

c'est principalement dans les couches moyennes et profondes que s'effectue ce travail de prolifération. Les capsules s'agrandissent dans le sens de leur grand diamètre perpendiculairement à la surface du cartilage; elles forment des traînées qui séparent en feuillets la substance fondamentale du cartilage, et lui donnent un aspect fibroïde (fig. 5.)

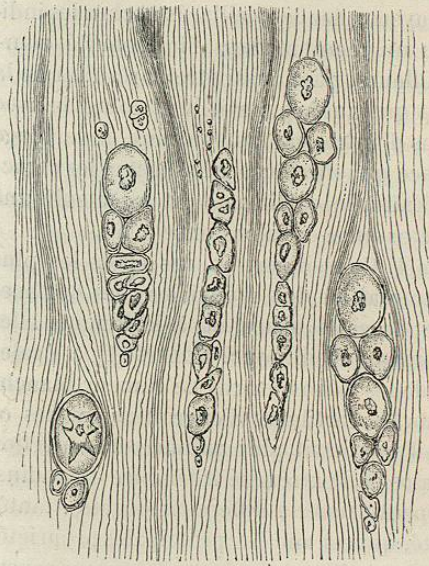


FIG. 5. — Altération velvétique des cartilages.

On a donné le nom de *décortication* à cet état dans lequel le cartilage d'encroûtement est entièrement séparé de l'épiphyse osseuse qu'il coiffe à l'état normal : cette séparation a lieu tantôt par la prolifération très-prononcée et très-active des cellules profondes, accompagnée de résorption de la lamelle osseuse intermédiaire au cartilage et à l'épiphyse; dans d'autres cas le cartilage est soulevé par les fongosités qui naissent des extrémités osseuses.

Broca (1) a observé un fait curieux de *nécrose des cartilages* sur le cadavre d'une vieille femme servant aux opérations à l'École pratique : « Le cartilage d'encroûtement de la tête humérale était nécrosé en deux points, et ossifié dans un autre; la synoviale présentait des fongosités et des franges; le tissu osseux était raréfié et offrait une cavité du volume d'une cerise. Dans le voisinage du trochiter, à 3 millimètres environ du bord du cartilage, on trouvait deux petits séquestres cartilagineux qui coïncidaient exactement avec les cavités d'où ils avaient été détachés. L'un de ces séquestres, long d'un centimètre et large d'un millimètre, était encore invaginé dans une rigole creusée aux dépens de l'épaisseur du cartilage épiphysaire : cet aspect est comparable à celui d'un séquestre central des os. Il y a eu là évidemment un travail d'élimination. L'examen microscopique a démontré que ces deux séquestres étaient formés de tissu cartilagineux. »

Viennent enfin les altérations désignées par les Anglais sous le nom d'*ulcérations*. On a voulu rejeter cette dénomination, alléguant que le mode de vitalité des cartilages est incompatible avec un travail réel de suppuration ulcéralive, et l'on a proposé le nom d'*érosions*. Brodie avait établi dans sa classification des tumeurs blanches une variété de cette

(1) *Bulletins de la Société anatomique*, t. XXVI, p. 163.

maladie débutant par l'ulcération primitive des cartilages; le fait paraît possible, mais on doit dire que dans la majorité même des cas, ces pertes de substance que l'on observe sur les cartilages ne constituent qu'une altération consécutive à l'inflammation des os ou de la synoviale.

D'après Redfern, c'est principalement au centre de la surface libre des cartilages que l'on trouve ces ulcérations, tandis que la circonférence est blanche, épaisse et fendillée : tantôt la surface ulcérée est recouverte d'une multitude de petits prolongements fibreux constituant l'altération velvétique; tantôt, et le plus souvent, ces ulcérations sont irrégulièrement arrondies, lisses, avec des bords taillés à pic, comme si elles avaient été faites à l'emporte-pièce. Dans un cas observé par Foucher (1), les cartilages articulaires qui recouvrent l'extrémité supérieure du tibia étaient parsemés de petits trous parfaitement arrondis, taillés comme à l'emporte-pièce.

