sont placés en dehors de l'articulation, dans le tissu cellulaire sous-synovial ; d'autres sont contenus dans la cavité circonscrite par la synoviale, et alors ils sont tantôt libres de tous côtés, pouvant se porter d'un point de la jointure à l'autre, tantôt ils adhèrent à la synoviale, aux os, au périoste ou, ce qui est très-rare, au cartilage diarthrodial, par un pédicule plus ou moins grêle.

Les lésions de l'articulation, lorsque le corps étranger occupe l'intérieur de la jointure, sont variables : on constate tantôt une diminution, tantôt une augmentation de liquide synovial ; parfois l'existence de rayures sur le cartilage diarthrodial, conséquence du frottement du corps étranger entre les surfaces articulaires pendant les mouvements de l'articulation. Dans quelques cas, ce sont les lésions de l'arthrite sèche (p. 576), et alors le corps étranger est un fait accessoire.

**Mode de formation.** On ne saurait donner du mode de production des corps étrangers articulaires une explication qui s'applique à tous les cas indistinctement. Mettons d'abord de côté l'hypothèse qui assimile ces corps étrangers aux calculs vésicaux et les fait provenir d'une précipitation et d'une condensation des matériaux tenus en dissolution dans la synovie. Admettons que dans les cas rares où ces corps étrangers sont formés d'une matière *fibrineuse*, ils reconnaissent pour point de départ des dépôts *hématisques* contenus dans l'articulation. Reconnaissons encore que l'on trouve quelquefois sur les surfaces articulaires une perte de substance proportionnée aux dimensions du corps étranger, qui présente une structure ostéo-cartilagineuse ou cartilagineuse, et nous concéderons à certains pathologistes l'opinion qui fait provenir ces corps étrangers du détachement d'un fragment de la surface articulaire.

Dans la grande majorité des cas, cette dernière explication est inadmissible, ou bien parce que les surfaces articulaires sont intactes, ou bien parce que le corps étranger est d'un volume disproportionné avec la perte de substance des cartilages. Aussi l'opinion généralement adoptée aujourd'hui est que les corps étrangers articulaires sont formés par la lymphe plastique qui, sécrétée, soit sur la face libre, soit plutôt sur la face adhérente des

synoviales (dans le tissu cellulaire sous-synovial), s'organise et devient, par suite d'une série de transformations régulières *fibreuse, cartilagineuse* ou même *osseuse*. Cette explication, donnée pour la première fois par Laennec, qui comparait les corps étrangers aux polypes sous-muqueux, rend très-bien compte des diverses phases de leur évolution; situés dans le principe dans le tissu cellulaire sous-synovial, ils repoussent au-devant d'eux la membrane synoviale; en progressant de l'extérieur vers l'intérieur de l'article, ils finissent par ne plus tenir à cette synoviale que par un pédicule qui lui-même se rompt, ce qui rend le corps étranger entièrement libre.

Dans d'autres cas, le corps étranger est la conséquence d'une hypertrophie avec transformation fibreuse ou fibro-cartilagineuse d'une frange synoviale qui se pédiculise et finit par se détacher. Virchow admet que le cartilage articulaire peut subir une hypertrophie partielle, se pédiculiser et se détacher aussi pour donner lieu à un corps flottant.

**Causes.** Les arthrophytes s'observent surtout chez les adultes; les hommes en sont plus souvent affectés que les femmes. Ce qui a été dit précédemment de leurs modes de formation explique l'influence exercée par les *violences extérieures*.

