

nœuvres, les malades atteints de raideurs opposaient une résistance telle, qu'il était souvent bien difficile de mobiliser leurs membres.

Cette résistance devient une première cause d'erreur. Puis lorsqu'une articulation est immobilisée, les mouvements des articulations voisines suppléent dans une certaine mesure à la gêne résultant de cette infirmité. Ainsi à l'épaule la mobilité de l'omoplate supplée en partie à la perte des mouvements de l'articulation scapulo-humérale ankylosée. A la hanche, des mouvements complémentaires se passent dans les articulations sacro-iliaques. Afin de prévenir la possibilité de semblables méprises, le chirurgien aura soin d'immobiliser les jointures périphériques. Pour éviter les douleurs consécutives à l'exploration et surtout pour annuler la résistance musculaire, cause fréquente d'erreur, il est bon d'anesthésier le malade. En s'entourant de semblables précautions, on arrivera la plupart du temps à séparer l'ankylose de la simple raideur articulaire.

Est-il possible de différencier l'ankylose osseuse de l'ankylose fibreuse? S'il existe le moindre mouvement appréciable, on peut affirmer qu'il n'y a pas d'ankylose osseuse. D'après MALGAIGNE, le siège de la douleur provoquée par les manœuvres d'exploration serait un guide excellent. Se produit-elle dans l'articulation, l'ankylose est incomplète, fibreuse. A-t-elle lieu au point où le chirurgien a appliqué les mains par suite de la pression qu'il exerce l'ankylose est complète. Ce signe cependant n'a rien d'absolu, en sorte que, parfois le diagnostic devient presque impossible.

Pronostic. — Le pronostic de l'ankylose dépend absolument de la gêne qu'elle apporte dans l'accomplissement des fonctions du membre. La position qu'affectent entre elles les parties constituantes de l'articulation a ici une importance capitale. Un genou ankylosé à angle droit, un coude dans la position rectiligne constituent une infirmité si gênante, si incommode que les malades réclament impérieusement du chirurgien une opération qui améliore leur état. Au contraire, un membre dont les deux segments sont ankylosés dans ce que l'on est convenu d'appeler une bonne position (angle droit pour le coude et le cou-de-pied, position rectiligne pour la hanche et le genou), rendra encore de grands services. — Il faut savoir aussi que loin d'être un accident fâcheux, l'ankylose constitue parfois à la suite d'une arthrite tuberculeuse ou d'une arthrite suppurée par exemple, une terminaison des plus favorables.

Traitement. — Avant de traiter l'ankylose, le chirurgien cherchera à en prévenir la production. Pour cela, il aura soin de ne pas laisser les articulations immobilisées pendant un temps trop long; dès que les symptômes inflammatoires seront calmés, il commencera à faire exécuter quelques mouvements au membre malade.

En certaines circonstances, malgré les soins les mieux dirigés, l'ankylose ne saurait être évitée; devant semblable éventualité, toutes les précautions seront prises pour que le travail pathologique laisse le membre en état de rendre le plus de services possibles; nous reviendrons sur ce point.

L'ankylose existe, elle gêne le malade soit parce que le membre se trouve immobilisé dans une position vicieuse, soit parce que la suppression

des mouvements de l'articulation compromet une fonction importante.

Dans le premier cas, il faut ramener les parties dans une position convenable (*redressement*) dans le second, créer une nouvelle articulation.

1° *Redressement des ankyloses.* — Les procédés employés pour redresser les articulations vicieusement soudées varient absolument avec la nature des obstacles. Les manœuvres nécessaires pour la rupture des ankyloses fibreuses, peuvent se faire avec les mains ou à l'aide de machines qui permettent d'obtenir soit le redressement brusque, soit le redressement progressif; nous avons exposé, dans le paragraphe précédent, les précautions à prendre en pareil cas.

Pour redresser les ankyloses osseuses, l'ostéoclasie, l'ostéotomie, la résection cunéiforme ont tour à tour été employées. L'ostéoclasie ne fournit pas toujours des résultats satisfaisants; la rupture en effet se produit quelquefois au-dessus ou au-dessous de la jointure, conditions peu favorables au but que l'on se propose d'atteindre; nous lui préférons de beaucoup l'ostéotomie.

