

un peu plus d'un malade sur deux. De plus, le tiers des opérés environ ont conservé un membre utile, au point que plusieurs d'entre eux pouvaient marcher sans autre aide qu'une canne et un talon élevé.

Les indications et les contre-indications de la résection de la hanche se tirent de l'état général et de l'état local des malades. Ainsi, la phthisie pulmonaire bien confirmée, l'hecticité, la coexistence d'une maladie grave, doivent contre-indiquer l'opération.

La luxation de la tête fémorale, accompagnée d'altérations osseuses, de trajets fistuleux, est une des conditions les plus favorables pour pratiquer la résection. A l'époque où l'on commença à préconiser cette opération, on ne la pratiquait que dans ces circonstances. Cependant on peut dire aujourd'hui que la résection est encore indiquée lorsqu'il n'existe pas de luxation, que les désordres locaux résistent à tous les moyens de traitement et que la santé générale décline visiblement. Sur 32 opérés, sans luxation de la tête fémorale, on a constaté 16 guérisons, 9 morts, et 7 cas douteux (1). Cependant la résection ne doit pas être tentée, lorsque l'extension de la carie, soit au fémur, soit au bassin, nécessiterait une ablation trop considérable.

RÉSECTION DE LA HANCHE. — Parmi un grand nombre de procédés, nous donnons la préférence à celui que Lefort a indiqué. Le malade sera préalablement couché sur le côté

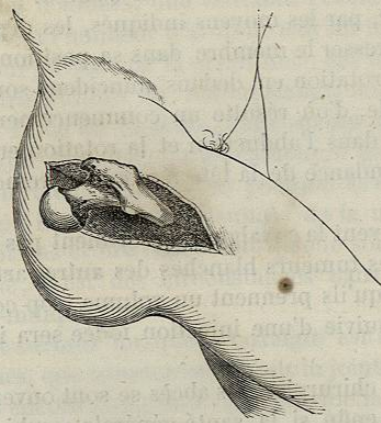


FIG. 21. — Résection de la hanche.

sain, la jambe et la cuisse en flexion légère. Une incision curviligne parallèle aux bords supérieur et inférieur du grand trochanter, à 2 centimètres en arrière, permettra d'arriver sur la tête du fémur sans que l'on ait à craindre de léser le nerf sciatique. Le membre sera porté par un aide dans l'adduction et la rotation en dedans, de manière à faire saillir l'extrémité du fémur, à mesure qu'on en détachera les parties molles. On réséquera intégralement toute la portion osseuse malade, puis on explorera avec soin le fond et les bords de la cavité cotyloïde, que l'on ruginera si cela est nécessaire. Ce temps de l'opération serait facilité par une incision horizontale convertissant en T la branche verticale de la première. Enfin le membre opéré devra être immobilisé à l'aide de l'un des appareils que nous avons décrits, et que l'on modifiera facilement de manière à laisser à découvert la plaie résultant de l'opération.

(1) Isaac, thèse de Strasbourg, 1865, p. 13.

§ X. — Tumeur blanche de l'articulation du genou.

La tumeur blanche du genou est une de celles que l'on observe le plus fréquemment. C'est pour cette raison, et aussi parce que l'étendue et la position superficielle de la jointure permettent de suivre facilement les symptômes et la marche de la maladie, que la tumeur blanche du genou est prise ordinairement pour type dans la description des tumeurs blanches en général.

Relativement à l'étiologie, nous rappellerons seulement que l'articulation fémoro-tibiale, en raison de sa situation superficielle, est plus que toute autre exposée aux plaies, aux contusions, en un mot, à l'action des causes vulnérantes de toute espèce, et ces causes ont ici une plus grande part que partout ailleurs dans la production de la maladie.

Les altérations anatomiques des parties molles et dures prennent souvent un développement considérable, par suite de la grande surface de la synoviale et du volume des extrémités articulaires.

Ces altérations sont décrites dans l'article consacré à l'étude des tumeurs blanches en général.