Dans l'articulation du genou d'un sujet amputé de cuisse pour une tumeur blanche, nous avons nous-même constaté un certain nombre de ces *pertes de substances ulcéroïdes*, se présentant sous différents aspects : à sa partie supérieure, le cartilage d'encroûtement de la rotule avait l'aspect inégal du velours (altération velvétique); ailleurs la couche superficielle était détachée et laissait à nu une surface irrégulière formée par des anfractuosités alternant avec des dépressions; à la partie inférieure, on pouvait détacher et soulever une membrane fine dans laquelle on voyait des tractus rougeâtres volumineux (2).

Ces pertes de substance ulcéroïdes ont été également observées et étudiées par un grand nombre de chirurgiens, et en particulier par Broca (3).

Lorsque l'inflammation suppurative est très-intense, la prolifération des cellules étant très-active, celles-ci ne s'entourent plus de capsules secondaires, et forment simplement du tissu embryonnaire qui peut se confondre avec des masses de tissu semblable venues des os ou des parties molles de l'articulation, et concourir à former les fongosités articulaires. La formation du tissu fongueux aux dépens du cartilage, par suite de la prolifération de ses éléments cellulaires et de leur déversement dans l'intérieur de l'articulation, a été certainement exagérée par Redfern. Nous avons déjà vu l'origine des fongosités dans la membrane synoviale, nous verrons bientôt qu'elles naissent en grande abondance des extrémités osseuses.

Enfin, pour terminer ce que nous avons à dire des altérations des cartilages, il faut signaler, comme se rapportant à ces derniers, la production de bourrelets cartilagineux que l'on a désignés sous le nom d'*ecchondroses*, qui, suivant quelques auteurs, seraient le point de départ des

(1) *Bulletins de la Société anatomique*, t. XXIX, p. 234.

(2) *Ibid.*, t. XXVI, p. 206.

(3) *Ibid.*, t. XXV, p. 175.

exostoses et des stalactites osseuses que l'on rencontre quelquefois dans les tumeurs blanches très-anciennes. Ces échondroses sont encore dues à la prolifération des cellules, qui, ne pouvant se déverser dans la cavité articulaire par suite de la présence de la synoviale qui recouvre les surfaces cartilagineuses dans l'étendue de quelques millimètres, s'accumulent au pourtour des extrémités articulaires.

7° *Extrémités osseuses.* — Les altérations des extrémités osseuses sont tellement fréquentes dans les tumeurs blanches, que le professeur Rust, de Vienne, avait cherché à établir que la maladie débutait constamment par les os, opinion que l'on s'accorde généralement à regarder comme trop exclusive, puisqu'il est reconnu par la plupart des chirurgiens que la tumeur blanche commence, dans un certain nombre de cas, par les parties molles.

D'après Ranvier et Paquet, les altérations des extrémités osseuses présenteraient dans leur développement une grande analogie avec les lésions des cartilages. Comme pour ces dernières, ils admettent une première période non inflammatoire, caractérisée par la transformation graisseuse des éléments cellulaires des os, entraînant à sa suite la mortification des trabécules osseuses qui, devenues autant de petits séquestres, doivent être éliminées par une inflammation suppurative. Comme on le voit, dans l'opinion de ces auteurs, la carie est la lésion principale de la tumeur blanche.

Quoi qu'il en soit, nous indiquerons brièvement les altérations anatomiques des extrémités osseuses que l'on peut observer le plus souvent, lorsque la tumeur blanche est établie, altérations que les auteurs rapportent généralement à l'ostéite, à la carie, à la nécrose, aux tubercules et à certaines lésions de tissu moins bien connues dans leur nature.

L'ostéite se présente avec ses caractères habituels, mais on la rencontre à divers degrés de développement. Au début, l'os se vascularise, devient rouge foncé, brunâtre. Les aréoles du tissu spongieux, les canalicules de Havers s'élargissent (ostéite raréfiante de Gerdy), puis on voit la moelle proliférer et former une couche molle, rougeâtre, très-vasculaire, point de départ des fongosités osseuses. Celles-ci gagnent de proche en proche, se substituant, pour ainsi dire, au tissu osseux, et finissent par atteindre la superficie de l'os; les cartilages soulevés par les fongosités se détachent et tombent dans l'intérieur de l'articulation, ou bien ils subissent un travail d'érosion, d'ulcération qui les détruit en un ou plusieurs points; dans tous les cas, les fongosités osseuses viennent faire saillie dans l'intérieur de la jointure et se confondent avec les fongosités nées de la synoviale.

