

Cela tient à ce qu'il existe souvent une douleur plus vive dans la jointure indemne de toute lésion que dans celle qui est malade. Nombre de coxalgiques passent pour avoir une affection du genou, parce qu'ils accusent de vives douleurs dans cette articulation et qu'ils ne se plaignent pas de la hanche. Nous indiquerons plus tard les moyens propres à éviter de pareilles erreurs (voy. *Coxalgie*).

La tumeur blanche étant reconnue, il reste à en déterminer la nature. L'examen de l'état général du sujet, ses antécédents, apprennent si la maladie est d'origine *scrofuleuse, rhumatismale, syphilitique*, etc. Il importe aussi de rechercher l'état des cartilages, des ligaments, des extrémités osseuses : quand les cartilages ont disparu en partie ou en totalité, on perçoit au toucher, et souvent même à l'oreille, des craquements durs, une sorte de crépitation, lorsqu'on imprime au membre des mouvements de flexion, d'extension et surtout de rotation autour de son axe ; dans ce cas la guérison ne s'obtient qu'avec ankylose osseuse. Une mobilité contre nature plus ou moins prononcée de la jointure indique la distension, l'amincissement, la destruction des ligaments ; il faut alors redouter les luxations et employer tous les moyens propres à les prévenir.

Pronostic. Il est toujours grave, parce que, alors même qu'on est assez heureux pour guérir le mal, il y a toujours *ankylose* ; que, dans bon nombre de cas, on est obligé d'en venir à l'amputation du membre ; qu'enfin, chez un certain nombre de sujets, il existe un état diathésique, notamment une tuberculisation générale, dont la maladie articulaire n'est qu'une des manifestations.

Traitement. Il doit être à la fois local et général :

Le traitement général a pour but de combattre la diathèse sous l'influence de laquelle est née la maladie. De là l'utilité des modificateurs généraux : l'iode et ses composés, l'huile de foie de morue ou de foie de raie, le fer, les toniques, les amers, les bains excitants, les douches de toutes sortes, seront mis en usage ; on se trouve parfois fort bien de l'emploi simultané de plusieurs de ces moyens ; on conçoit qu'ils doivent être variés suivant les cas. Souvent un séjour aux bains de mer ou à une station minérale est utile. Une alimentation réparatrice, les promenades et l'exercice au grand air sont indispensables. Mais si la tumeur blanche siège au membre inférieur, à la hanche, au genou, la marche est impossible ; il faut alors immobiliser le membre dans un appareil convenable et faire marcher le malade avec des béquilles ; qu'on se garde de le laisser s'étioler dans l'immobilité sur un lit. Par un exercice convenable le malade conserve ses forces, son embonpoint ; les fonctions digestives s'exécutent convenablement, il se trouve dans des conditions plus favorables pour résister à l'action débilitante de l'affection articulaire. Par le séjour au lit, il devient d'une maigreur squelettique, les fonctions digestives languissent ; l'appétit se perd, il y a dégoût profond pour les médicaments aussi bien que pour les aliments, plus tard une diarrhée colliquative que rien ne peut arrêter, et le malade meurt dans le marasme. Si, en raison de circonstances exceptionnelles, il était impossible de faire marcher le malade avec des béquilles, plutôt que de

le tenir immobile au lit, on le promène au grand air et au soleil dans un fauteuil roulant.

Les moyens locaux sont nombreux ; on a préconisé les antiphlogistiques, les résolutifs, les révulsifs, etc.

Au début, il faut chercher à combattre la douleur et à obtenir la résolution du gonflement articulaire. Si l'inflammation est vive, on a recours aux antiphlogistiques et aux émoullients, aux grands vésicatoires volants ; si elle a une marche subaiguë, on donne la préférence aux cautères volants, aux moxas, à la cautérisation ponctuée ou transcurante, à la compression, aux onctions avec une pommade iodurée. Si, dès le début, l'affection a une marche chronique, on emploie le massage, les douches d'eau froide et sulfureuses ; à une période plus avancée, lorsque le membre tend à prendre une position vicieuse, il faut redresser l'articulation et la maintenir dans cette nouvelle attitude, d'après les principes que nous avons développés page 569.