C'est à JOHN RHÉA BARTON (1826), que revient l'honneur d'avoir fait la première ostéotomie, pour redresser une ankylose vicieuse de la hanche; cette tentative fut suivie de succès. En 1835, le même auteur modifia le procédé et ayant à traiter une ankylose vicieuse du genou, il enleva un fragment de tissu osseux en forme de coin (*ostéotomie cunéiforme*), RHÉA BARTON opérait à ciel ouvert. En 1852, LANGENBECK, ainsi que nous l'avons vu, modifia ce procédé et créa l'*ostéotomie sous-cutanée*. De nos jours, en s'entourant des précautions antiseptiques, les chirurgiens sont revenus à la méthode de R. BARTON; au lieu de se servir de scies pour sectionner les os, ils emploient des ciseaux spéciaux dits *ostéotomes de Macewen*.

2° *Création d'une pseudarthrose.* — A la suite d'une lésion articulaire les fonctions d'un membre sont parfois gravement compromises (hanche), ou un acte physiologique de premier ordre se trouve supprimé (abolition des mouvements de l'articulation temporo-maxillaire). C'est pour remédier aux accidents de ce genre que l'on a songé à favoriser la formation d'une nouvelle articulation entre les surfaces séparées par l'ostéotomie; nous verrons l'importance de cette méthode, en étudiant l'ankylose de l'articulation temporo-maxillaire.

CHAPITRE V

LÉSIONS DE NUTRITION DES ARTICULATIONS

ARTHRITE SÈCHE. — ARTHRITE DÉFORMANTE. — ARTHROMALACIE

SYNONYME. — Polyarthrititis synovialis

Bibliographie. — CRUVEILHIER, *Arch. gén. de méd.*, 1824, et *Traité d'anat. pathol. générale*. — BROCA, *Bull. de la Soc. anat.*, 1847. — DEVILLE, *Ibid.*, 1848. — THADEN,

Arch. de Langenbeck, Bd. IV. — FRIEDLANDER, *De morbo coxae senilis*, Breslau, 1855. — LUSCHKA, *U. Spondylitis deformans*, Berlin, 1858. — VOKMANN, *Handbuch de Pittha et Billroth*, Bd. II, s. 555, 1865. — VIRCHOW, *Pathol. des tumeurs*, t. 1^{er}, trad. française, 1867. — GARROD, *Goutte et rhumatisme goutteux*, trad. française par CHARCOT, 1867. — CHARCOT, *Arch. de physiol.*, 1868, et *Leçons sur les maladies des vieillards*, 1874. — GOSSELIN, *Clin. chir.*, t. 1^{er}, 1873. — CORNIL et RANVIER, *Manuel d'histol. pathol.*, 1881. — HUETER, *Klinik der Gelenkrankheiten*, 1877. — TALAMON, *Revue mensuelle*, 1878, p. 532. — M. SCHULLER, *Deutsche med. Wochens.*, 1882, n° 40. — BRAUN, *Beiträge z. Kenntniss der Spondyl. deformans*, s. 35, Hannover, 1875. — CHARCOT, *Progrès méd.*, 1832, n° 17. — VALDMANN, *Sammlung klinischer Vorträge*, n° 238, 1884, in *Comptes rendus de la Société clinique de Londres*, 1883-1884, et *The med. Press.*, 31 déc. 1884. Thèses de Paris. — 1852, HATTIER. — 1853, CHARCOT, TRASTOUR. — 1858, PLAISANCE. — 1862, COLOMBEL. — 1866, VERGELY. — 1871, VIDAL. — 1872, BLANC. — 1873, PANGAM.

On décrit généralement sous les noms d'arthrite sèche, d'arthrite déformante, un groupe d'affections articulaires chroniques caractérisées par des lésions des cartilages et la déformation des surfaces articulaires. L'ulcération et le dépoli des cartilages permettent de sentir pendant les mouvements un frottement rude des surfaces, d'où le nom d'arthrite sèche.

Il est bien certain que ces dénominations purement symptomatiques ne sont pas suffisamment précises, parce que diverses maladies déterminent à la longue des modifications importantes dans les extrémités articulaires. Plusieurs espèces commencent aujourd'hui à être mieux délimitées; ce sont :

1° Le rhumatisme articulaire chronique avec ses trois principales variétés, le rhumatisme noueux, le rhumatisme osseux chronique (arthrite sèche non déformante) et les nodosités d'Heberden qui siègent au niveau des articulations phalangiennes.