A ce degré, l'ostéite a fait place à la carie, et les trabécules du tissu spongieux entourées de fongosités et privées de leurs éléments nutritifs, se nécrosent; aussi trouve-t-on de petits séquestres au milieu des fongosités et dans le pus contenu dans l'articulation.

Dans d'autres cas, l'ostéite se termine par la nécrose d'une portion plus

ou moins étendue de l'épiphyse, le cartilage se détache et flotte dans le pus qui remplit l'articulation. La synoviale devient fongueuse, et lorsque le séquestre vient à se détacher, des fongosités nées de la perte de substance osseuse envahissent également l'articulation.

L'ostéite est rarement bornée à l'articulation malade. Richet a établi que l'inflammation, d'abord limitée à l'épiphyse d'un os long, se propage par l'intermédiaire du canal médullaire, non-seulement à la diaphyse, mais encore à l'épiphyse opposée: aussi voit-on le périoste hypertrophié et décollé dans une étendue assez considérable.

Il n'est pas rare, en effet, de voir le périoste participer aux mêmes altérations. Il commence par se vasculariser et s'épaissir par suite de la formation d'un exsudat plastique, puis il se détache de la surface de l'os. A une période plus avancée, l'os est entouré de tissu fongueux, lardacé, qui peut subir la transformation fibreuse ou même osseuse, ou bien donner naissance à du pus qui, situé en dehors de l'articulation, baigne la surface des os. La figure 6 représentant le genou d'un sujet que nous avons amputé avec succès dans un cas de tumeur blanche très-ancienne, ayant débuté par les parties molles, accompagnée d'ostéite remontant jusqu'au milieu du fémur et d'autres lésions très-complexes, montre bien les altérations secondaires des surfaces osseuses atteintes de carie, ainsi que la transformation fongueuse, lardacée, de tous les tissus périarticulaires.

Les tubercules des os peuvent encore être l'origine de tumeurs blanches, mais dans ces cas la pathogénie de l'affection articulaire mérite d'être examinée avec soin. Si tous les auteurs admettent la forme enkystée du tubercule des os, si bien décrite par Nélaton, on hésite aujourd'hui sur la nature tuberculeuse de la maladie désignée par le même auteur sous le nom d'infiltration tuberculeuse des os, et qui ne serait autre qu'une infiltration de pus, une véritable ostéite suppurée.

Le mode de production de la tumeur blanche est différent dans l'un et l'autre cas. Dans le premier cas, les tubercules enkystés dans le tissu spongieux de l'épiphyse peuvent se ramollir, et la matière tuberculeuse tombant dans la cavité articulaire, y détermine une arthrite des plus graves. La tumeur blanche est, dans ce cas, produite par cause directe;

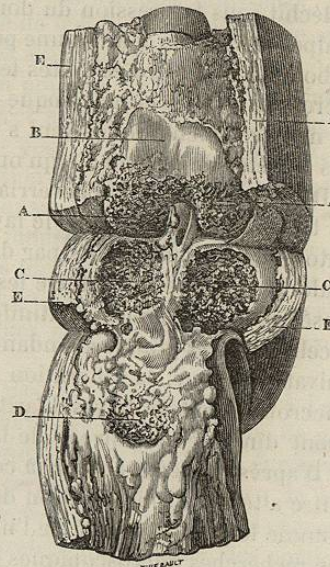


FIG. 6 — Tumeur blanche de l'articulation du genou. — A, A, condyles du fémur affectés de carie; B, portion de la trochlée fémorale encore revêtue de cartilage; C, C, condyles du tibia altérés par la carie; D, rotule; E, E, E, E, tissus périarticulaires considérablement épaissis et transformés en tissu lardacé.

dans d'autres cas, l'épiphyse est infiltrée de matière tuberculeuse, le tissu spongieux se nécrose, le cartilage est résorbé, et l'on trouve le tissu osseux blanc, dur, éburné : l'articulation est alors le siège d'une suppuration éliminatoire intarissable.

On a encore décrit un certain nombre d'altérations osseuses comme susceptibles de donner lieu au développement de tumeurs blanches : telles sont l'*infiltration lie de vin*, l'*infiltration demi-transparente* et l'*infiltration grasseuse*.

L'*infiltration lie de vin* a été particulièrement signalée dans les vertèbres, d'abord par Richet, puis par Bonnet (de Lyon), Tavignot et Gonzalès Escheverria (1).