**Symptômes.** Les corps étrangers articulaires existent parfois longtemps sans donner de signe appréciable de leur présence. Les malades en sont généralement avertis par une douleur très-vive qui se développe brusquement dans l'articulation pendant l'exercice d'un mouvement. Si le corps étranger s'est formé dans le genou, la douleur peut être assez intense pour faire perdre l'équilibre pendant la marche et pour entraîner la chute du patient. Ces phénomènes se renouvellent quelquefois à peu de jours d'intervalle, ou bien ils ne se reproduisent que de loin en loin. Si on examine alors avec attention l'articulation, on sent, à travers les parties molles, un corps dur, proéminent, qui glisse et fuit sous les doigts; si c'est à l'articulation du genou, il se cache sous la rotule, derrière le ligament rotulien, ou derrière le tendon des extenseurs de la jambe. Cette grande mobilité du corps étranger en rend quelquefois la recherche très-difficile, et les malades le trouvent en général plus facilement que le chirurgien. Lorsque le corps étranger est situé en dehors de l'articulation, on le reconnaît à la présence d'un noyau dur et plus ou moins volumineux sur un des points de l'article, et à l'impossibilité d'imprimer des mouvements étendus à cette tumeur; les malades n'accusent jamais alors ces violentes douleurs qui accompagnent les corps étrangers intra-articulaires.

**Marche. Terminaisons.** Ces productions morbides se développent avec une grande lenteur. Lorsqu'elles sont accompagnées de douleurs pendant l'exercice de l'articulation, elles se compliquent fréquemment d'une arthrite chronique, d'hydarthrose ou même d'une affection articulaire plus grave.

**Traitement.** On compterait en vain sur les onctions avec des pommades résolutives pour faire disparaître ces corps étrangers; sur une *compression méthodique* exercée autour de la jointure, dans le but de maintenir le corps étranger dans une position telle qu'il n'occasionne plus de douleur.

Il faut de toute nécessité intervenir par des moyens chirurgicaux. On a proposé et mis à exécution diverses méthodes.

L'*extraction directe* du corps étranger, au moyen d'une incision pratiquée à la capsule et aux parties molles qui recouvrent celle-ci, expose à tous les dangers inhérents aux plaies pénétrantes articulaires. On a donc appliqué à cette extraction la méthode *sous-cutanée*; Goyrand l'a exécutée de la manière suivante: on commence par faire fixer le corps étranger sur un point de l'article, puis on pratique une incision aux parties molles à une certaine distance de ce point; par cette incision, on glisse sous la peau un ténotome avec lequel on ouvre la capsule articulaire vis-à-vis du corps étranger; ce dernier est alors repoussé en dehors de l'articulation et logé dans le tissu cellulaire sous-cutané. On transforme ainsi le corps étranger *intra-articulaire* en corps étranger *extra-articulaire*. Quand la plaie de la capsule est cicatrisée, on peut achever l'extraction du corps étranger, au moyen d'une simple incision faite à la peau, ou le laisser indéfiniment dans la nouvelle situation qu'on lui a donnée.

Bonnet a modifié le procédé de Goyrand de la manière suivante: il incise au préalable le tissu cellulaire sous-cutané de façon à y préparer une *place* pour le corps étranger; il *divise* ce dernier en deux parties pour rendre plus faciles son déplacement et son absorption ultérieure. Le manuel opératoire diffère peu de celui de Goyrand.

Les accidents qui suivent quelquefois ces opérations ont motivé d'autres procédés. Velpeau a proposé de *triturer* le corps étranger resté en place, en le coupant en tous sens avec la lame du ténotome; Bonnet a étendu cette méthode et l'a réservée exclusivement aux corps étrangers *extra-articulaires*. D'autres chirurgiens ont préféré *fixer* le corps étranger dans un point de l'articulation où il n'occasionne plus de douleurs pendant l'exercice des mouvements. Ainsi Jobert a cherché à provoquer des adhérences autour du corps étranger en y enfonçant à travers les parties molles plusieurs épingles qu'on laisse à demeure pendant quinze jours. Dufresse-Chassaigne introduit dans le même but une aiguille fine à cataracte sous la peau et jusqu'à la synoviale, qui est lacérée autour du corps étranger; une bandelette étroite de diachylon est ensuite serrée autour du corps étranger, pour le maintenir en rapport direct avec la portion de synoviale que l'instrument a divisée. A. Dumoulin a proposé d'embrasser toute la portion de capsule et de synoviale qui entoure le corps étranger au moyen d'une ligature *sous-cutanée*.