2° Les lésions nerveuses médullaires ou périphériques, signalées par CHARCOT et bien étudiées depuis quinze ans grâce aux travaux de BALL, JOUFFROY RAYMOND, BLUM, etc. L'ataxie locomotrice est de toutes les lésions spinales, celle qui a la plus grande influence sur la production des déformations articulaires; GIOVANNI a proposé (1880) de désigner ces altérations sous le nom d'*arthrites myélitiques*, et cela d'après des vues générales sur lesquelles nous reviendrons.

3° La sénilité amène dans les os des déformations et un ramollissement marqué, particulièrement sensible à la hanche; d'où le nom de *morbus coxae senilis*.

A côté de ces causes assez bien déterminées, il y a un certain nombre de lésions articulaires chroniques dont l'origine est encore très hypothétique et qui n'ont avec l'arthrite déformante qu'une analogie assez indirecte. Il suffit pour s'en convaincre de jeter un coup d'œil sur les pièces des musées qui certainement appartiennent à des types très différents. Il s'en faut d'ailleurs que les auteurs soient d'accord sur le mode de production de ces arthropathies chroniques; tous séparent nettement le mal sénile, mais tandis que les uns, les plus nombreux, attribuent au rhumatisme l'influence prépondé-

rante, d'autres, comme GIOVANNI, rejettent l'hypothèse de la diathèse rhu-

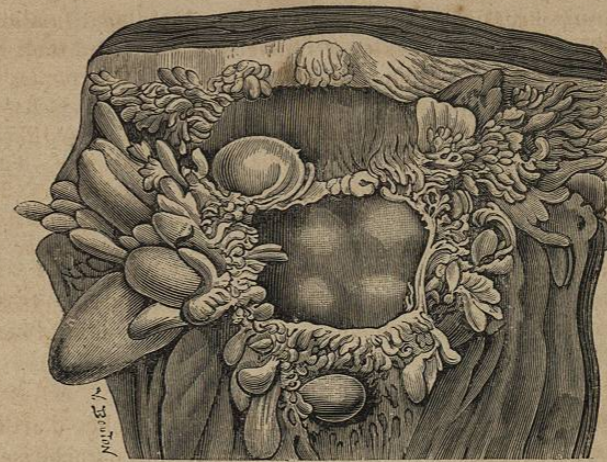


Fig. 166. — Lipome arborescent du genou. Arthrite déformante (d'après LEBERT).

matismale pour n'admettre que des arthrites myélitiques ou spinales.



Fig. 167. — Arthrite sèche déformante de la hanche; ossification de la partie postérieure de la capsule. (Musée du Val-de-Grâce.)

En Angleterre surtout, on a considéré l'arthrite déformante comme la ma

nifestation d'une maladie générale du système osseux, et l'on a admis une *ostéite déformante* qui serait une sorte de malacie. SMITH, PAGET, TRIVES ont publié des cas qui se rapportent à cette altération. D'ailleurs il existerait entre cette affection, le rachitisme et la syphilis des relations qu'il serait intéressant de poursuivre. Une femme, mère de douze enfants, citée par TRIVES, présentait tous les symptômes de l'ostéite déformante tardive; plusieurs de ses enfants étaient rachitiques. Nous avons nous-mêmes observé sur les cartilages des genoux d'une femme rachitique de cinquante ans les ulcérations classiques de l'arthrite sèche.

Admettre avec COLOMBEL, l'arthritisme comme origine de cette arthropathie, c'est entrer dans le champ des hypothèses, et il faut reconnaître avec GOSSELIN que certains cas d'arthrite déformante dépendent d'une cause encore inconnue. Nous aurons surtout en vue dans ce chapitre les lésions du rhumatisme chronique mono ou poly-articulaire et nous nous bornerons à indiquer les différences qui séparent les arthrites myélitiques et séniles avec lesquelles l'arthrite sèche a été longtemps confondue.

Anatomie pathologique. — L'arthrite déformante est tantôt atrophique, tantôt hypertrophique; cette distinction qui résulte de l'observation n'a pas été faite par les auteurs. L'affection peut être partielle ou généralisée à un plus ou moins grand nombre d'articulations (*polyarthritisme* de HUETER).

