

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'empatement 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

tions traumatiques; leurs symptômes et leur diagnostic rentrent donc dans l'histoire générale des luxations.

Pour prévenir ces luxations, il faut maintenir les membres dans une bonne position, éviter les pressions nuisibles et combattre l'affection articulaire qui tend à les produire. Lorsque la luxation est effectuée, il est préférable de l'abandonner plutôt que de chercher à en obtenir la réduction.

ARTICLE VIII.

De l'ankylose.

L'ankylose est un état morbide d'une articulation qui s'oppose à l'exercice d'une partie ou de la totalité de ses mouvements. Dans le premier cas, elle est dite *incomplète*, et dans le second *complète*.

Anatomie pathologique. Les lésions que présentent les articulations atteintes d'ankylose sont variables : les tendons et les muscles qui entourent la jointure sont souvent rétractés par suite de l'immobilité et des positions vicieuses longtemps prolongées; d'autres fois les tissus fibreux périarticulaires sont indurés et épaissis; le tissu cellulaire peut être aussi induré; des brides ou des cicatrices maintiennent les surfaces articulaires dans une position vicieuse; les ulcérations des surfaces articulaires rendent quelquefois les articulations roides ou immobiles, sans qu'il y ait d'adhérences intra ou extra-articulaires, soit parce que ces surfaces ont perdu leur poli, ce qui les empêche de glisser l'une sur l'autre, soit parce qu'elles ont été en partie détruites et qu'elles sont engrenées solidement l'une et l'autre. Le plus souvent l'ankylose est due à la production d'adhérences entre les surfaces articulaires, et ces adhérences sont tantôt *cellulo-fibreuses*, tantôt *osseuses*. Dans le premier cas, les extrémités osseuses, dépouillées de cartilages, sont réunies à l'aide d'un tissu fibreux, à la manière des articulations amphiarthrodiales, d'où le nom d'*ankylose par amphiarthrose* (Cruveilhier). Dans le second, tantôt les surfaces articulaires ne sont pas soudées entre elles; les cartilages inter-articulaires peuvent persister, les extrémités articulaires sont réunies entre elles par une gaine osseuse étendue d'un os à l'autre (*ankylose périphérique ou par invagination*); tantôt les surfaces articulaires sont soudées ensemble et tellement confondues, qu'il est impossible de faire la part de chacune des extrémités qui ont subi une perte de substance plus ou moins considérable (*ankylose par fusion*).

Causes. L'ankylose affecte rarement plus d'une articulation à la fois. On a vu dans quelques cas rares toutes les articulations soudées chez le même individu. Toutes les affections articulaires accompagnées d'une sécrétion de lymphe plastique pouvant devenir successivement fibreuse, cartilagineuse ou osseuse, donnent lieu à l'ankylose : telles sont les inflammations aiguës ou chroniques, les tumeurs fongueuses, les abcès froids articulaires, l'ulcération des surfaces articulaires. L'immobilité prolongée d'une jointure suffit-elle pour produire l'ankylose? Cette question a été vivement débattue dans ces dernières années. Cruveilhier, Malgaigne et Kunholtz l'ont

résolue par la négative; les observations de Teissier (de Lyon), celles de Bonnet, par l'affirmative. Ainsi Teissier a rencontré des ankyloses *fibro-celluleuses* et *fibro-cartilagineuses* chez des individus condamnés à une immobilité de quinze à vingt-deux mois pour des fractures du membre inférieur.

Diagnostic. On reconnaît l'ankylose aux difficultés ou à l'impossibilité qu'éprouve un malade pour faire exécuter des mouvements à une articulation, aux obstacles que le chirurgien lui-même rencontre dans ces manœuvres bien dirigées. Cette exploration permet d'apprécier le degré de fixité des rapports que les os ont contractés entre eux; elle est plus facile, en anesthésiant au préalable le malade, parce qu'on se débarrasse ainsi de la contraction musculaire que provoque la douleur ou la crainte de la douleur. Il est facile de voir de cette manière si l'ankylose est complète ou incomplète; il faut ensuite rechercher la nature de la lésion ou des lésions qui produisent l'ankylose, et c'est ici que le diagnostic différentiel présente des difficultés sérieuses. Si les mouvements sont possibles dans un sens et s'ils ne peuvent être opérés dans le sens opposé, l'ankylose est due probablement à une rétraction musculaire, ou à une induration du tissu cellulaire d'un des côtés de l'article. Toutes les fois qu'on peut imprimer à la jointure des mouvements même très-bornés, on est assuré qu'il n'existe pas d'ankylose *osseuse*; mais il importe de se rappeler qu'une ankylose *fibreuse* peut être assez serrée pour ne permettre aucun mouvement.