SYMPTOMATOLOGIE. — La tumeur blanche du genou débute par une douleur augmentant par la pression et par les mouvements, tantôt étendue à toute l'articulation, tantôt bornée à l'une de ses parties, pouvant offrir tous les degrés, depuis le plus léger jusqu'au plus intense. Quelquefois des douleurs sympathiques se font sentir, à la jambe, au pied, aux orteils; dans quelques cas rares, elles remontent le long de la cuisse.

Le gonflement, qui ne tarde pas à se montrer, produit une déformation particulière de la jointure. Les dépressions situées normalement de chaque côté du ligament rotulien sont remplacées par deux bosselures séparées par un sillon dû à ce ligament. Les creux qui existent à l'état ordinaire de chaque côté de la rotule et du tendon du triceps s'effacent, de manière que le genou prend une forme cylindrique. Dans les cas où le gonflement devient très-considérable, le triceps peut être soulevé, ainsi que les parties situées de chaque côté de la rotule, de sorte que celle-ci paraît déprimée. Le gonflement acquiert quelquefois des proportions énormes, au point que la circonférence du genou malade, mesurée au niveau de la rotule, dépasse de moitié celle du membre sain, et cette tuméfaction paraît encore plus considérable, en raison de l'amaigrissement de la cuisse et de la jambe qui augmente avec les progrès de la maladie.

C'est surtout dans la tumeur blanche du genou que l'on peut le mieux apprécier la nature des altérations et déterminer si le gonflement est dû à du liquide ou à des fongosités, et si les os sont augmentés de volume. La fluctuation vraie, la fausse fluctuation ou plutôt la mollesse spéciale aux fongosités, la dureté caractéristique des extrémités osseuses, permettront de reconnaître chacune de ces lésions. Cependant, même au genou, et

malgré le peu d'épaisseur des parties, il est quelquefois possible de prendre pour une collection de liquide un amas de fongosités.

La couleur de la peau est variable. Lorsque la maladie est déjà avancée, il est rare qu'elle conserve sa coloration normale, en raison de la position superficielle de la jointure. Il est assez fréquent de voir la peau sillonnée par des veines dilatées.

Quoique le membre puisse rester dans l'extension, la flexion du genou s'observe fréquemment, et quelquefois, dès le début, la jambe forme avec la cuisse un angle de 120 à 130 degrés; les muscles qui entourent l'articulation sont fortement contracturés. Aussi lorsque le malade est au lit, il est couché incomplètement sur le côté malade; le décubitus dorsal a lieu seulement lorsque le membre est dans l'extension.

Si la tumeur blanche est arrivée à la période de suppuration, les abcès s'ouvrent le plus ordinairement en dedans ou en dehors, au niveau des condyles fémoraux. Dans quelques cas, la synoviale distendue se rompt au niveau du cul-de-sac situé sous le triceps; le pus, s'infiltrant sous les attaches de ce muscle, peut fuser le long du fémur et apparaître à la partie interne ou externe de la cuisse. On l'a vu remonter jusqu'au grand trochanter.

Les luxations spontanées se produisent généralement pendant la période de suppuration; elles peuvent cependant être observées avant que celle-ci soit arrivée. Le déplacement le plus ordinaire est la luxation incomplète en dehors et en arrière, avec rotation en dehors. Elle se reconnaît à la position du pied, à la saillie du fémur en dedans, à celle du tibia en dehors, et à la direction de la crête de ce dernier os qui aboutit en dehors de la rotule. La luxation en arrière, que l'on rencontre quelquefois, est indiquée par la saillie du fémur en avant, et par la saillie en arrière des condyles du tibia.

DIAGNOSTIC. — Le diagnostic de la tumeur blanche du genou est en général des plus faciles. Elle se distingue de l'hydarthrose, qui offre une fluctuation franche, uniforme et sans douleurs.