On immobilise le membre au moyen d'appareils, de gouttières, etc. Si on met en usage un appareil inamovible, on a soin de ménager des espaces ou fenêtres qui permettent d'avoir constamment sous les yeux certaines parties malades, de faire des pansements convenables, d'appliquer les moyens thérapeutiques spéciaux indiqués par l'état local. On peut encore recouvrir ces appareils d'enduits imperméables, (gomme de Dammar, silicate de potasse), ce qui permet de faire prendre des bains et de donner des douches au malade. Nous avons indiqué à la page 586 la conduite à tenir lorsqu'il se forme un abcès froid intra-articulaire.

Lorsque les médications précédentes ont échoué, que l'affection continue à faire des progrès, que la suppuration épuise le malade, il reste encore comme ressources l'amputation du membre ou la résection des surfaces articulaires, si cette dernière est possible. Une condition essentielle, dans les cas où l'on opine pour la résection, est d'avoir l'assurance d'enlever tout le mal. L'amputation mutile le malade, mais les suites en sont moins graves que la résection. La cicatrisation du moignon se fait rapidement après l'amputation ; après la résection, il faut un an, quinze, dix-huit ou vingt mois pour que les os soient soudés ; et pendant tout ce temps le malade, s'il est traité dans un hôpital, reste soumis à l'influence nosocomiale et exposé à l'érysipèle, l'infection purulente, la résorption putride ; la suppuration excessive l'épuise, et trop souvent il succombe.

Que l'on opine pour la résection ou pour l'amputation, il faut, avant de tenter une opération, s'assurer de l'état des organes respiratoires. La présence de tubercules dans le parenchyme pulmonaire n'est point une contre-indication absolue à l'intervention chirurgicale. Gerdy affirme avoir vu l'affection pulmonaire rétrocéder après l'amputation. D'un autre côté, on voit parfois la tuberculisation faire des progrès rapides après l'opération. L'état général du sujet, le tact chirurgical peuvent seuls décider l'opportunité de l'intervention active. Lorsque les tubercules pulmonaires sont ramollis, toute opération sanglante est contre-indiquée ; en supposant que l'opération réussisse, le malade sera débarrassé de la tumeur blanche, mais il n'en

mourra pas moins phthisique fort peu de temps après une mutilation qui elle-même l'expose à des accidents propres à hâter le terme fatal.

I. TUMEURS BLANCHES DES ARTICULATIONS OCCIPITO-ATLOIDIENNES ET ATLOIDO-AXOIDIENNES (TUMEURS BLANCHES SOUS-OCCIPITALES).

Causes. Les tumeurs blanches sous-occipitales sont surtout fréquentes dans l'enfance; à mesure qu'on avance en âge, elles deviennent plus rares, et ce n'est qu'exceptionnellement qu'on les rencontre chez les vieillards. Elles s'observent chez des individus atteints de diathèse scrofuleuse, rhumatismale, syphilitique; dans ce dernier cas, l'affection est parfois consécutive à des ulcérations profondes du pharynx, soit que les vertèbres aient été dénudées à la suite des progrès de ces ulcérations, ce qui est le cas le plus rare; soit qu'il y ait eu propagation de l'inflammation du pharynx aux os par contiguïté de tissu, ce qui est le plus commun. D'autres fois, ces tumeurs blanches succèdent à des violences extérieures, un coup porté sur la nuque par exemple; à des distensions violentes de l'articulation de l'atlas et de l'axis (fardeaux trop lourds portés sur la tête, suicide par pendaison, etc.).

Anatomie pathologique. Le plus souvent la maladie atteint d'abord l'articulation atloïdo-occipitale, et se propage ensuite à l'articulation axo-atloïdienne; d'autres fois elle commence par cette dernière, pour s'étendre à l'autre; en général les deux articulations sont prises à la fois. On peut alors constater diverses lésions: ostéite, carie, nécrose, tubercules du tissu osseux, altérations des cartilages, des disques intervertébraux, des muscles, de la peau, etc. Ces lésions ne diffèrent en rien de celles des autres tumeurs blanches; mais sous leur influence il en est d'autres qui surviennent consécutivement et qui par leur gravité sont dignes de toute l'attention du chirurgien. Ce sont d'abord des abcès, puis des déplacements des surfaces articulaires consécutifs à l'altération des ligaments; que cette dernière existe seule, ou qu'elle s'accompagne de lésions plus ou moins profondes des surfaces articulaires elles-mêmes.