Pronostic. Il est toujours grave; l'ankylose *complète* est le plus souvent incurable; s'il est possible, dans quelques cas d'ankylose *fibreuse*, de faire disparaître la difformité, il est à peu près impossible de compter sur le retour des mouvements de la jointure. Les simples roideurs articulaires offrent plus de ressources.

Traitement. 1° L'ankylose *incomplète*, celle qui est la conséquence d'une roideur des ligaments et des tendons, d'une production accidentelle de tissus fibreux doués d'une certaine laxité, peut être améliorée par les mouvements artificiels imprimés au membre au moyen d'appareils que le patient lui-même fait mouvoir, ou par des appareils qui exercent sur l'articulation une extension continue, les douches de vapeur, d'eau chaude ou d'eau froide dirigées sur l'article.

2° L'ankylose *complète*, dans laquelle les surfaces articulaires sont maintenues rapprochées intimement par des adhérences *fibreuses*, ne peut être guérie que par la *rupture* de ces adhérences. Cette rupture, depuis longtemps abandonnée, a été remise en honneur, il y a quelques années, par Louvrier, puis proscrite de nouveau, en raison des accidents graves qui étaient survenus. Néanmoins les tentatives de ce genre ont été continuées et perfectionnées par Dieffenbach, Palasciano (de Naples) et Bonnet (de Lyon). L'ankylose peut être rompue, soit avec les mains, soit avec des machines spéciales; pour faciliter cette rupture, on peut pratiquer au préalable la section de certains muscles; ainsi Palasciano a fait la division sous-cutanée du triceps crural au-dessus de la rotule, dans les ankyloses du genou avec flexion de la jambe. Bonnet a fait des sections sous-cutanées

à la hanche et au coude dans le but de relâcher les muscles qui s'opposent au redressement de l'articulation par leur état de tension. Une fois ces premiers obstacles vaincus, on procède à la rupture proprement dite. Palasciano a réussi dans l'ankylose du genou, en *fléchissant* la jambe sur la cuisse; ce procédé paraît préférable à l'extension immédiate. Bonnet recommande de ne pas redresser le membre immédiatement après la rupture des adhérences, mais de l'assujettir par des appareils convenables dans la position vicieuse où il était avant l'opération jusqu'à la disparition des phénomènes inflammatoires, et de procéder au redressement graduel après cette période.

Ces modifications dans le procédé opératoire rendent la rupture de l'ankylose moins grave; elles permettent même d'arriver à quelques bons résultats dont il ne faut pas cependant s'exagérer l'importance. Tout ce qu'il est possible d'obtenir dans les cas les plus favorables, c'est un redressement complet du membre, et, par conséquent, la disparition d'une difformité; il ne faut jamais compter sur le retour des mouvements dans l'article.

3° L'ankylose par *soudure osseuse* ne comporte pas l'application de la méthode précédente, qui exposerait à produire des délabrements considérables et probablement une fracture comminutive; et cependant, quand l'ankylose occupe le membre inférieur et qu'elle a donné au membre une direction vicieuse, elle s'oppose à la marche. C'est pour des cas de ce genre que Rhea Barton (de Philadelphie) a imaginé quelques opérations ingénieuses, mais tellement graves que ces tentatives n'ont trouvé qu'un petit nombre d'imitateurs. Ainsi, dans une ankylose du genou, le chirurgien américain a pratiqué l'excision cunéiforme d'une portion de l'extrémité inférieure du fémur au-dessus de l'articulation. La perte de substance faite au corps de l'os était plus forte en avant qu'en arrière, de telle façon qu'après cette résection, lorsqu'on affrontait exactement les fragments, la jambe reprenait la position rectiligne. Dans une ankylose de la hanche, le même chirurgien a fracturé l'extrémité supérieure du fémur pour obtenir une fausse articulation au-dessous de l'articulation coxo-fémorale.

D'autres chirurgiens préfèrent agir sur l'articulation elle-même: B. Langenbeck a proposé de pratiquer la section sous-cutanée de l'articulation ankylosée; Butcher, Fergusson, Gibson, Textor, etc., ont exécuté la résection des surfaces articulaires. Dans les deux cas, on cherche à établir une pseudarthrose, en imprimant des mouvements au membre, en maintenant éloignées l'une de l'autre les surfaces osseuses, ou en interposant entre elles un lambeau de muscle ou de tout autre tissu.

ARTICLE IX.

Arthralgies hystériques.