## ARTICLE V.

## Tumeurs fongueuses des articulations.

Les tumeurs fongueuses des articulations sont constituées par une matière molle, rougeâtre, pénétrée de vaisseaux, qui se rompt facilement entre les doigts, comme la couenne inflammatoire du sang.

**Anatomie pathologique.** Les fongosités forment le principal élément

morbide de ces tumeurs; c'est donc par l'étude de cette production qu'il faut commencer.

Les *fongosités* sont composées par une matière molle, rouge, semblable aux bourgeons charnus des plaies, parcourue d'un nombre plus ou moins considérable de petits vaisseaux capillaires. Cette matière peut être assez facilement détachée, soit de la surface des membranes, soit de l'épaisseur des parenchymes où elle est infiltrée. D'après les recherches de Bonnet, elle est composée de fibrine et de sérosité du sang, pénétrée de vaisseaux capillaires. Les fongosités se développent tantôt dans tous les tissus qui entrent dans la composition d'une articulation, synoviale, os, cartilages, ligaments, tissu cellulaire; tantôt elles occupent de préférence un seul de ces tissus. Lorsqu'elles prennent leur point de départ dans la syno-

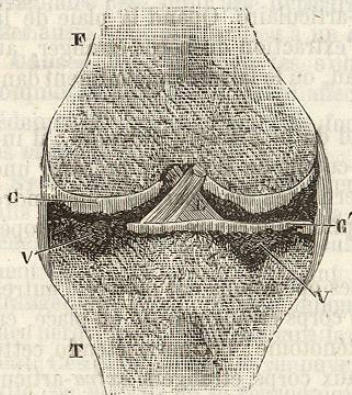


Fig. 134. Coupe verticale de l'articulation du genou, pour montrer les fongosités articulaires. CC, cartilages diarthrodiaux. L, ligaments croisés. F, fémur. T, tibia. V, fongosités de la synoviale ayant détruit une portion du cartilage articulaire C et envahi le tissu osseux subjacent. En V se voient des fongosités qui ont pris leur point de départ dans le tissu osseux de l'épiphyse et envahi le cartilage.

viale, elles envahissent successivement les cartilages (v, fig. 134), les ligaments, les extrémités osseuses, le tissu cellulaire profond, les muscles et même la peau. Se forment-elles, au contraire, dans les extrémités osseuses (voy. p. 421), elles peuvent détruire la substance osseuse dans une grande étendue sans que l'articulation elle-même soit nécessairement affectée. D'autres fois, en même temps qu'il se développe des fongosités de la synoviale, il se forme une végétation fongueuse indépendante au-dessous du cartilage (v, fig. 134), entre ce dernier et l'os; les deux végétations vont à la rencontre l'une de l'autre et le cartilage devient mobile entre les deux couches de fongosités.

Indépendamment des fongosités proprement dites, on trouve dans les tumeurs fongueuses des articulations de la sérosité ou du pus épanchés dans la synoviale ou infiltrés dans le tissu cellulaire fongueux; les muscles placés au-dessus et au-dessous de l'articulation sont moins volumineux, pâles; le tissu spongieux des extrémités osseuses articulaires est ramolli et absorbé, la lame compacte qui recouvre ce tissu est amincie et se laisse pénétrer facilement par un scalpel.

Quel que soit le siège des fongosités, ces productions morbides ont pour conséquence de produire l'absorption des tissus au milieu desquels elles se développent; elles se substituent à ces tissus et en déterminent le ramollissement.

