compagnent l'arthrocace, soit dans les suites qu'elle peut avoir, soit dans les procédés opératoires que leur traitement peut exiger, des modifications importantes qui nous mettent dans la nécessité de décrire rapidement cette maladie en la considérant dans les principales articulations.

L'inflammation des articulations vertébrales (*spondylarthrocace*, Rust) affecte le plus ordinairement l'articulation de l'atlas avec l'axis; quelquefois cependant on l'observe dans celle de l'occipital avec l'atlas, très rarement dans les articulations des autres vertèbres cervicales entre elles, et presque jamais dans celles des vertèbres dorsales ou lombaires.

C'est ordinairement à la suite de la chute de quelques corps graves sur la tête que se développe l'inflammation des parties osseuses qui concourent à l'articulation de l'occipital avec l'atlas; il paraît que le premier de ces os est plus souvent affecté primitivement que le second. Les symptômes qui l'accompagnent dans la première période de son développement sont fort obscurs; ils se bornent à une douleur vague dans la partie supérieure du pharynx ou dans la profondeur de la région sous-occipitale. Dans la seconde période, la tête exécute peu à peu un mouvement de bascule peu marqué, soit d'avant en arrière, soit d'arrière en avant, soit latéralement, selon que les deux condyles sont affectés dans leur partie postérieure, dans leur partie antérieure, ou que l'un des deux seulement augmente de volume. Dans la troisième période, l'occipital glisse peu à peu sur les masses latérales de la première vertèbre; si ce mouvement de locomotion s'exécute d'arrière en avant, le menton semble allongé, et l'occiput raccourci; si c'est d'avant en arrière, le menton se rapproche du cou, et l'occiput paraît allongé; si c'est d'un côté à l'autre, la tête s'incline plus ou moins fortement d'un côté; mais ce qui distingue cette maladie de celle qui a son siége dans l'articulation des deux premières vertèbres entre elles, c'est que les mouvements latéraux de la tête sont conservés; de quelque côté qu'elle se porte, un engorgement profond se manifeste dans la région sous-occipitale, et la pression y devient douloureuse; souvent aussi il survient une gêne plus ou moins considérable dans la déglutition, parce que la tuméfaction se prononce vers la partie la plus supérieure de la paroi postérieure du pharynx. En même temps que la tête se déplace, la moelle épinière se trouve com-

primée à son entrée dans le canal vertébral, et les mouvements volontaires de tout le corps, y compris ceux de la respiration, deviennent ordinairement de plus en plus difficiles ou même impossibles. Cependant, quand la maladie marche avec lenteur, le rétrécissement du canal, et par conséquent la compression de la moelle vertébrale, peuvent être portés très loin sans qu'il en résulte beaucoup de difficulté dans les mouvements.

Quelquefois les malades guérissent dans la position qui vient d'être décrite; mais le plus souvent la maladie fait des progrès, et passe à la quatrième période : alors la suppuration s'établit; les abcès se font jour, soit dans le pharynx, soit sur les parties latérales supérieures ou postérieures et supérieures du cou. Si le malade est bien constitué, on voit encore, dans quelques cas heureux, la suppuration tarir peu à peu, et les malades guérir en conservant la tête déviée; mais ordinairement la gêne des mouvements augmente de plus en plus, et comme le lieu où la moelle est comprimée est supérieur à l'origine des nerfs diaphragmatiques, le sujet ne tarde pas à périr d'asphyxie, avant même que le pus se soit fait jour au-dehors.

Lorsque la maladie a son siége dans l'articulation de la première vertèbre avec la seconde, le malade commence par éprouver dans la partie supérieure de la région cervicale une douleur profonde, plus forte pendant la nuit que le jour, et qui devient très vive pendant les mouvements de rotation de la tête. Cette douleur augmente aussi lorsqu'on presse fortement la région postérieure et supérieure du cou, lorsque le malade avale de gros morceaux, lorsqu'il fait de profondes inspirations. Peu à peu ces accidents augmentent si l'on n'y porte pas promptement remède; les douleurs se concentrent rapidement à la région occipitale; elles deviennent insupportables dès le moindre mouvement de la tête, qui se penche sur l'épaule opposée au côté où le mal s'est d'abord développé, par l'effet de l'augmentation de volume de l'apophyse articulaire. A cette époque, il arrive assez souvent que la position du malade semble s'améliorer, les douleurs diminuent, et les mouvements reprennent un peu de liberté, mais cette amélioration n'est pas durable; les accidents ne tardent pas à se renouveler : la tête s'incline en arrière et du côté opposé à celui où elle s'était d'abord portée, parce que la carie détruit l'articulation, et que l'atlas perd son soutien de ce côté; le malade ne

peut plus la mouvoir sans le soutien de ses deux mains; toutes les positions lui deviennent insupportables; les membres se paralysent; les accidents colliquatifs se déclarent, et la mort survient presque toujours d'une manière brusque et inopinée pendant quelques mouvements de la tête, ou bien le malade périt d'asphyxie.