Bonnet (de Lyon) a décrit sous le nom de *splénisation* cette altération singulière des os qui se présente avec les caractères suivants : Le tissu spongieux est rempli d'une bouillie rougeâtre, ressemblant exactement à la boue splénique. Le tissu compact est si mince, que, chez les enfants, il fléchit sous la pression du doigt et qu'on le coupe sans peine avec le scalpel. Lorsqu'on y a fait une perforation, on peut aisément enlever toute la bouillie rougeâtre et toutes les cellules de l'extrémité osseuse, de manière à le réduire en une coque extrêmement mince. Les os ainsi infiltrés de matière splénique peuvent s'ulcérer, et l'on a alors sous les yeux l'une des variétés de la maladie qu'on a décrite sous le nom de carie.

D'après Gonzalès Escheverria, cette altération se présente sous forme de taches lie de vin que le lavage ne fait pas disparaître, et qui sont entourées de toutes parts par du tissu sain. L'os est de consistance normale. La matière qui infiltre les cellules de l'os est essentiellement composée d'une substance gélatiniforme, finement granuleuse, et de médullocelles en très-grande abondance. C'est à ce dernier élément qu'est due, suivant l'auteur, la coloration caractéristique du produit, et non pas à l'accroissement de la vascularité de l'os, qui, au contraire, est constamment diminuée au niveau de la tache.

D'après le même auteur, à cette infiltration lie de vin succéderait une autre altération, l'*infiltration demi-transparente*, considérée par Nélaton comme le premier degré de l'*infiltration tuberculeuse* ou puriforme. Mais les recherches microscopiques d'Escheverria l'ont amené à nier la nature tuberculeuse de ces altérations. La structure microscopique de l'*infiltration demi-transparente* est la même que celle de l'*infiltration lie de vin*, sauf une diminution dans la quantité des médullocelles et une augmentation de la matière granuleuse amorphe. Quant à l'*infiltration puriforme*, elle est le troisième degré de l'altération.

L'*infiltration* ou la *dégénérescence grasseuse* des os a été signalée par Richet, qui la considère comme très-fréquente, et qui en donne la description suivante :

Les parties molles ne présentent que quelques légères altérations,

(1) Thèse inaugurale. Paris, 1860.

L'articulation renferme une petite quantité de liquide séro-sanguinolent ou purulent. Les cartilages amincis, inégaux, érodés, se décollent facilement. Au-dessous d'eux on trouve une couche sanguinolente que l'on peut même apercevoir quelquefois par transparence à travers le cartilage aminci. Si l'on fend l'os, on sent qu'il se laisse facilement pénétrer par la scie, et la coupe présente une couleur jaunâtre. Les cellules spongieuses sont visiblement agrandies; elles cèdent sous la plus faible pression du doigt, en faisant entendre une crépitation légère, et l'on en expulse en même temps un suc huileux et jaunâtre très-abondant. Le tissu compact qui environne l'os est tellement aminci qu'il se laisse enfoncer sans se fracturer. Le périoste ne paraît ni rouge, ni enflammé, ni épaissi. Tantôt le volume de l'os est augmenté; d'autres fois, il est diminué. Cette affection se traduit par des symptômes très-graves, puisqu'elle nécessite l'amputation, tant les douleurs sont vives.

Mais, suivant la remarque de Panas (1), cette atrophie grasseuse, qu'il est si fréquent de rencontrer en l'absence de lésions articulaires, ne suffit pas pour expliquer le développement des altérations que l'on constate du côté de la synoviale et des cartilages. On pourrait tout aussi bien l'attribuer au mauvais état de la constitution et à l'immobilité prolongée.

Telles sont les nombreuses lésions que peuvent offrir les extrémités osseuses dans la tumeur blanche. A l'exception des dernières, dont la nature est encore peu connue, on voit que la plupart d'entre elles présentent les caractères de l'inflammation. L'ostéite, indépendamment des particularités qu'elle peut offrir relativement à ses modes de terminaison, est caractérisée surtout par la production de fongosités qui, de même que celles qui couvrent la synoviale, sont susceptibles de subir diverses métamorphoses.