Les fongosités ne sont autre chose qu'un des modes de transformation de la lymphe plastique qui leur donne naissance. Bonnet les considère comme formées de lymphe plastique arrivée et arrêtée à cette période de son organisation où elle est encore molle et pénétrée de vaisseaux. Ce qui

vient à l'appui de cette opinion, c'est que, dans les tumeurs fongueuses qui guérissent, ces mêmes fongosités, parcourant les autres périodes d'évolution de la lymphe plastique organisée, se transforment en tissu cellulaire et en tissu fibreux (voyez l'article *Tumeurs blanches*).

**Causes.** On peut les diviser en prédisposantes et en efficientes. Les premières suffisent souvent pour produire une tumeur fongueuse; ce sont: une constitution scrofuleuse, la transmission de la diathèse rhumatismale ou tuberculeuse des parents aux enfants, une mauvaise alimentation, le séjour dans des habitations malsaines, des refroidissements répétés. Les violences extérieures de toute sorte, le refroidissement, la convalescence ou la période de déclin d'une fièvre éruptive sont des causes occasionnelles.

**Symptômes.** Cette affection se présente sous la forme d'une tumeur occupant toute la circonférence d'une articulation, en forme de boule, assez bien limitée et circonscrite par l'étendue de la synoviale, de consistance molle, pâteuse et offrant même une sensation de fluctuation fautive qui en a imposé plus d'une fois pour l'existence d'un liquide dans l'article. La peau qui recouvre la tumeur est en général exempte d'altération. A moins que la maladie ne s'accompagne des phénomènes d'une arthrite aiguë, les malades ne ressentent pas de douleurs, ou ils éprouvent des douleurs médiocres; les mouvements de l'article sont peu gênés; il n'existe pas de fièvre.

Les tumeurs fongueuses se terminent de diverses manières: elles peuvent guérir par la transformation des fongosités en tissu fibreux, ce qui donne lieu à une ankylose; ou bien les ligaments articulaires, ramollis par l'infiltration des fongosités dans leur tissu, ne maintiennent plus les surfaces articulaires dans des rapports intimes, d'où la possibilité d'un déplacement de ces surfaces, c'est-à-dire la production d'une luxation consécutive (voy. *Luxations consécutives*, p. 587). Dans des cas plus graves, les fongosités s'infiltrant de pus, ou bien encore ce liquide s'épanche dans la synoviale, ce qui donne lieu à la formation d'un abcès froid intra-articulaire avec toutes les conséquences fâcheuses qui seront exposées plus tard (voy. *Abcès froids articulaires*, p. 585).

**Diagnostic.** Les tumeurs fongueuses des articulations se distinguent des *hyarthroses* et des *abcès froids* intra-articulaires par l'absence d'une fluctuation véritable; des *arthrites chroniques* avec production de tissu fibreux et lardacés, par leur mollesse et leur volume plus considérable, leur tendance à suppurer, leur prédilection pour les enfants et les jeunes gens scrofuleux (voy. *Arthrite chronique*, p. 574). Il est facile de comprendre que les caractères différentiels que nous venons d'indiquer sont toujours difficiles à apprécier dans les tumeurs fongueuses des articulations profondes, telles que la hanche, l'épaule, etc., ce qui en rend le diagnostic douteux.

Il ne suffit pas de reconnaître l'existence d'une tumeur fongueuse articulaire; il est possible, dans quelques cas, de déterminer le siège précis des fongosités. Celles qui occupent la synoviale forment une tumeur molle ayant précisément la forme et les limites de la séreuse articulaire; celles qui se forment dans les cartilages donnent lieu à une sensation de crépi-

tation perçue pendant les mouvements de l'article et persistant jusqu'à l'époque où les cartilages sont complètement remplacés par ces fongosités; celles qui envahissent les ligaments articulaires produisent un relâchement de ces liens fibreux, d'où la possibilité de faire exécuter à l'articulation malade des mouvements anormaux, et plus tard la production de déplacements des surfaces articulaires quand les ligaments sont détruits; celles qui infiltreront le tissu cellulaire sous-cutané sont caractérisées par des masses molles, pâteuses, reconnues par le toucher au-dessous de la peau, qui perd sa mobilité. Bonnet croit qu'il est possible de soupçonner l'infiltration du pus au milieu des fongosités, lorsque la constitution du malade est détériorée, qu'il existe des abcès ou des tubercules dans d'autres parties du corps, que la peau recouvrant la tumeur fongueuse est pâle et aride. Si les fongosités sont accompagnées d'un abcès froid intra-articulaire, il existe d'autres signes qui seront exposés plus loin (voy. *Abcès froids des articulations*).