1° *Abcès.* Il en est de plusieurs sortes: les uns, ce sont les plus rares, sont situés à la région postérieure du cou; ils se forment dans les parties molles au voisinage des articulations malades, sans avoir de communication avec la lésion osseuse. Le plus souvent, il existe des abcès *ossifluents* à la face postérieure du cou, auquel cas on peut, lorsqu'ils sont ouverts, en explorant avec précaution à l'aide d'un stilet, se convaincre qu'ils communiquent avec les os malades; ou bien la collection purulente fuse au-devant de l'arc antérieur de l'atlas, et vient faire saillie dans le tissu cellulaire rétro-pharyngien, où le toucher permet de constater la fluctuation. Dans certains cas, l'abcès se porte vers la partie supérieure du larynx, comprime ce dernier, et le malade est menacé de suffocation, s'il n'est promptement secouru. Dans d'autres cas encore, ces abcès fusent vers la poitrine, au-devant de la colonne vertébrale et jusque dans les régions dorsale et lom-

baire. Parfois le pus s'insinue entre les os et la dure-mère, dans le canal rachidien, détruit les enveloppes de la moelle, d'où une inflammation violente de ce cordon nerveux propagée à l'encéphale et une mort rapide. Dans d'autres cas enfin, l'abcès produit l'ulcération et la perforation de vaisseaux artériels et veineux situés au voisinage; le sang s'épanche dans la cavité rachidienne, et la mort survient par compression de la moelle.

2° *Luxations.* Le ramollissement des ligaments, leur destruction plus ou moins complète suffisent pour donner lieu à des déplacements, mais le plus souvent ces derniers ne se produisent que lorsque les cartilages et les os sont eux-mêmes altérés.

Ces luxations pathologiques peuvent se diviser en trois classes: luxations de l'occipital sur l'atlas; luxations de l'atlas sur l'axis; luxations des deux os à la fois; chacune de ces classes comprend un certain nombre de variétés.

(A) *Luxations de l'occipital sur l'atlas.* Elles sont rares: on n'a jamais constaté l'existence de la luxation, ni en *avant*, ni sur les *côtés* (Malgaigne). La luxation en *arrière* est la plus fréquente; viennent ensuite les luxations *obliques*, soit en *avant*, soit en *arrière*. La plupart de ces lésions n'ont été reconnues qu'à l'autopsie; une seule, sur le vivant, par Meyrieu; la tête était déviée à gauche, tandis que l'occipital était luxé en *avant* et à droite.

(B) *Luxations de l'atlas sur l'axis.* Elles se font presque toujours en *avant*; il en existe trois variétés: 1° *Des sublaxations par inclinaison:* cet accident survient brusquement, dans un mouvement de la tête en *avant*; les ligaments transverses et ondoïdiens sont rompus violemment, l'atlas s'incline sur l'axis; la moelle épinière est fortement comprimée par l'apophyse odontoïde, parfois même rompue, déchirée; la mort est immédiate comme dans la sublaxation traumatique (voy. p. 481). 2° *Des luxations bi-latérales ou par glissement,* qui s'opèrent lentement et progressivement: l'apophyse odontoïde se rapproche de l'arc postérieur de l'atlas *en se portant généralement un peu sur le côté* et non directement en *arrière*, comme dans la variété précédente; la moelle est comprimée, mais par degrés; l'affection peut durer longtemps sans entraîner la mort, malgré les progrès de la paralysie; dans certains cas, malgré le rapprochement excessif des deux os (4 millimètres entre l'apophyse odontoïde et l'arc postérieur de l'atlas), les malades guérissent avec une ankylose osseuse. Ollivier et Rousseau indiquent, comme signes propres à cette variété, la saillie de l'épine de l'axis immédiatement au-dessous de la protubérance occipitale, et une double déviation de la tête, qui est d'une part portée en *avant* et même rapprochée du sternum, de l'autre renversée en *arrière*. 3° *Des luxations unilatérales ou par rotation* qui sont les plus fréquentes. Un des condyles de l'atlas, demeurant à peu près fixe sur le condyle correspondant de l'axis, est le point central autour duquel tout le reste de l'os exécute le mouvement de rotation, de telle sorte que cette rotation ne peut s'exécuter sans que tout un côté de l'atlas soit porté en même temps en *avant*; de plus ce mouvement est extrêmement borné, et jamais il n'est aussi accentué que dans le mouvement normal de rotation de la tête. Les

ligaments transverses et odontoïdiens sont détruits ou allongés, et l'apophyse odontoïde se trouve reportée à la fois en arrière et de côté. On comprend facilement que parfois la compression de la moelle peut être portée à un très-haut degré. Quelquefois au contraire les ligaments sont conservés, l'apophyse odontoïde se brise à sa base, la moelle est comprimée entre l'arc postérieur de l'atlas et le corps de l'axis; mais cette compression est toujours moindre que quand l'apophyse odontoïde a résisté. 4^e Les luxations de l'atlas sur l'axis en arrière sont rares. La rupture de l'apophyse odontoïde semblerait devoir la faciliter; pourtant dans le seul cas de luxation en arrière relevé par Malgaigne, cette apophyse était intacte.