Dans beaucoup de cas, l'articulation de la première vertèbre avec l'occipital se trouve compromise en même temps que son articulation avec l'axis. Les symptômes se composent de tous ceux que nous avons indiqués pour ces deux maladies en particulier. Les altérations pathologiques qu'on rencontre à l'ouverture des corps sont alors très variées : quelquefois l'occipital seul s'est déplacé; d'autres fois, c'est la première vertèbre qui paraît s'être dérangée seule, et avoir glissé entre l'occipital et la seconde vertèbre. Quelquefois les parties se sont consolidées dans la position nouvelle qu'elles ont prise, et l'on trouve de grandes ossifications qui s'étendent de l'occipital à la première, à la seconde, et même à la troisième vertèbre. Dans tous ces cas, le canal vertébral est fortement rétréci, et la moelle épinière, serrée, étranglée et presque coupée, est ordinairement enflammée et ramollie au point correspondant, à moins que l'affection ne soit très ancienne. La maladie peut également se développer dans les apophyses articulaires de toutes les vertèbres; il est remarquable cependant qu'elle s'établit plus fréquemment dans la région cervicale qu'ailleurs; tandis que, comme nous l'avons dit, l'inflammation centrale du corps de l'os attaque plus spécialement les vertèbres lombaires et dorsales. Au reste, les symptômes de ces deux affections sont tellement semblables, qu'il est à peu près impossible de distinguer la spondylarthrocace de la variété de vertébrite non accompagnée de gibbosité considérable. Le traitement de l'inflammation des apophyses articulaires des vertèbres, en quelque articulation qu'elle se développe, est absolument le même que celui de l'ostéite vertébrale.

Lorsque la maladie a son siége dans l'articulation de la clavicule avec le sternum (*cléidarthrocace*, Rust), elle est des plus faciles à reconnaître. C'est en haut et en avant que s'opère le déplacement. Elle ne compromet pas la vie du sujet. On ne pratique jamais la résection ni l'amputation de l'os.

Quand elle attaque l'articulation scapulo-humérale (*omarthrocace*, Rust), c'est souvent à l'occasion d'un violent tiraillement de l'articulation qu'elle se développe, et cependant il paraît que c'est par la tête de l'humérus qu'elle débute ordinairement. La douleur locale caractéristique de la première période est très vive, et augmente non seulement par les mouvements du bras, mais aussi par ceux de l'avant-bras; celui-ci éprouve un sentiment de lassitude très marqué. Dans la seconde période, le gonflement de la tête de l'humérus est très apparent; la douleur, sans quitter l'articulation malade, se fait sentir quelquefois très vivement dans le coude; le membre maigrit et s'allonge; le deltoïde s'aplatit et paraît fortement tendu de haut en bas; l'aisselle se remplit : le coude, plus bas que celui du côté opposé, reste écarté du corps, sans qu'on puisse l'en approcher. Dans la troisième période, le membre se raccourcit tout-à-coup; le coude est dirigé en arrière et en dehors; l'épaule est aplatie, et la tête de l'humérus vient faire saillie au-dessus de la clavicule. Pendant la quatrième période, les abcès se font jour vers l'aisselle ou vers la partie antérieure de l'articulation. On a vu dans quelques cas les côtes s'enflammer, se carier, et un épanchement mortel se faire dans la poitrine. Cette maladie, très grave, compromet toujours la vie du sujet; elle peut, après que le déplacement est opéré, guérir par la formation d'une articulation anormale. C'est en devant et en arrière de l'articulation et sous l'aisselle qu'on applique les sangsues destinées à faire les saignées locales; c'est en devant et en arrière seulement qu'on applique les vésicatoires et les moxas. Lorsque toutes les ressources de l'art sont épuisées, on peut pratiquer l'amputation du membre dans l'article, ou faire la résection de la tête de l'humérus, si l'état des parties molles le permet. (Voyez *Moyens thérapeutiques des solutions de continuité.*)