1° *Lésions macroscopiques.* — Il n'y a habituellement pas de liquide dans une articulation atteinte d'arthrite sèche, mais il peut en exister à certaines périodes de l'affection, de sorte que le nom de la maladie est souvent déficient. La synoviale est presque toujours altérée, la capsule épaissie relâchée, distendue; la face interne de la synoviale est tapissée par des végétations ou franges confluentes, saillantes, arborescentes, fibreuses ou lipomateuses (fig. 166), parfois gonflées à leurs extrémités, dures, et peut-être contenant des noyaux cartilagineux. Ces houppes pourraient (théorie de ROKITANSKY) se détacher et donner naissance après la rupture du pédicule à des arthrophytes. Accidentellement, comme dans la figure (167), il y a ossification partielle de la capsule articulaire et on peut voir sur cette pièce la cavité cotyloïde énorme former plus de la moitié d'une sphère.

Les lésions des surfaces articulaires attirent de suite l'attention. Ordinairement les têtes osseuses ont perdu leur aspect normal et ont subi des déformations très curieuses; les unes sont comme écrasées et leurs bords déjetés en dehors; d'autres paraissent encore lisses, assez bien arrondies, mais beaucoup plus volumineuses qu'à l'état normal. Dans quelques cas, à la hanche, par exemple, la cavité cotyloïde est oblitérée tandis que la tête du fémur est réduite à un petit moignon informe. Les luxations sont plus fréquentes dans l'ataxie locomotrice que dans l'arthrite sèche rhumatismale.

Au début, on ne constate généralement que des altérations peu marquées et des ulcérations du cartilage qui siègent rarement au niveau des points de frottement des surfaces en contact. Tantôt ce sont des pertes de substance superficielles et très circonscrites, tantôt des ulcérations plus profondes, assez étendues, où l'on reconnaît à la loupe des sortes de végétations saillantes analogues à du velours, d'où le nom d'*altération velvétique* que leur a donné

REDFERN. Si l'on observe une vieille arthrite sèche, ces lésions n'existent plus et le cartilage, en grande partie transformé, est réduit à une lame extrêmement mince, souvent ossifiée, polie, lisse et jaunâtre, quelquefois fibreuse.

Les lésions des cartilages diarthrodiaux sont aujourd'hui bien connues



Fig. 168. — Arthrite sèche déformante. Tête du fémur qui correspondait à la figure 167.



Fig. 169. — Coupe de la pièce précédente montrant des cavités kystiques.

grâce aux travaux de REDFERN, WEBER, VOLKMANN, CORNIL et RANVIER; elles consistent primitivement dans une prolifération active des cellules cartilagineuses superficielles au niveau des points malades; la substance fondamentale se fendille, se ramollit et les groupes de cellules cartilagineuses tombent

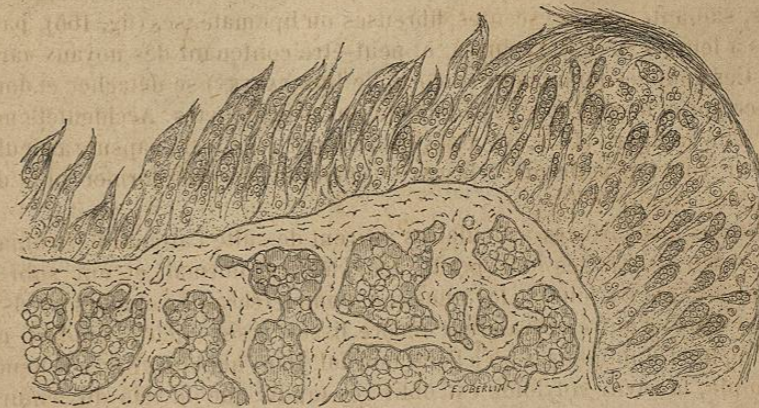


Fig. 170. — Arthrite sèche. Altération velvétique des cartilages par prolifération des capsules profondes. (Laboratoire d'histologie du Val-de-Grâce.)

dans la cavité articulaire. Les capsules cartilagineuses profondes subissent les mêmes altérations (fig. 170) puis se disposent par séries perpendiculaires à la surface de l'os en formant des boyaux allongés qui s'ouvrent également dans l'articulation. Il en résulte une multitude de petites dentelures effilées qui