

Symptômes. — L'ankylose est caractérisée par la perte complète ou incomplète des mouvements articulaires; lorsque la jointure jouit encore de quelque mobilité, les adhérences sont nécessairement fibreuses; lorsque l'immobilité est absolue, les adhérences sont souvent osseuses, mais pas toujours, avons-nous vu, car des tractus fibreux très courts peuvent s'opposer au moindre glissement. Malgaigne prétend qu'on saura reconnaître si les adhérences sont fibreuses ou osseuses dans les ankyloses complètes: les tentatives de flexion ou d'extension ne provoquent aucune douleur dans l'article ankylosé par fusion osseuse, tandis qu'elles éveillent une souffrance au niveau des insertions des tractus fibreux.

L'immobilité complète ou incomplète peut tenir à des lésions péri-articulaires, et il n'est pas toujours facile de distinguer ces fausses ankyloses dues parfois à une cicatrice vicieuse, à une sclérose du tissu conjonctif sous-cutané, à une contracture ou à une rétraction des muscles. L'emploi du chloroforme rendra de grands services; on pourra, grâce à l'anesthésie qui supprime la douleur et annihile l'action musculaire, voir si les surfaces de la jointure glissent ou non l'une sur l'autre. Il faudra éviter une cause fréquente d'erreur: souvent on attribue à une articulation ankylosée les mouvements de suppléance d'une articulation voisine intacte; on isolera donc la jointure solidement fixée et on essaiera de lui imprimer des mouvements.

Lorsque l'existence d'une ankylose est nettement déterminée, on doit rechercher s'il existe encore quelque trace de l'inflammation antérieure; quand les pressions ne réveillent aucune souffrance, quand l'article est partout indolore, on peut en conclure que tout processus actif est éteint. Une palpation attentive, d'ailleurs, permettra de reconnaître l'existence de déplacements, de subluxations; l'état des parties molles périphériques, des muscles en particulier, sera noté avec le plus grand soin. On songera au traitement après s'être rendu un compte exact des altérations articulaires et périarticulaires.

N'oublions pas, du reste, que certaines ankyloses doivent être respectées; dans les tumeurs blanches de la hanche et du genou par exemple, la fusion des deux surfaces articulaires dans une bonne attitude est un mode de guérison souvent enviable; la récurrence, les entorses, bien décrites par Campenon, ne sont plus à craindre, et la marche, bien que gênée, est encore possible. Puis, des tentatives

de mobilisation pourraient réveiller l'arthrite et remettre tout en question. Une résection faite dans l'espoir de créer une articulation nouvelle serait bien aléatoire. Aussi tous les chirurgiens sont-ils d'accord pour s'abstenir. On a vu d'ailleurs des ankyloses incomplètes du genou et de la hanche se mobiliser par le jeu naturel des muscles.

Traitement. — Il faut distinguer nettement les ankyloses complètes des ankyloses incomplètes. Lorsqu'on se trouve en présence de ces dernières et qu'un retour offensif de l'inflammation n'est plus à craindre, on essaiera de rétablir les mouvements: le massage, les frictions, l'électrisation des muscles, les douches, les bains aux stations d'Aix, d'Uriage, de Nérès, de Barèges, la *mobilisation progressive* avec la main ou les appareils de Bonnet. On tente aussi le *redressement brusque* sous le chloroforme, qui rompt les adhérences et du premier coup permet des mouvements étendus; malheureusement, cette méthode n'est pas sans danger.

Lorsque l'ankylose fixe le membre dans une attitude vicieuse, l'impotence fonctionnelle autorise une intervention active, et l'on pratique le redressement sous le sommeil chloroformique; puis la jointure est immobilisée dans un appareil inamovible; on a vu, dans certains cas, la guérison survenir avec persistance des mouvements; mais souvent l'inflammation se rallume et des adhérences nouvelles se font qui unissent de nouveau les surfaces articulaires; du moins l'attitude est meilleure et la fonction beaucoup moins compromise. Parfois le redressement brusque n'est possible que si on ajoute la section des tendons qui s'opposent à la juxtaposition des surfaces articulaires.

Les ankyloses *complètes* sont justiciables de l'ostéoclasie et de l'ostéotomie. Les ostéoclastes actuels permettent de rompre l'os où l'on veut, sans danger pour les parties molles périphériques; on n'en a pas moins recours de préférence à l'ostéotomie simple ou avec résection d'un fragment osseux. Cette méthode a donné des résultats excellents, et il n'est pas de chirurgien qui n'ait obtenu quelques succès pour des ankyloses de la mâchoire, de la hanche ou du genou. Répétons qu'on ne la pratique au membre inférieur que lorsque la fusion osseuse s'est effectuée dans une mauvaise attitude. Les indications de l'ostéotomie sont plus nombreuses au membre supérieur, où la mobilité est beaucoup plus nécessaire.

Mais nous ne saurions donner ici que des indications générales; il est évident que les ankyloses du membre inférieur ne donnent pas lieu aux mêmes interventions que celles du membre supérieur; et que même, au membre supérieur et au membre inférieur, chacune des jointures, épaule, coude et poignet, hanche, genou et articulation tibio-tarsienne, doit avoir sa thérapeutique particulière. Aussi, est-ce à propos des régions que l'on étudiera le mode d'intervention applicable à l'ankylose spéciale que l'on étudie.

FIN DU TOME PREMIER.

TABLE DES MATIERES

PREMIÈRE PARTIE

MALADIES COMMUNES A TOUS LES TISSUS

PRÉFACE	1
CHAPITRE PREMIER. — Inflammation	1
I. Phlegmon circonscrit et abcès chaud	6
II. Abcès froid	15
CHAPITRE II. — Lésions traumatiques	15
SECTION I. — Des plaies	17
I. Plaies par instruments tranchants	18
II. Plaies par instruments piquants	25
III. Plaies empoisonnées	28
IV. Plaies contuses et contusions	53
1° Contusions	53
2° Plaies contuses	41
V. Plaies par armes à feu	42
VI. Plaies par morsures	50
VII. Plaies par arrachement	51