**Pronostic.** Il est toujours grave: en admettant que la tumeur guérisse, les malades sont le plus souvent affectés d'ankylose; trop souvent aussi la suppuration qui se forme, l'ulcération des cartilages, la production de luxations consécutives aggravent l'état local et réagissent d'une manière fâcheuse sur la santé générale.

**Traitement.** Il est général et local.

S'il est démontré que les tumeurs fongueuses des articulations se développent sous l'influence d'un séjour dans des habitations humides, mal aérées, non exposées au soleil, d'une diathèse scrofuleuse, on conçoit la nécessité d'éloigner le malade des conditions de localité où il se trouve, et de chercher à modifier la constitution par l'usage de vêtements chauds, l'administration de bains d'eaux sulfureuses et salines, telles que les eaux de Barèges, d'Allevard, de Bourbonne-les-Bains, l'hydrothérapie, etc., l'emploi de sudorifiques et de purgatifs, l'usage longtemps prolongé de l'huile de foie de morue, des préparations iodées, des toniques, etc.

*Il faut aussi se rappeler que rien n'est plus contraire à l'état général et à l'état local du malade que de le condamner au repos absolu.* On recommandera donc au patient l'exercice en plein air, en facilitant la marche au moyen d'un appareil qui immobilise l'articulation malade pendant la déambulation. La jointure elle-même sera soumise à des mouvements gradués pour ne pas en affaiblir la vitalité et pour prévenir l'ankylose. Toutes les fois que le membre a déjà pris une mauvaise direction ou que le malade est menacé d'une luxation consécutive, on fera usage d'un appareil qui maintienne les rapports normaux des surfaces articulaires. Dans le but de guérir l'affection locale, on emploie la compression, le massage, les douches en colonnes sur l'articulation, les fumigations sèches avec du camphre, des poudres aromatiques, de l'iode, ou les fumigations humides avec des plantes aromatiques infusées dans du vin; si ces moyens sont insuffisants, on étend sur toute la jointure des pommades propres à déterminer une vive irritation de la peau, telles que la pommade au nitrate d'argent, la pommade iodée. Les vésicatoires volants réitérés, la cautérisation trans-

currente ou ponctuée agissent à la fois comme révulsifs et comme modificateurs de l'altération dont l'articulation est le siège.

## ARTICLE VI.

## Abcès froids des articulations.

**Anatomie pathologique.** Les lésions propres aux articulations affectées d'abcès froid varient aux diverses périodes de la maladie. Tant que la synoviale n'est pas perforée, il existe dans la cavité de la séreuse articulaire un pus blanc, séreux, peu consistant, mêlé de grumeaux blanchâtres et quelquefois de sang. La face interne de la synoviale est recouverte d'une couche mince de fausses membranes infiltrées de pus ou de matière tuberculeuse. Les fibro-cartilages et les cartilages articulaires sont absorbés; les surfaces osseuses deviennent rugueuses, inégales, dures. A une époque plus avancée, la synoviale distendue par le pus se perfore et le liquide s'infiltré dans le tissu cellulaire ambiant, en décollant les espaces intermusculaires à une distance plus ou moins grande. Plus tard enfin ces abcès s'ouvrent à l'extérieur et se convertissent en trajet fistuleux.