Tantôt elles tendent à s'organiser et passent successivement à l'état fibreux, puis osseux, d'où résultent les ankyloses osseuses, mode de guérison des tumeurs blanches. Tantôt, au contraire, les fongosités éprouvent un travail de destruction dont le dernier terme est la disparition de leur tissu et la formation de pus et de graisse. On voit alors, par suite de nécroses multiples et partielles, et après une suppuration intarissable, des portions plus ou moins considérables de l'os se détruire. Les surfaces articulaires ne se correspondent plus, et n'étant plus maintenues par les ligaments, elles s'abandonnent mutuellement; ainsi se produisent des déplacements qui ont été désignés sous le nom de luxations *spontanées, consécutives* ou *pathologiques*.

Le plus souvent incomplètes, les luxations pathologiques se produisent graduellement sous l'influence combinée du poids du membre et de la contraction musculaire. Outre les altérations des ligaments et des surfaces articulaires, on doit encore admettre comme susceptibles de favoriser les luxations, l'épanchement très-considérable de pus ou de sérosité dans la

(1) *Nouveau dict. de méd. et de chir. pratiques* (art. ARTICULATION).

cavité articulaire, et, dans certains cas beaucoup plus rares, l'action mécanique des fongosités. Nous indiquerons plus tard, à propos de chaque tumeur blanche, les variétés principales de ces luxations dont la fréquence a été d'ailleurs, comme on le verra, considérablement exagérée.

SYMPTOMATOLOGIE. — Les symptômes des tumeurs blanches sont tellement nombreux et variés qu'il est difficile de les réunir dans un seul tableau : aussi B. Bell expose-t-il séparément les caractères propres aux tumeurs blanches des parties molles et ceux des tumeurs blanches des parties dures. Son exemple a été suivi par un grand nombre de pathologistes, entre autres les auteurs du *Compendium*. Cependant nous pensons qu'il vaut mieux décrire d'une manière générale les symptômes que l'on rencontre dans cette maladie, en indiquant les caractères spéciaux de chacune des variétés qu'elle présente.

Tantôt la tumeur blanche s'annonce par des douleurs vagues, sourdes, ne reparaissant qu'à de longs intervalles, et accompagnées d'abord d'une gêne plus ou moins considérable dans les fonctions du membre; tantôt, au contraire, elle débute d'emblée par de violentes douleurs. Cette seconde variété est très-rare; le plus souvent c'est après avoir occasionné pendant quelques mois une douleur fixe dans un point de l'articulation que la maladie finit par se développer. Dans certains cas, enfin, on voit une arthrite aiguë ou subaiguë, traumatique ou spontanée, dégénérer peu à peu en tumeur blanche.

La douleur et la gêne sont donc les premiers signes que l'on observe; cependant, ils sont quelquefois précédés par le gonflement : il en est de même pour l'épanchement intra-articulaire qui tantôt existe dès le début, tantôt, au contraire, manque complètement, tandis que la jointure est depuis longtemps le siège d'une vive douleur.

Relativement à ce dernier symptôme, il n'est pas rare d'observer un phénomène singulier dont on n'a pas encore su donner une explication parfaitement satisfaisante; les malades se plaignent de souffrir de l'articulation située immédiatement au-dessous de celle où siège la tumeur blanche.

Thompson a cherché la cause de ce phénomène dans un état morbide des nerfs qui avoisinent l'articulation, produisant une irradiation de la douleur. C'est ainsi que s'expliquerait la douleur du genou dans la coxalgie, par suite de l'irritation du nerf obturateur. Mais comment se fait-il que, pour d'autres articulations, le même phénomène soit plus rarement observé?

On ne saurait non plus accepter sans conteste l'explication de Rust et de Richet, qui attribuent cette irradiation douloureuse à la propagation de l'ostéite à toute l'étendue de l'os malade; car si, dans la coxalgie par exemple, la douleur que le malade accuse dans le genou peut être attribuée à l'ostéite du fémur, dans la tumeur blanche du genou, on ne constate pas habituellement que la douleur se propage à la hanche, et cependant on serait également en droit de supposer que le fémur est atteint par l'inflammation.

L'altération continuant à marcher, le gonflement de la jointure augmente, et il devient d'autant plus saillant que les muscles situés au-dessus et au-dessous sont le siège d'une émaciation plus ou moins considérable : en même temps, les muscles fléchisseurs présentent un état de rétraction qui occupe non-seulement les tissus albuginés, comme l'a signalé Gerdy, mais aussi les fibres musculaires elles-mêmes.