(C) *Luxations simultanées des deux os à la fois, c'est-à-dire de l'occipital sur l'atlas, et de l'atlas sur l'axis.* Elles sont peu fréquentes, on ne connaît que les exemples rapportés par Sandifort, Lawrence, Sarrau et Shaw. Dans ces cas les lésions décrites n'étaient point uniformes.

Symptômes. Au début, on constate une douleur plus ou moins vive, siégeant à la nuque avec des irradiations le long des nerfs sous-occipitaux; cette douleur augmente par la pression, et dans les mouvements de la tête. Bientôt survient un gonflement de la région: la dépression sous-occipitale normale disparaît; dans certains cas on arrive à reconnaître la tuméfaction en examinant le pharynx; la déglutition est difficile, douloureuse. Si le malade veut regarder de côté, il n'exécute plus seulement un mouvement de rotation de la tête, il se tourne tout d'une pièce par un mouvement de la totalité du tronc, la tête restant elle-même dans l'immobilité. Ces symptômes augmentent d'intensité, et il ne tarde pas à se former des abcès au pourtour des articulations malades. A cette période surviennent les déplacements articulaires, d'où résultent, du côté de la moelle, des accidents variables de compression, d'irritation spinale, de myélite, selon la nature de l'altération médullaire. Si la moelle est brusquement comprimée, la mort peut survenir immédiatement. Si au contraire la compression se fait progressivement, le malade ressent d'abord des fourmillements, des élancements douloureux dans les membres, il survient de la contracture avec ou sans accidents convulsifs, et des troubles divers de la sensibilité et de la motilité. Ces accidents vont en augmentant jusqu'à la paralysie complète des membres, de la vessie et du rectum. Dans d'autres cas, on voit apparaître tous les symptômes d'une inflammation aiguë de la moelle, inflammation qui ne tarde pas à se transmettre à l'encéphale; dans ces cas la mort est rapide. La maladie présente encore d'autres terminaisons: il se manifeste des accidents généraux graves: fièvre hectique, sueurs abondantes, diarrhée colliquative, de la toux, et le malade succombe dans le marasme; d'autres fois c'est par les progrès d'une tuberculisation pulmonaire; enfin il peut y avoir une semi-paralysie des muscles respirateurs, et la mort arrive par asphyxie lente. Nous avons dit plus haut (p. 604) qu'un abcès rétro-pharyngien peut comprimer la partie supérieure du larynx, d'où la mort par suffocation, si le malade n'est promptement secouru.

On a vu quelquefois la maladie se terminer par la guérison. J. Cruveilhier en a rapporté un exemple. Alors tous les symptômes s'amendent, la

suppuration se tarit peu à peu, et il y a ankylose, avec persistance de l'attitude vicieuse de la tête.

Diagnostic. Le torticollis, l'angine, le rhumatisme des muscles cervicaux, un abcès du cou, ont pu être confondus avec la tumeur blanche des premières vertèbres cervicales. Le plus souvent l'examen attentif des symptômes et de la marche de la maladie permettent d'éviter l'erreur.

Quand le déplacement articulaire s'est produit, il est le plus souvent impossible d'en déterminer l'espèce sur le vivant. Si les mouvements de rotation sont conservés, il y a lieu de supposer que l'articulation axo-atloïdienne est intacte, et que la tumeur blanche occupe principalement l'articulation atloïdo-occipitale.

Pronostic. Il est toujours grave.