**Causes.** Chez les individus qui succombent aux suites d'un abcès froid articulaire, on rencontre souvent des tubercules pulmonaires. Il semble donc qu'il y ait une certaine relation entre le développement de ces abcès et la diathèse tuberculeuse ou strumeuse. La formation des abcès est favorisée par l'influence des mauvaises conditions hygiéniques identiques à celles qui ont été signalées pour les tumeurs fongueuses.

**Symptômes.** Tantôt la maladie débute par des douleurs plus ou moins vives et une gêne dans les mouvements de l'articulation, tantôt elle se développe d'une manière latente, et ce n'est qu'à l'époque où la synoviale est distendue par l'accumulation d'une certaine quantité du liquide que l'on soupçonne la présence du pus. L'abcès froid se présente alors avec les caractères que nous avons précédemment exposés à l'histoire de l'hydarthrose (p. 573).

**Marche. Terminaisons.** Les abcès froids articulaires se comportent comme les abcès froids des autres organes. L'accumulation graduelle du pus distend de plus en plus la synoviale, et celle-ci finit par se rompre; le pus se fraye un passage dans le tissu cellulaire, et il se forme un abcès périarticulaire, qui à son tour s'ouvre plus tard à l'extérieur, après avoir produit une inflammation ulcéralive de la peau. L'abcès froid une fois ouvert, les phénomènes ultérieurs varient: tantôt les malades présentent tous les symptômes d'une résorption putride et ne tardent pas à succomber; tantôt ils échappent à ces graves accidents, mais ils sont exposés à une suppuration abondante, et ils meurent de fièvre hectique.

**Diagnostique.** Tant que l'abcès articulaire est contenu dans la synoviale, il est difficile de le distinguer d'une hydarthrose. Bonnet conseille, pour arriver au diagnostic différentiel, de tenir compte des lésions locales concomitantes et de l'état général du sujet. D'après lui, il faut avoir égard à la

coexistence d'abcès froids dans d'autres régions, à l'ulcération des cartilages, au ramollissement des ligaments articulaires et surtout à la détérioration de la constitution, caractérisée par la maigreur, la pâleur et l'aspect terreux de la face; la gracilité des membres; la sécheresse, l'aridité et la chaleur de la peau du corps, l'abondance de la transpiration au moindre exercice, des accès de fièvre et des frissons passagers dans plusieurs régions du corps. Lorsque l'abcès a perforé la synoviale et que le pus forme une collection dans le tissu cellulaire sous-cutané, il est facile de reconnaître l'existence d'un abcès froid aux caractères précédemment indiqués (p. 104); il l'est moins de déterminer si le foyer communique ou non avec l'articulation; on aura égard aux commémoratifs, au gonflement et à l'empâtement général de l'articulation, aux altérations des surfaces articulaires. Enfin, quand l'abcès s'est ouvert à l'extérieur et s'est converti en fistule, on peut hésiter entre une altération des os et une maladie articulaire; une exploration prudente, à l'aide du stylet, des trajets fistuleux, l'examen de l'articulation à l'état de repos et pendant les mouvements communiqués, suffiront souvent pour dissiper toute incertitude.

**Pronostic.** Les abcès froids articulaires sont graves, non-seulement en raison de l'altération locale qui en est le point de départ, mais encore de l'altération de la constitution qu'offrent les sujets atteints de cette lésion.

**Traitement.** Il convient de modifier l'état général du malade en se basant sur les données qui ont été exposées à l'article *Tumeurs fongueuses*: séjour dans des appartements secs, bien aérés et exposés au midi, exercice en plein air et au soleil; alimentation avec des viandes noires et grillées, quand les forces digestives sont conservées; avec le lait d'ânesse, les féculs nourrissantes, sagou, salep, orge, quand il y a fièvre et faiblesse digestive. Pravaz a proposé l'usage de bains d'air comprimé pour suppléer à l'exercice chez les sujets tellement affaiblis qu'ils ne peuvent sortir du lit. On fera usage des toniques unis aux légers excitants: le quinquina, la gentiane, le café de glands de chêne, le quinquina associé à l'écorce d'oranges, etc.