Quand la maladie affecte l'articulation du coude (*olécrânarthrocace*, Rust), elle commence quelquefois par la tête du radius. La douleur est alors fixe en dehors de la partie supérieure de l'avant-bras, et elle augmente dans les mouvements de rotation de la main; mais souvent c'est l'extrémité inférieure de l'humérus qui est affectée primitivement. C'est sur les côtés de l'olécrâne que commence alors la tuméfaction. Le membre a une tendance marquée à la flexion; dans les derniers degrés de la maladie, il reste immobile dans cette position; et tandis que

toute l'articulation est gonflée, le bras et l'avant-bras sont frappés d'un amaigrissement très marqué. Cette maladie entraîne rarement la mort, quoique assez souvent les fistules restent intarissables. Il se forme fréquemment une ankylose du coude. C'est sur les côtés de l'articulation qu'il faut appliquer les sangsues, les vésicatoires et les moxas. Dans les cas où elle devient la source d'accidents colliquatifs, on pratique ordinairement l'amputation dans la continuité du membre et presque jamais dans l'article; on peut aussi faire la résection des os qui composent l'articulation.

Lorsque la maladie a son siége dans l'articulation du poignet (*chéirarthrocace*, Rust), c'est souvent par les os du tarse qu'elle commence. La douleur se fait sentir tantôt vers un point, tantôt vers un autre. Dès le début, le poignet se gonfle vers sa face dorsale, et la main se fléchit sur l'avant-bras. Cette flexion augmente dans la seconde période; et dans la troisième, les os de l'avant-bras, et surtout le cubitus, font saillie en arrière. Quand la carie se développe, c'est surtout dans les os du tarse qu'elle fait des ravages. Il est très rare que cette maladie, une fois arrivée à sa quatrième période, guérisse. Presque toujours l'inflammation s'étend des os de la première rangée du tarse à ceux de la seconde, et des fistules intarissables et nombreuses sont la suite de cette extension du mal. Cependant, malgré son étendue, il est rare que la carie du tarse et du poignet compromette les jours du malade; mais elle entretient le corps dans un état de maigreur et d'excitation habituelles qui forcent, lorsque toutes les autres ressources sont épuisées, à recourir à une opération chirurgicale. La nécessité où l'on serait de couper les tendons fléchisseurs ou extenseurs pour ouvrir l'articulation, le petit volume et la structure spongieuse des os du tarse, qui font que ces os sont toujours affectés dans toute leur épaisseur, et ne peuvent point être enlevés partiellement, rendent inutile ou impossible l'opération de la résection des surfaces articulaires, et c'est à l'amputation dans l'article ou dans la continuité de l'avant-bras qu'il faut avoir recours.

Quand la maladie a son siége isolément dans l'un ou l'autre des os du métacarpe, on peut l'enlever en sacrifiant le doigt correspondant. La même opération peut être pratiquée lorsque l'articulation métacarpo-phalangienne est le siége du mal; c'est au contraire dans cette dernière qu'on ampute le doigt, lorsque la maladie siége dans l'articulation phalango-phalangienne, et ainsi de suite. Nous verrons, en parlant des amputations, quelles sont les autres opérations de ce genre qu'on a conseillé de faire partiellement sur la main.

L'inflammation de l'articulation de la hanche est une de celles que les auteurs ont le mieux décrites; c'est elle qu'ils ont désignée sous les noms de *coxalgie*, de *luxation spontanée du fémur*, de *coxarthrocace* (Rust). Elle n'a point de causes spéciales. Pendant la première période, la douleur paraît et disparaît alternativement; la faiblesse de la cuisse est très marquée, et elle est accompagnée d'un sentiment de tension dans l'aine et de claudication; cette période ne dure quelquefois que quelques jours; d'autres fois, elle dure plusieurs mois et même plusieurs années. Dans la seconde, le membre est allongé et amaigri, le grand trochanter est placé plus bas et plus en dehors que celui du côté opposé, la fesse est aplatie, et son sillon est plus profond; le malade marche en *fauchant*, c'est-à-dire en faisant décrire horizontalement à son pied un demi-cercle en dehors, et sans l'éloigner du sol; il aide souvent le membre de la main correspondante. Il se déclare en même temps dans le genou une douleur très vive, et quelquefois assez forte pour détourner de la maladie principale l'attention d'un chirurgien peu exercé; dans quelques cas, cette douleur est accompagnée d'un gonflement notable. La troisième période est caractérisée par un raccourcissement lent ou brusque, mais toujours considérable du membre. La luxation est complète comme à l'épaule, et elle s'opère en haut et en dehors. La tête du fémur sortant par le côté supérieur et postérieur de la cavité cotyloïde, et entraînée par les muscles fessiers, glisse d'avant en arrière et de dehors en dedans, sur la face convexe de l'os des iles. La cuisse est fléchie et tournée dans une forte rotation en dedans; le grand trochanter est remonté et rapproché de la crête de l'os des iles; les muscles fessiers sont soulevés par la tête du fémur, et la fesse est arrondie et prolongée en arrière en forme de cône. Dans quelques cas heureux, surtout lorsque le sujet est jeune et bien constitué, et que la maladie provient d'une cause mécanique, la douleur locale et la gonalgie cessent, le gonflement diminue peu à peu, et, toutefois au bout d'un temps toujours assez long, le malade peut s'appuyer sur le membre rac-