On a donné cette dénomination à une affection caractérisée par une *contracture douloureuse* des muscles qui entourent une articulation, sans que celle-ci présente d'altération. Le nom d'*arthralgie* est donc impropre, et la

même réflexion s'applique aux appellations suivantes: *arthralgies hystériques*, *maladies hystériques nerveuses des articulations*, *névralgies des jointures*.

La maladie se rencontre surtout à la hanche, où elle a été désignée sous le nom de *coxalgie hystérique*; au genou, plus rarement aux autres jointures.

Causes. L'arthralgie hystérique se développe surtout chez les adolescents, notamment chez les jeunes filles d'une mauvaise santé habituelle, d'un tempérament nerveux, atteintes de chloro-anémie, et surtout d'attaques d'hystérie. Les adultes affectés d'hypocondrie y sont aussi exposés. On cite comme circonstances occasionnelles des coups, des chutes, des refroidissements. On a observé la maladie pendant la convalescence de la fièvre typhoïde et de la rougeole.

Symptômes. L'affection débute d'une façon brusque. Le malade accuse une douleur au niveau d'une jointure, de la hanche par exemple; cette douleur se propage à tout le membre, principalement le long des muscles contracturés et nullement le long du trajet des nerfs. Elle est vive et présente des exacerbations; tantôt elle est calmée quand on exerce sur l'articulation une pression augmentée par degrés; tantôt elle est exaspérée par un simple attouchement. La jointure est immobile; ni le malade ni le chirurgien ne peuvent lui imprimer de mouvements, et il est facile de reconnaître que cet état de fixité est dû à la contracture des muscles qui entourent l'articulation. Quand la contracture et la douleur cessent, l'articulation reprend ses mouvements en partie ou en totalité, et c'est ainsi que des sujets atteints de *coxalgie hystérique* peuvent par intervalles se lever et même marcher sans boiter. De la contracture des muscles périarticulaires résulte non-seulement l'état de fixité de l'articulation, mais encore une situation spéciale du membre subordonnée aux muscles contracturés. A la hanche, tantôt la cuisse est fléchie, tantôt elle est étendue; de là une attitude spéciale du sujet et des changements dans la longueur apparente du membre, phénomènes présentant des changements d'un jour à l'autre, d'après le degré de spasme des muscles périarticulaires. Quelques malades accusent des tressaillements convulsifs du membre, accompagnés ou non de douleur.

Marche. Terminaisons. Les arthralgies hystériques présentent des périodes de rémission ou d'intermittence complète; après la guérison, les récurrences sont communes. En général, l'affection se termine d'une manière heureuse et les fonctions du membre sont recouvrées.

Diagnostic. On peut confondre la maladie avec une arthropathie vraie; ainsi la coxalgie hystérique simule la véritable coxalgie. On a conseillé, dans les cas douteux, de soumettre le patient à l'anesthésie; de cette manière, on fait cesser momentanément la rigidité des muscles, et on s'assure si l'articulation est en bon état, c'est-à-dire si elle a conservé tous ses mouvements, si pendant l'exercice de ceux-ci il n'y a pas de craquement. Avant de recourir au chloroforme, dont l'emploi peut être contre-indiqué, on tiendra compte, pour le diagnostic, des caractères propres à la maladie, c'est-à-dire la nature des douleurs ressenties par le malade, les variations d'attitude et de longueur du membre subordonnées aux oscillations de

la contracture des muscles périarticulaires, l'âge, le sexe, le tempérament du sujet, l'existence d'une affection hystérique.

Pronostic. Il est généralement peu grave; l'affection guérit communément après une durée plus ou moins longue. On n'oubliera pas qu'elle est sujette à récidiver.

Traitement. Il est général et local.

L'arthralgie hystérique se développant communément sous l'influence d'un état général de l'organisme, il faut combattre celui-ci par les anti-spasmodiques, les toniques, les ferrugineux, l'hydrothérapie, les eaux sulfureuses et alcalines. Lorsque les malades accusent des douleurs vives, on a recours aux topiques calmants et narcotiques. On a préconisé, dans la coxalgie hystérique, le *massage* méthodique de la hanche, le redressement brusque du membre pendant le sommeil provoqué par le chloroforme, et des mouvements étendus de l'articulation afin d'assouplir les muscles contracturés. Pour faciliter la déambulation, on applique sur le membre un des appareils que nous ferons connaître en décrivant la coxalgie.

ARTICLE X.

Des tumeurs blanches des articulations.

Sous ce nom générique on désigne des phlegmasies articulaires, à marche chronique, qui, bien que de cause, de siège et de nature différentes au début, finissent néanmoins, après un temps plus ou moins long, par attaquer toutes les parties constituantes d'une articulation, et présentent alors comme caractères communs un gonflement plus ou moins considérable de toute la jointure, avec conservation de la couleur blanche normale de la peau qui la recouvre, tendance à la suppuration et à la formation de fongosités.