Traitement. Les indications générales ne diffèrent pas de celles des autres tumeurs blanches (p. 602). Le traitement local a surtout pour but de prévenir les déplacements articulaires ou de les corriger s'ils se sont déjà produits. Pour prévenir les déplacements, la position seule peut suffire; on recommande au malade le décubitus dorsal, sur un matelas de crin, supporté par une planche dans toute son étendue, la tête placée dans le même plan que le reste du corps, maintenue de chaque côté par des coussins et des oreillers. Ce moyen est propre non-seulement à empêcher les déplacements, mais encore à arrêter les progrès de la maladie. On peut aussi mettre en usage divers appareils: celui de Malgaigne est un collier consistant en deux plaques circulaires suffisamment rembourrées, l'une appuyant sur les épaules, l'autre soutenant le menton et la nuque, et réunies par quatre tiges métalliques que l'on peut allonger ou raccourcir au moyen d'une vis. On a aussi conseillé l'usage d'un collier en gutta-percha fendu et lacé en arrière, exactement moulé sur les parties. Quand la luxation s'est produite, on peut en tenter le redressement, soit à l'aide de coussins pressant en sens opposé, en combinant les pressions avec l'influence du poids de la tête; soit à l'aide d'appareils divers, ceux de Malgaigne, de J. Guérin, de Gensoul, de Millet, ou de l'appareil appelé *Minerve* (fig. 135) qui convient également pour prévenir les déplacements.



Fig. 135.

Il ne faut pas oublier qu'il est des déplacements impossibles et dangereux à réduire.

Dans les cas où il se produit un abcès rétro-pharyngien, on l'ouvre dès qu'on y perçoit la fluctuation, soit avec le bistouri, soit avec le pharyngotome. La collection purulente comprime-t-elle la trachée et le larynx, si l'on craint la mort par suffocation, bien que l'on ait déjà frayé une voie au pus, on a recours à la trachéotomie ou à la laryngo-trachéotomie. Les accidents dus à la compression de la moelle sont combattus par les moyens appropriés.

II. TUMEURS BLANCHES DE L'ARTICULATION TEMPORO-MAXILLAIRE.

Les tumeurs blanches de l'articulation temporo-maxillaire sont les unes primitives, c'est-à-dire qu'elles se développent d'emblée, sous l'influence d'une diathèse scrofuleuse, rhumatismale, etc.; les autres consécutives à la carie du temporal, affection commune elle-même à la suite de l'inflammation du conduit auditif ou de la caisse du tympan (voy. *Maladies de l'oreille*).

Les symptômes sont : un gonflement plus ou moins considérable de la région temporo-maxillaire; la pression sur cette région fait naître des douleurs souvent très-vives; les mouvements de l'articulation sont douloureux et presque impossibles. Bientôt il se forme des abcès au pourtour de l'articulation; et quand ces collections sont ouvertes, on constate facilement la carie ou la nécrose du temporal et du condyle de la mâchoire. L'affection se propage du côté de l'organe de l'ouïe; il se fait par le conduit auditif externe un écoulement purulent souvent très-abondant; bientôt survient la perforation du tympan; des fongosités se développent dans l'intérieur de la caisse, et font parfois saillie en dehors par l'ouverture externe du conduit auditif. Ces lésions amènent constamment une abolition plus ou moins complète de l'ouïe.

La nécrose du temporal est souvent suivie de complications redoutables du côté des méninges et du cerveau. Ce sont des méningites par propagation de l'inflammation, des encéphalites, des abcès du cerveau, des embolies des artères cérébrales, etc.; Nous étudierons plus spécialement ces altérations consécutives, en traitant du catarrhe purulent de l'oreille moyenne.

La tumeur blanche de l'articulation temporo-maxillaire est une maladie toujours grave : d'une part, la difficulté des mouvements rend l'alimentation difficile; d'autre part, dans le cours de cette affection, il n'est pas rare de voir survenir des complications rapidement mortelles. Dans les cas les plus heureux, il reste toujours une altération plus ou moins profonde de l'ouïe et souvent une extrême difficulté des mouvements de mastication.

Le traitement est assez difficile à instituer. Il conviendrait sans doute d'immobiliser la jointure; mais il faut nourrir le malade, et par conséquent

imprimer des mouvements à l'articulation : circonstance fâcheuse, qui exclut un des meilleurs moyens d'amener la guérison. On est donc réduit à mettre en usage les moyens que nous avons indiqués aux articles *Ostéite*, *Carie*, *Nécrose*, *Tumeurs blanches en général*, et à faire un traitement général approprié.