Lorsque l'abcès a acquis un volume assez considérable pour qu'on soit en droit de craindre une rupture de la synoviale, il faut évacuer le pus contenu dans la cavité articulaire, en prenant la précaution d'empêcher l'entrée de l'air dans le foyer. Nous avons exposé précédemment (p. 111) les différentes méthodes préconisées dans ce but. Il est à peine besoin de rappeler que l'évacuation simple du pus est un traitement purement palliatif, attendu que le liquide ne tarde pas à se reproduire. On a essayé de modifier la face interne de la synoviale par des injections irritantes et en particulier par des injections avec la teinture d'iode. Cette méthode a fourni quelques succès; elle mérite d'être expérimentée de nouveau. Les mêmes injections de teinture d'iode ont été faites après l'ouverture spontanée des abcès froids articulaires, pour prévenir les phénomènes de résorption putride et pour obtenir la cicatrisation des trajets fistuleux qui en sont la conséquence.

Il arrive souvent qu'après l'ouverture des abcès froids articulaires la suppuration devient très-abondante et le malade s'affaiblit tous les jours.

En cas pareil, la suppuration est presque toujours entretenue par les altérations des surfaces articulaires; on compterait inutilement sur l'élimination spontanée des os nécrosés; pour soustraire le malade au péril d'une mort prochaine, il ne reste alors d'autre ressource qu'une *résection* des surfaces articulaires ou une *amputation* du membre, opérations toujours graves et qu'il ne faut entreprendre que lorsqu'on s'est convaincu par une exploration attentive qu'il n'existe pas de tuberculisation générale.

## ARTICLE VII.

## Déplacements consécutifs des articulations.

Il arrive souvent, chez les sujets atteints d'arthrite chronique, de tumeurs fongueuses, d'abcès froids articulaires, que les surfaces osseuses correspondantes cessent d'être maintenues dans leurs rapports normaux et qu'elles se déplacent dans des directions variées. Ce déplacement a été désigné sous le nom de *luxation spontanée*, de *déplacement consécutif des articulations* (Bonnet), de *luxation pathologique* (Malgaigne). Tantôt il est dû à un affaissement des surfaces articulaires (déplacement par *compression*), tantôt il est le résultat d'une véritable luxation (*luxation consécutive*).

1° *Déplacements par compression.* Ils se rencontrent dans les régions dorsale et lombaire de la colonne vertébrale, lorsqu'un seul ou plusieurs corps de vertèbres ont été détruits par une affection tuberculeuse du rachis; à l'articulation de la hanche, quand la tête du fémur a traversé la cavité cotyloïde ulcérée par des fongosités; au genou, lorsque les condyles externes du fémur et du tibia ulcérés et pressés l'un contre l'autre se sont affaissés. Tous ces déplacements sont la conséquence du ramollissement et de la destruction des os, sous l'influence des lésions décrites précédemment; ils sont favorisés par la compression que transmet le poids du corps, ou par les mauvaises positions que prennent les malades. D'après cela, on comprend qu'il est impossible de les faire cesser une fois qu'ils sont accomplis; on ne peut que les prévenir, en donnant aux os une position convenable, en prévenant les pressions trop fortes exercées dans certains points par les os les uns sur les autres, au moyen d'appareils spéciaux adaptés à l'articulation malade.

2° *Luxations consécutives.* Toutes les articulations peuvent en être affectées; ces déplacements sont la conséquence de l'altération des moyens d'union des os, tels que le ramollissement et l'ulcération des ligaments ou des rebords osseux par des fongosités, des suppurations, des tubercules; il faut y ajouter, comme causes occasionnelles, tous les efforts qui tendent à déplacer les os, le poids du corps, la contraction musculaire, les mauvaises positions que prennent les malades.

Les luxations consécutives se font en divers sens, tout comme les luxations