La contracture spasmodique des muscles n'a de commun avec la tumeur blanche que la position vicieuse du genou; lorsque cette contracture s'accompagne de douleurs, celles-ci ont pour siège les muscles postérieurs de la cuisse, les côtés du creux poplité, mais ne se font jamais sentir sur les parties antérieure et latérales de l'articulation. De plus, on n'observe pas de gonflement.

Dans l'ostéite du fémur et du tibia, les douleurs et le gonflement ne répondent pas directement à l'articulation. S'il existe des trajets fistuleux, le stylet permet de reconnaître le siège exact des altérations osseuses.

PRONOSTIC ET TRAITEMENT. — Le pronostic de la tumeur blanche du genou est très-grave. Lorsque la guérison peut être obtenue, les fonctions du membre restent presque toujours plus ou moins gênées; l'ankylose osseuse est une terminaison fréquente de la maladie.

Lorsque la suppuration est survenue, on voit souvent la santé générale

s'altérer peu à peu; les malades tombent dans le marasme et ne tardent pas à succomber. La mort peut être hâtée par diverses complications locales, comme des hémorrhagies répétées, une gangrène de la jambe. Les complications pulmonaires sont extrêmement fréquentes.

Le traitement de la tumeur blanche du genou ne présente rien de particulier à noter. De même que pour la coxalgie, il est de la plus haute importance de placer et de maintenir le membre dans sa direction normale. On corrigera donc les positions vicieuses lorsqu'elles existent, et au genou comme aux autres jointures, le redressement brusque, aidé du sommeil anesthésique, nous paraît être la méthode à laquelle on devra accorder la préférence.

Quant aux appareils immobilisateurs, on peut employer la gouttière de fil de fer de Bonnet (fig. 22), qui, remontant jusqu'à mi-cuisse, immobilise assez complètement le genou et permet d'examiner le membre et d'appliquer les différents agents thérapeutiques. Mais cet appareil oblige les malades à garder le lit. Aussi doit-on lui préférer les divers bandages inamovibles ou amovo-inamovibles que nous avons décrits.

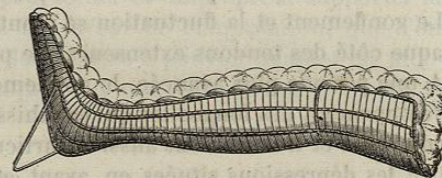


FIG. 22. — Gouttière de Bonnet.

Les abcès seront ouverts le plus tôt possible par la ponction simple, lorsqu'ils sont peu volumineux; dans le cas contraire, on pourra employer la ponction sous-cutanée. Les injections iodées seront souvent très-utiles.

Enfin, si, malgré l'emploi des moyens thérapeutiques ordinaires, les phénomènes généraux et locaux vont toujours en s'aggravant; s'il n'existe aucune des contre-indications que nous avons eu soin d'indiquer en parlant des tumeurs blanches en général, l'amputation de la cuisse ou la résection du genou restent encore comme dernières ressources.

Sans nous prononcer d'une manière absolue sur la valeur comparative de ces deux opérations, nous pensons cependant que l'amputation doit être préférée dans l'immense majorité des cas. La résection, en effet, malgré les succès qu'elle a donnés à l'étranger, et surtout en Angleterre (1), a très-rarement réussi en France, et a presque toujours donné des résultats détestables, laissant à sa suite des membres ankylosés, difformes et notablement raccourcis, surtout lorsque l'opération a été pratiquée chez de jeunes enfants, l'accroissement du membre inférieur ayant été arrêté par l'ablation des extrémités articulaires du fémur et du tibia.

§ XI. — Tumeur blanche de l'articulation tibio-tarsienne.

La tumeur blanche de l'articulation tibio-tarsienne coexiste très-sou-

(1) Lefort, *De la résection du genou* (Mém. de la Société de chirurgie, t. VI).

vent avec celle des articulations tarsiennes. Cependant elle se montre quelquefois isolément.