courci et dévié, mais conservant une partie de ses mouvements. Il s'est alors formé une articulation anormale entre la tête du fémur et la face externe de l'os des iles. Quelques personnes citent même des cas plus heureux; des membres raccourcis depuis peu de temps auraient été ramenés à leur état naturel par les saignées locales et les révulsifs. Nous avons déjà dit que de pareils faits nous paraissent tout-à-fait impossibles à expliquer. Dans quelques cas aussi, mais rarement, on voit la luxation se faire en bas et en dedans sur le trou sous-pubien; le membre est alors allongé et dévié en dehors. Nous l'avons vue s'opérer en haut et en avant. Après ces dernières espèces de luxation, il peut également se former une fausse articulation; mais le plus souvent, quel que soit le sens dans lequel le déplacement s'est opéré, les douleurs locales et sympathiques reparaissent avec plus d'intensité; les sympathies du cœur et de l'estomac s'éveillent ou s'exaspèrent; des abcès se forment dans l'épaisseur de la fesse ou à la partie supérieure et interne de la cuisse; des taches livides apparaissent aux téguments, qui se perforent, et les ouvertures se transforment en orifices fistuleux. Si le malade guérit alors, ce n'est qu'après de longues douleurs et beaucoup de dangers, et en conservant une ankylose; dans les cas les plus nombreux, il succombe, épuisé par les accidents colliquatifs.

C'est surtout en arrière et en devant de l'articulation qu'on doit appliquer les sangsues dans cette maladie; c'est sur le grand trochanter, au-dessus, en arrière et au-devant de lui, qu'on promène les vésicatoires volants, et qu'on applique les moxas et les sétons. On peut, lorsque la vie du malade est mise en danger, pratiquer l'amputation du membre dans l'article; mais cette opération grave offre moins de chances de succès à la hanche qu'à l'épaule, non seulement à cause de l'énorme étendue de la peau, mais encore parce qu'il est impossible de retrancher la cavité cotyloïde lorsqu'elle est elle-même cariée, tandis qu'il n'est pas très difficile d'enlever l'angle antérieur de l'omoplate, et par conséquent la cavité glénoïde, lorsqu'elle participe à la maladie de la tête de l'humérus et des autres parties articulaires. La grande épaisseur des chairs qui environnent de toutes parts l'articulation coxo-fémorale rend tout-à-fait impossible la résection de la tête du fémur.

L'inflammation de l'articulation du genou, *tumeur blanche*, *gonalgie, gonarthrocace*, l'une des plus communes, est, en quelque sorte, celle que presque tous les auteurs donnent comme le type de ce qu'ils ont appelé tumeur blanche des articulations. La période d'invasion débute quelquefois par un gonflement brusque qui a lieu pendant la nuit, gonflement quelquefois indolent, plus souvent douloureux; d'autres fois, c'est une douleur vive sans gonflement; dans presque tous les cas, il y a flexion forcée et constante de la jambe sur la cuisse, avec contraction des muscles fléchisseurs, et impossibilité d'obtenir des malades qu'ils étendent leur membre, tant est vive l'appréhension de la douleur. Dans la deuxième période, la douleur diminue, mais l'articulation se gonfle généralement; les extrémités articulaires, et surtout les condyles du fémur, augmentent sensiblement de volume, et dans l'état de flexion du membre, ils font une saillie remarquable en avant. Quelquefois cependant c'est un seul des condyles, d'autres fois c'est le tibia qui est gonflé. La largeur des surfaces articulaires ne permet à la luxation de se faire complétement que dans un très petit nombre de cas, lorsque le mal est parvenu à sa troisième période. Dans quelques cas cependant, le tibia se luxe complétement en arrière; d'autres fois, il se porte en dedans ou en dehors, selon que la maladie affecte un seul ou les deux condyles de l'un ou de l'autre os. La maladie peut alors se terminer par résolution, mais le membre reste dans la flexion; et quoiqu'il ne soit pas ankylosé, les mouvements qu'il exécute sont si obscurs, qu'ils ne peuvent concourir en rien à ses usages. Dans ce cas, il ne se forme pas, à proprement parler, une pseudo-articulation; la portion de surface articulaire abandonnée perd son poli et disparaît, tandis qu'elle semble s'être étendue du côté où l'os déplacé s'est porté. Lorsque la maladie passe à la quatrième période, les malades peuvent encore guérir par la soudure mutuelle des extrémités articulaires; mais dans le plus grand nombre des cas, ils périssent dans le marasme. L'inflammation des parties articulaires du genou est une des plus graves des maladies de ce genre.