Le gonflement articulaire est dû, tantôt à l'accumulation de liquide dans la synoviale et à l'infiltration des parties molles; dans ce cas, il est régulier et de forme arrondie; tantôt, au contraire, il dépend de la tuméfaction des extrémités osseuses primitivement enflammées, et alors il est irrégulier et présente des saillies et des dépressions d'autant plus faciles à constater que les parties molles sont plus saines. Enfin, à une certaine période, les fongosités articulaires, ainsi que celles qui envahissent les tissus environnants, viennent encore augmenter le volume des parties.

Le gonflement de la synoviale, plus évident sur les points où cette membrane n'est pas comprimée par les liens fibreux de l'articulation, constitué tout à la fois par l'épanchement de liquide dans la séreuse et par les fongosités, s'accompagne d'une fluctuation tantôt manifeste et très-facile à reconnaître lorsqu'il n'y a que du liquide, tantôt, au contraire, obscure, dans les cas où il y a en même temps du liquide et des fongosités; enfin, lorsqu'il n'y a pas d'épanchement, et que les fongosités existent seules, elles constituent des tumeurs mollasses, donnant au doigt qui les explore une fausse sensation de fluctuation qui peut en imposer et faire croire à une collection de liquide.

A mesure que la maladie se prononce, on voit le membre prendre une position fixe, indépendante de la volonté du malade, et qui, d'une manière générale, se rapproche de la demi-flexion. Bell avait imaginé, pour expliquer ces attitudes vicieuses, de dire que ce sont les malades eux-mêmes qui placent instinctivement l'articulation affectée dans le relâchement, afin de soulager ainsi leurs douleurs. Mais l'observation clinique, loin de confirmer cette hypothèse, montre que, le plus souvent, les malades souffrent d'autant plus que l'attitude se prononce davantage, que le meilleur moyen de faire cesser les douleurs consiste à ramener de force le membre dans sa position normale.

L'explication donnée par Bonnet, qui attribue la position anormale du membre à l'épanchement considérable de liquide, ne saurait convenir aux cas, d'ailleurs les plus fréquents, dans lesquels le liquide existe en très-petite quantité dans l'intérieur de l'articulation.

J. Hunter avait cherché dans la contraction involontaire des muscles et la sympathie de ces derniers avec l'articulation malade, la raison des positions vicieuses que l'on observe dans les tumeurs blanches; et cette explication semble, en effet, la plus convenable. Seulement, au lieu d'invoquer la *sympathie*, mot vide de sens, nous pouvons aujourd'hui faire intervenir un élément plus positif, le pouvoir réflexe, et dire que l'irritation articulaire transmise à la moelle réagit sur les nerfs moteurs, et en-

traîne la contraction permanente des muscles qui entourent l'articulation.

Par suite de l'altération des parties, les mouvements de l'articulation sont souvent très-limités; parfois, au contraire, à la suite du ramollissement des ligaments, il y a une mobilité anormale qui permet de porter les surfaces osseuses dans des directions que ne comporte pas l'état physiologique. Cette mobilité exagérée ne se rencontre que dans les tumeurs blanches anciennes; on constate alors en même temps une crépitation, un frottement dur, produit par les mouvements que les surfaces osseuses dénudées exécutent les unes sur les autres.

De tels désordres ne tardent pas à s'accompagner des signes de l'inflammation suppurative: la tuméfaction augmente, l'inflammation gagne le tissu cellulaire sous-jacent et la peau, qui est rouge, lisse et tendue. La suppuration se manifeste enfin à l'extérieur, mais elle peut occuper différents points.

Tantôt le pus est situé en dehors de l'articulation et est le résultat de l'inflammation des tissus périphériques; tantôt il est produit par une ostéite ou une périostite de l'extrémité articulaire et vient se faire jour à travers la peau, en donnant naissance à un ou plusieurs trajets fistuleux par lesquels le stylet conduit sur le point de l'os malade: ces abcès ne communiquent point avec l'article et constituent ce que Gerdy nommait les *abcès circonvoisins*; dans certains cas cependant, ainsi que l'ont observé Nélaton, Velpeau et Richet, ces abcès, primitivement développés dans le tissu cellulaire extérieur, peuvent amener l'ulcération de la synoviale de dehors en dedans.