Les tumeurs blanches débutent tantôt par les parties dures; on voit d'abord une ostéite, une carie, une nécrose, des tubercules, etc., des extrémités osseuses concourant à former l'articulation, et ce n'est que plus tard que surviennent les lésions des parties molles, synoviale, capsule articulaire, cartilages, ligaments, etc. D'autres fois, au contraire, la maladie commence par les parties molles et envahit consécutivement les os. Dans tous les cas, l'affection se propage plus ou moins rapidement du tissu par lequel elle a commencé à ceux qui l'avoisinent. Tant que l'os seul est malade, ou que les parties molles seules sont atteintes, il n'y a point, à proprement parler, de tumeur blanche; celle-ci n'est constituée que lorsqu'il existe à la fois des altérations des parties molles et des parties dures.

Causes. Toutes les articulations mobiles peuvent être le siège de tumeurs blanches. Assez rares dans les amphiarthroses, si on en excepte celles de la colonne vertébrale, elles sont surtout fréquentes dans les ginglymes (coude, poignet, genou) et dans les énarthroses (articulation coxo-fémorale); dans les arthrodies ainsi que dans les petites articulations des

doigts et des orteils, elles sont moins communes. On s'accorde généralement à reconnaître que les membres supérieurs en sont atteints beaucoup moins fréquemment que les membres inférieurs, qui, dans la station debout et surtout dans la marche, sont exposés à la fatigue, aux frottements, à la distension, et ont à supporter le poids du corps tout entier. C'est au genou et à la hanche que s'observe le plus souvent la tumeur blanche.

Chez un même malade, il n'est pas impossible de trouver plusieurs articulations atteintes à la fois. Lisfranc rapporte le fait d'un individu chez lequel les deux coudes et les deux genoux étaient affectés en même temps. Des cas de ce genre ne se rencontrent jamais que chez des sujets profondément scrofuleux.

Les tumeurs blanches appartiennent à tous les âges: un certain nombre de luxations congénitales ne sont que des tumeurs blanches développées pendant la vie intra-utérine (p. 561). Ces affections se rencontrent surtout chez les *enfants* et les *adolescents*; elles atteignent moins souvent les *adultes*, et plus rarement encore les *vieillards*. Le *sexe* ne paraît pas avoir d'influence bien évidente. A. Cooper, Brambilla, J.-L. Petit croient l'affection plus commune en Angleterre qu'en aucune autre contrée; Boyer affirme qu'elle se développe aussi bien dans les temps chauds et secs que dans les temps froids et humides; de telle sorte que, sans nier formellement l'influence que peuvent avoir sur la production des tumeurs blanches les conditions atmosphériques propres au climat d'Angleterre, (brouillard, froid humide, etc.) nous pensons néanmoins qu'il faut attribuer cette prédisposition plutôt à la constitution lymphatique particulière aux races saxonnes, qu'au milieu même dans lequel ces races vivent.

Brambilla divise les tumeurs blanches en *idiopathiques* et en *symptomatiques*. Lisfranc réserve le nom d'*idiopathiques* à celles que produit une violence extérieure, chez un individu d'ailleurs *sain et bien portant*. Ces tumeurs blanches, de cause externe, sont rares, à tel point que nombre de chirurgiens en ont contesté l'existence. La violence extérieure n'est habituellement qu'une cause déterminante à l'occasion de laquelle la maladie éclate. Le plus souvent en effet, les tumeurs blanches s'observent chez des sujets *faibles* ou *débilités* par des conditions hygiéniques mauvaises, par des excès, notamment la masturbation; ou à la suite de maladies graves, telles que fièvres éruptives, rougeole, scarlatine, dothiéntérie, diphthérie; elles se développent sous une influence diathésique évidente, syphilis, rhumatisme, goutte et surtout *scrofule*, à tel point que Bazin range la tumeur blanche parmi les accidents les plus ordinaires de la scrofule arrivée à sa période tertiaire. L'explosion de la maladie a lieu d'ordinaire, consécutivement à un léger traumatisme, un coup, une contusion, une entorse; chez un sujet sain l'accident n'a pas de suites, chez le sujet prédisposé il est le point de départ d'une maladie des plus graves.

La blennorrhagie (p. 568) a pu aussi, dans quelques cas, surtout chez des individus de constitution scrofuleuse, être le point de départ d'une arthrite qui ne tarde pas à dégénérer en tumeur blanche.

Anatomie pathologique. Dans une tumeur blanche confirmée, aucune