S'il est possible de s'assurer que le condyle du maxillaire seul est malade, on peut en tenter la résection; mais le plus souvent le temporal lui-même est affecté en même temps, et il est impossible de déterminer à l'avance l'étendue et le siège certains de la lésion. Il vaut donc mieux s'abstenir d'une opération qui serait, sinon nuisible, au moins inutile, puisqu'en la pratiquant on n'est point assuré de pouvoir enlever tout le mal.

III. TUMEURS BLANCHES DE L'ARTICULATION STERNO-CLAVICULAIRE.

Au début, on constate un gonflement considérable de l'articulation, une tuméfaction molle, élastique, avec une douleur plus ou moins vive à la partie supérieure de la poitrine, douleur augmentant pendant les mouvements respiratoires, ceux du membre supérieur, et surtout par la pression exercée sur la région tuméfiée. Quand l'affection est plus avancée, il se produit des abcès au-devant de l'articulation, sur la paroi antérieure de la poitrine; des trajets fistuleux aboutissant aux os malades. Cette affection a une marche très-lente. Les malades peuvent succomber dans le marasme, comme après les autres tumeurs blanches. La mort survient parfois d'une autre façon : le pus fuse dans le médiastin antérieur, où sa présence fait naître des accidents graves (voy. *Maladies de la poitrine*).

Le traitement est celui des autres tumeurs blanches. Si l'affection osseuse est nettement limitée, on peut tenter la résection des extrémités malades. Cette opération a quelquefois donné de bons résultats.

IV. TUMEURS BLANCHES DE L'ARTICULATION ACROMIO-CLAVICULAIRE.

Elles sont beaucoup plus rares que les précédentes, et peuvent être facilement, au début, prises pour une affection rhumatismale de l'épaule. Il existe une douleur vive de l'articulation, douleur augmentant dans les mouvements très-étendus du bras, surtout dans les mouvements d'élévation. Bientôt apparaissent la tuméfaction, l'empâtement; puis des abcès, des fistules, etc. Le traitement ne présente aucune indication spéciale; si les lésions osseuses sont limitées, on peut pratiquer la résection des parties malades.

V. TUMEURS BLANCHES DE L'ARTICULATION SCAPULO-HUMÉRALE (SCAPULALGIE).

Bonnet explique la rareté de cette affection, en tenant compte de ce fait que la synoviale, qui est très-étendue, n'est doublée que de tissu fibreux,

peu riche en vaisseaux, et par conséquent peu susceptible de prolonger et d'entretenir une inflammation née dans la séreuse ou dans les os.

La scapulalgie est due assez fréquemment à une cause externe : un coup, une chute, une contusion violente de l'épaule; d'autres fois l'inflammation paraît dépendre d'une prédisposition morbide spéciale, rhumatisme, scrofulé; quelquefois il est impossible de lui assigner une cause appréciable.

Anatomie pathologique. La synoviale est plus épaisse, plus vasculaire qu'à l'état normal; elle est recouverte de fausses membranes, de fongosités, et remplie d'un liquide plus ou moins abondant, séreux ou séro-purulent, dans quelques cas franchement purulent. La capsule fibreuse est ulcérée, perforée, quelquefois complètement détruite, surtout au niveau du cul-de-sac de réflexion de la synoviale, sur le tendon de la longue portion du biceps, ou du prolongement de la séreuse sur le tendon du muscle sous-scapulaire.

Il existe en même temps des lésions osseuses : ostéite, carie, nécrose, tubercules; le plus souvent la tête humérale seule est malade; la cavité glénoïde n'est que fort rarement atteinte; encore dans ces cas la lésion est-elle tout à fait superficielle et très-peu étendue. On n'a pas trouvé l'omoplate seule affectée.

Les lésions des tissus périarticulaires ne présentent rien de particulier, si ce n'est assez souvent une atrophie avancée des muscles de l'épaule et du bras; ceux de l'avant-bras restent ordinairement à l'état normal.

Symptômes. Au début, le gonflement est en général si peu marqué, qu'il se révèle difficilement à l'extérieur, en raison de la profondeur de l'articulation. Il existe au niveau de la jointure une douleur très-vive, permanente, s'exaspérant par les moindres mouvements, s'irradiant parfois le long du trajet des muscles, ou même dans le membre tout entier. Dans certains cas, la douleur est presque nulle à l'épaule et très-vive au coude. Si l'on cherche à imprimer des mouvements à l'articulation, la douleur devient très-vive, les muscles résistent et se tendent comme s'ils étaient pris d'une sorte de contracture. Pour éviter la souffrance, le malade maintient le membre immobile; il en résulte une gêne fonctionnelle, une roideur qui, d'abord légère, devient bientôt de plus en plus prononcée, jusqu'à ce que tout mouvement de l'articulation scapulo-humérale ait complètement disparu.