Enfin il est des cas où la synoviale remplie de pus finit par s'ulcérer et se rompre; le liquide fuse sous la peau qu'il décolle, et forme de vastes collections qu'il faut ouvrir. On reconnaît l'origine de cette variété d'abcès, à la diminution du gonflement articulaire coïncidant avec la formation de la tumeur périphérique; la douleur causée par la distension exagérée de la synoviale diminue considérablement après la rupture de la séreuse: c'est encore là un signe qui a une certaine valeur.

Si la maladie continue à faire des progrès, il se forme de nouveaux abcès qui s'ouvrent à l'extérieur, comme les premiers, ou qui ne se cicatrisent pas, quand on les a ouverts; la peau qui recouvre l'articulation est alors tendue, violacée, amincie, et présente un nombre variable d'orifices fistuleux, livrant passage à des fongosités pâles, blafardes, mollasses, saignant facilement.

C'est ordinairement à cette époque que l'on voit se produire les luxations ou subluxations, improprement appelées spontanées, et dont, pendant longtemps, on a considérablement exagéré la fréquence. Elles sont indiquées par des déformations, des changements réels dans la longueur des membres, etc., en un mot par les signes propres aux luxations.

La tumeur blanche peut parcourir ses différentes périodes sans être accompagnée de phénomènes généraux. Quelquefois, cependant, ceux-ci se montrent dès le début, ou à une période plus ou moins avancée. C'est

ainsi que l'on observe un état fébrile soit continu, soit plus souvent irrégulier, intermittent ou rémittent, avec un redoublement sensible vers le soir. Il y a généralement de l'insomnie produite par la violence des douleurs. Les diverses fonctions, et en particulier les fonctions digestives, sont languissantes. Lorsque la suppuration arrive, le mouvement fébrile augmente; puis les abcès ouverts et les fistules établies, on voit souvent se manifester tous les accidents de l'infection putride: les malades maigrissent, s'épuisent, une diarrhée séreuse survient à son tour, et la mort arrive, hâtée bien souvent par le développement de quelque complication.

Dans les cas de tumeurs blanches tuberculeuses, l'évolution des tubercules pulmonaires est souvent hâtée par l'état général dans lequel la suppuration articulaire a plongé le malade; elle est encore activée par l'infection putride et les symptômes fébriles. Suivant Velpeau, certains malades, dont les poumons étaient sains antérieurement, auraient puisé dans l'altération tuberculeuse de l'articulation les éléments de la maladie pulmonaire à laquelle ils succombent. Gerdy, de son côté, affirme avoir retardé, dans certains cas, le développement fatal des tubercules pulmonaires en amputant le membre, alors même que l'auscultation révélait dans la poitrine l'existence de tubercules à l'état de crudité.

Si, au contraire, la tumeur blanche tend vers la guérison, on voit les phénomènes généraux s'amender peu à peu et les malades reprendre leurs forces.

MARCHE. DURÉE. TERMINAISONS. — Lorsque la tumeur blanche suit une marche régulière, il serait possible de lui assigner trois périodes: 1° la période d'inflammation; 2° celle de suppuration; 3° celle de marasme ou de réparation. Mais la marche de la maladie est rarement uniforme, elle revêt le plus souvent un caractère irrégulier et présente des alternatives nombreuses d'amélioration et d'aggravation. En outre, il est très-fréquent que la période de suppuration manque complètement, et la maladie passe fréquemment de la période d'inflammation à celle de réparation, sans qu'il y ait formation de pus.

La marche des tumeurs blanches est en général très-lente, et c'est là, comme nous l'avons dit, un des caractères de la maladie. Sa durée se mesure, non par des mois, mais par des années. Enfin elle peut se terminer de différentes manières. Tantôt, avant que la suppuration se soit produite, on voit peu à peu diminuer, puis disparaître le gonflement et la douleur: la guérison a lieu par résolution, mais il est rare cependant que les mouvements de l'articulation recouvrent leur intégrité parfaite. Les malades conservent de la gêne, de la roideur, et restent exposés à des rechutes.

Dans d'autres cas, la maladie étant parvenue à sa seconde période, la suppuration se tarit peu à peu, les fistules se ferment, la santé générale s'améliore. Mais quand on a été assez heureux pour se rendre maître des désordres organiques, la guérison ne peut être obtenue qu'au prix d'une