Les causes traumatiques jouent un grand rôle dans son développement, et une entorse même légère, chez un sujet prédisposé, devient souvent l'origine de la maladie.

Celle-ci débute par des douleurs vives, siégeant sur les parties latérales de l'articulation, augmentant par les mouvements de flexion et d'extension, et empêchant bientôt le malade d'appuyer le pied sur le sol, d'où résulte d'abord une claudication légère, puis une impossibilité complète de la marche.

Les douleurs s'irradient quelquefois du côté du pied, et principalement vers le gros orteil ; dans d'autres cas, elles remontent le long de la jambe, et se font sentir principalement à sa partie postérieure.

Le gonflement et la fluctuation se montrent en avant des malléoles, de chaque côté des tendons extenseurs. Le pied est plus ou moins étendu.

A une période plus avancée, le gonflement augmente, et, par suite du développement des fongosités qui envahissent le tissu cellulaire, les gaines tendineuses et très-souvent aussi les articulations du tarse, on voit disparaître les dépressions situées en avant et en arrière des malléoles, de chaque côté du tendon d'Achille ; les malléoles elles-mêmes participent à l'inflammation et augmentent de volume. La tumeur prend alors une forme irrégulièrement arrondie, et la peau de la région devient rouge, violacée, sillonnée de veines saillantes.

Lorsque les articulations du tarse participent aux mêmes lésions, le cou-de-pied représente une masse informe, offrant quelquefois une circonférence double de celle du cou-de-pied sain, et paraissant d'autant plus énorme, que la jambe, d'une part, et le métatarse et les orteils, d'autre part, sont grêles et atrophiés.

Les abcès, généralement multiples, se montrent de préférence en avant des malléoles ; le pus suit quelquefois les gaines musculaires et remonte du côté de la jambe ; enfin les malléoles, souvent frappées de carie ou de nécrose, sont mises à nu.

On observe quelquefois des déplacements du pied. L'extension, qui existe généralement au début, peut augmenter, et il se fait une semi-luxation en avant. Dans certains cas, le pied est en même temps incliné, soit en dedans, soit en dehors.

Le *diagnostic* de la tumeur blanche tibio-tarsienne est en général facile. La seule difficulté réelle est de reconnaître si la lésion est limitée exactement au cou-de-pied, ou si quelques-unes des articulations du tarse ne sont pas affectées en même temps. Nous reviendrons sur ce point.

Le *pronostic* est assez sérieux. Non-seulement la tumeur blanche tibio-tarsienne peut entraîner la mort, mais encore elle laisse après elle une ankylose et souvent une position vicieuse du pied, qui gêne considérablement la marche. Elle est enfin très-sujette à récidiver.

Le *traitement* comprend l'ensemble des moyens ordinaires : le pied

sera placé dans la flexion à angle droit sur la jambe et maintenu, soit à l'aide d'une gouttière de fil de fer, ou mieux encore à l'aide d'un appareil inamovible.

Quant aux opérations applicables à la tumeur blanche tibio-tarsienne, nous pensons qu'on peut établir la supériorité incontestable de l'amputation sur la résection. En effet, dans un grand nombre de cas, il est fort difficile de reconnaître les limites précises des altérations, qui s'étendent souvent aux articulations et aux os du tarse. Par la résection des surfaces articulaires, on n'est donc pas assuré d'enlever complètement toutes les parties malades ; la suppuration persiste indéfiniment, et il faut en venir à une opération plus radicale. On doit encore tenir compte des résultats fournis par la résection tibio-tarsienne, qui, en cas de succès, laisse généralement à sa suite un membre peu solide et impropre à supporter la fatigue. Ces raisons plaident donc en faveur de l'amputation, que l'on pratiquera aussi bas que possible, de manière à pouvoir adapter au moignon un de ces appareils prothétiques qui ont reçu de nos jours un si grand degré de perfectionnement.

§ XII. — Tumeurs blanches du pied.