L'attitude du membre n'est point la même à toutes les périodes de la maladie. Au début, le bras est dans l'abduction, le coude dirigé en avant et en dehors, l'avant-bras fléchi sur le bras et soutenu par le membre du côté sain. A une période plus avancée, quand les surfaces articulaires sont déformées, le bras est appliqué contre le tronc, dans l'adduction forcée, et quelquefois d'une façon si intime, que l'exploration du creux de l'aisselle est impossible. Quand l'atrophie musculaire s'est étendue aux muscles adducteurs eux-mêmes, le trapèze demeuré intact attire le membre en haut; la clavicule est alors dirigée très-obliquement de haut en bas, et de dehors en dedans; le membre pend appliqué contre le thorax.

En même temps que le membre présente une attitude vicieuse, il n'est

pas rare qu'il s'allonge ou qu'il se raccourcisse. L'allongement peut n'être qu'apparent, comme il est facile de s'en assurer en mesurant l'espace qui sépare l'acromion de l'épicondyle, les deux coudes étant rapprochés également de la poitrine, les omoplates étant placées dans un même plan, le tronc maintenu droit. L'allongement réel est très-rare; il coïncide toujours avec un épanchement intra-articulaire abondant, et d'après Bonnet il ne dépasse jamais 2 centimètres. Le raccourcissement apparent est encore plus rare que l'allongement apparent; le raccourcissement réel se montre à une période avancée de la maladie, lorsque les surfaces articulaires sont déformées, détruites, ou lorsqu'il existe une luxation pathologique.

Indépendamment de ces symptômes, se manifestent bientôt l'amaigrissement, l'aplatissement de la région deltoïdienne. Les muscles, qui, depuis le début de la maladie, ne fonctionnent plus, s'atrophient. Il se forme des abcès, soit dans la jointure, soit dans les parties voisines; dans le premier cas, ils s'ouvrent bientôt au dehors, souvent assez loin de l'articulation malade, et forment des fistules entretenues par la lésion osseuse. Parfois le pus qui provient de l'articulation détruit le repli de la synoviale qui entoure la longue portion du biceps, s'accumule au-dessous du deltoïde, et se fait jour à la partie antéro-interne du bras.

La scapulalgie peut se terminer par résolution, avant d'être arrivée à la période de suppuration; le malade guérit en conservant une gêne plus ou moins marquée des fonctions du membre; dans quelques cas, l'affection semble arrêtée dans sa marche; les douleurs disparaissent, et on songe déjà à imprimer des mouvements à l'articulation pour rétablir les fonctions de celle-ci, lorsque tout à coup reparaissent les douleurs spontanées; il y a une récurrence, qui d'ordinaire présente une gravité plus grande que la première attaque; dans ces cas la suppuration ne tarde pas à survenir. A cette période le malade peut encore guérir, mais par *ankylose*. Quand l'affection se termine par la mort, celle-ci est due à l'abondance de la suppuration ou à une tuberculisation pulmonaire. Les luxations spontanées sont très-rares dans la scapulalgie.

Diagnostic. Il est généralement facile. Ni le rhumatisme des muscles de l'épaule, ni la paralysie du deltoïde, ne produisent une gêne aussi marquée des mouvements que la scapulalgie. L'hydarthrose simple, l'arthrite sèche ne sont point aussi douloureuses. Les affections de l'extrémité supérieure de l'humérus, les tumeurs qui peuvent s'y développer permettent encore pendant longtemps des mouvements; ceux-ci sont au contraire fort difficiles dès le début de la tumeur blanche, et surtout accompagnés de douleurs vives.

Traitement. Il faut avant tout immobiliser la jointure, jusqu'à ce que la période inflammatoire soit passée. Dans ce but, on peut se servir de l'appareil de Malgaigne : le membre malade est placé de façon que, le bras étant appliqué sur le côté correspondant du corps, l'avant-bras soit demi-fléchi sur la partie antérieure du thorax, et l'extrémité de la main dirigée vers l'épaule saine. Une écharpe maintient l'avant-bras et soutient en même temps le coude, pendant qu'un bandage de corps, embrassant l'avant-bras,