Les tumeurs blanches tarsiennes et tarso-métatarsiennes paraissent souvent consécutives à des ostéites limitées d'abord à l'un des os spongieux et vasculaires qui composent le tarse. Lorsque l'inflammation s'est développée en un point, il est rare qu'elle ne s'étende pas rapidement aux articulations et aux os voisins. Cependant elle reste quelquefois très-limitée.

La douleur augmentant par la pression, par la marche, par les mouvements imprimés au tarse, le cou-de-pied étant maintenu immobile ; n'augmentant pas au contraire par les mouvements du pied sur la jambe ; le gonflement de la face dorsale du pied ; les abcès et les trajets fistuleux qui se forment également au dos du pied et qui conduisent sur des portions osseuses plus ou moins étendues, affectées de carie ou de nécrose : tels sont les signes qui permettront de reconnaître l'existence de la tumeur blanche tarsienne ou tarso-métatarsienne ; mais il sera très-souvent difficile de déterminer exactement les limites de la maladie.

Les tumeurs blanches des articulations métatarso-phalangiennes et phalangiennes ne présentent rien de particulier à noter.

Quant au traitement des tumeurs blanches du pied, il consistera dans l'emploi des moyens habituels. L'immobilisation sera facilement obtenue à l'aide d'appareils inamovibles. L'intervention chirurgicale devra toujours être très-prudente, surtout chez les jeunes sujets, qui finissent souvent par guérir après l'élimination d'un ou de plusieurs séquestres. Cependant on pourra quelquefois aider le travail de la nature, soit par l'extraction des parties nécrosées et mobiles, soit par l'évidement des os malades.

C'est seulement lorsque la totalité du tarse est envahie par la suppuration et que la santé générale s'altère de plus en plus, que l'amputation du pied est indiquée. Si l'articulation tibio-tarsienne est intacte et si l'état des parties molles permet de tailler des lambeaux convenables, on pratiquera la désarticulation du pied. Dans le cas contraire, on aurait recours à l'amputation de la jambe à sa partie inférieure.

Pour les tumeurs blanches des orteils, la seule opération qui leur soit applicable, c'est l'amputation, si l'on excepte l'articulation métatarsophalangienne du premier orteil, dont on pourra tenter la résection.

ARTICLE III.

PSEUDOPLASMES DES ARTICULATIONS.

Sous ce titre, nous décrirons presque exclusivement les corps étrangers organiques des articulations; nous dirons ensuite quelques mots des tumeurs cancéreuses. Quant aux kystes articulaires, ils ont été étudiés à l'article *Ganglions*.

§ 1^{er}. — Corps étrangers organiques des articulations. — Arthrophytes.

Nous désignons sous le nom d'*arthrophytes* ou de *corps étrangers organiques des articulations* des productions pathologiques, de nature, de consistance et de forme variables, se développant, soit autour des articulations, soit dans l'intérieur même de celles-ci, où leur présence est la source de divers accidents. Cette définition exclut par conséquent les projectiles et autres corps étrangers venus du dehors, et qu'une violence extérieure a fait pénétrer dans les cavités articulaires, à travers une plaie des téguments.

La plupart des dénominations proposées pour désigner ces produits de nouvelle formation sont plus ou moins defectueuses. Les noms de *pierres articulaires* (A. Paré), de *cartilages libres* (S. Cooper), de *cartilages mobiles des articulations* (Velpeau), doivent être rejetés comme présumant d'une manière trop restreinte de la nature et du degré de fixité de ces productions. Nous rejetons également le nom de *corps étrangers mobiles ou flottants des articulations*, proposé par Nélaton, attendu qu'il peut s'appliquer aussi bien aux corps étrangers venus du dehors, et que, tout en ne préjugant rien de la nature de ces corps, il n'indique pas suffisamment que ceux-ci constituent des productions pathologiques nouvelles. A ces diverses désignations nous préférons celles de *corps étrangers organiques des articulations* (Cruveilhier) ou d'*arthrophytes* (Panas), qui indiquent nettement qu'il s'agit de productions de nouvelle formation.

HISTORIQUE. — Il faut remonter jusqu'à A. Paré (1558) pour trouver le premier fait de corps étranger articulaire dont il soit fait mention dans les auteurs. Sept ans plus tard, un médecin allemand, Wagner, rencontra un de ces corps étrangers dans l'articulation du genou d'un bœuf. En 1691, Péchlin publie un fait dans lequel un corps étranger cartilagineux du

genou fut extrait par lui avec succès. Al. Monro, en 1726, faisant l'autopsie d'une femme de quarante ans qui avait été pendue, trouva dans le genou un corps étranger du volume d'une fève. Dans les mêmes circonstances, Morgagni (lettre 57) observa un grand nombre de petits corps articulaires. Enfin, en 1736, Simpson (d'Édimbourg) relate avec détails le fait d'un corps volumineux qu'il a extrait du genou. Depuis cette époque, les observations se sont multipliées, et l'histoire des corps étrangers des articulations peut être considérée aujourd'hui comme à peu près complète.

A. PARÉ, édit. Malgaigne, t. III, p. 32, 1840. — WAGNER, *Ephem. natur. cur.*, dec. 2, 1685. — J. N. PECHLINUS, *Observ. phys. med.* Hamb., 1691. — MONRO, *Med. Essays and Observ.*, t. IV, p. 244. — SIMPSON, *ibid.*, p. 79. — BIERMANN, *De corporibus juxta articul. mobilibus*. Wurzb., 1696. — SCHREGER, *Ueber die beweglichen Concremente in den Gelenken*. Erlangen, 1815. — KOHLER, *De corporibus alienis in articulis obviis*. Berol., 1827. — BAUMERS, *Des corps étrangers du genou*, thèse de Paris, 1848. — MOREL-LAVALLÉE, *Sur les corps étrangers articulaires*, thèse de concours, 1853. — GALLEN, *De corporibus heterogeneis in articulis*. Berol., 1855. — DIAZ TORRIENTE, *Des corps étrangers des articulations*, thèse de Paris, 1856. — FORTSMANN, *De muribus in articulis*. Berol., 1858. — JEUNEHOMME, *Corps mobiles des articulations*, thèse. Strasbourg, 1864.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — Presque toutes les articulations mobiles peuvent présenter des corps étrangers, mais l'articulation tibio-fémorale est celle où on les rencontre le plus fréquemment. Après l'articulation du genou viennent, par ordre de fréquence, celle du coude, de la hanche, du pied, de l'épaule, et enfin de la mâchoire.

Une distinction importante doit être faite relativement au siège des corps étrangers articulaires : tantôt, en effet, ils sont situés dans la cavité articulaire elle-même; tantôt ils sont en dehors de cette cavité, dans le tissu cellulaire sous-synovial; tantôt, enfin, ils font une égale saillie en dedans et en dehors de la synoviale.

Les corps étrangers extra-articulaires sont plus rares; leur histoire est moins complète que celle des corps intra-articulaires, et cela probablement à cause de leur innocuité, qui fait que rarement il est nécessaire d'en pratiquer l'extraction. Quelle que soit leur origine, ces corps étrangers sont toujours situés en dehors de la membrane synoviale à laquelle ils adhèrent plus ou moins intimement. Cependant ils jouissent ordinairement d'une certaine mobilité, leurs adhérences au tissu cellulaire ambiant étant très-lâches.

Plus fréquents de beaucoup et mieux étudiés par conséquent, les corps intra-articulaires offrent deux variétés : les uns sont libres, sans adhérence à la synoviale et mobiles dans l'articulation, à moins que leur volume excessif n'empêche leur déplacement; les autres, au contraire, sont fixés par un pédicule de longueur et d'épaisseur variables; leurs mouvements sont alors limités ou même impossibles.

Le degré de mobilité de ces corps flottants est en raison des dimensions