C'est autour de la rotule, et sur le condyle du fémur et du tibia, qu'il faut faire les applications de sangsues. Quand on applique les vésicatoires, ordinairement on en place un, dont on entretient la suppuration, sur la rotule même, et on en promène ensuite, autour de l'articulation malade, un plus ou moins

BIBLIOTECA

grand nombre qu'on fait sécher immédiatement. C'est sur les condyles du fémur et du tibia, de chaque côté du ligament de la rotule et du tendon du muscle droit antérieur, qu'on applique les moxas et les sétons. Lorsque le mal est jugé au-dessus des ressources ordinaires de l'art, on pratique l'amputation de la cuisse, et l'on fait la résection des extrémités articulaires du fémur et du tibia. Cette opération a été faite plusieurs fois avec succès.

L'inflammation des os qui composent l'articulation du pied (*podarthrocace*, Rust) est fort commune. Elle survient le plus souvent à la suite d'une entorse; c'est dire qu'ordinairement elle commence par les ligaments; elle n'offre pas de symptômes particuliers. Le déplacement peut se faire en avant, en arrière et de côté; c'est plus souvent en arrière qu'il s'opère, mais il n'est jamais complet vu la grande profondeur de l'articulation; c'est plutôt une tendance au déplacement qu'un déplacement véritable. On applique les sangsues, les vésicatoires volants et les moxas tout autour de l'articulation; c'est plutôt au-dessous des malléoles que partout ailleurs qu'on passe les sétons.

Les inflammations des différentes articulations du pied ne présentent rien de remarquable dans leur marche et dans leur traitement; celles du tarse se confondent presque toujours avec l'inflammation des os eux-mêmes: on peut, lorsque la maladie n'a pu être arrêtée et qu'elle commence à réagir sur les organes principaux, enlever les os malades en pratiquant l'amputation partielle du pied. Quand la maladie attaque l'un des orteils, si c'est l'articulation de la première avec la seconde phalange qui est malade, on fait l'amputation dans l'articulation phalango-phalangienne; si c'est cette dernière qui est affectée, on ampute dans l'articulation métatarso-phalangienne; enfin, si celle-ci est le siége de la maladie, on fait la résection de l'os du métatarse correspondant.

FIN DU TOME PREMIER.

100

BIBLIOTECA

TABLE DES MATIÈRES

CONTENUES DANS LE TOME PREMIER.

PROLÉGOMÈNES.

Considérations générales sur la pathologie. . . . . page 1

PATHOLOGIE GÉNÉRALE.

Des causes des maladies. . . 3
Des symptômes des maladies. . 12
De la marche des maladies. . 14
De la durée des maladies. . . 19
Des terminaisons des maladies. 20
Du diagnostic des maladies. . 22
Du pronostic des maladies . . 26
Du traitement des maladies. . 28
De la nature et de la classification des maladies. . . . 30

PATHOLOGIE SPÉCIALE.

PREMIÈRE CLASSE DE MALADIES.

Altérations des tissus, consistant dans un appel plus considérable que dans l'état normal, des fluides qui les parcourent naturellement, avec augmentation de l'irritabilité, ou IRRITATIONS. . . . 36

De l'irritation en général. . . 36
Irritations continues. . . . 43
Irritation sympathique, ou sympathies. 55
Traitement général de l'irritation continue. 68
Médication asthénique directe. 69
— indirecte ou révulsive. . . 78
— asthénique empirique. . . 85
Médicaments spéciaux. . . . 86
Régime. 88
Moyens thérapeutiques de l'irritation. 90
Saignée. 91
Sangsues. 110
Ventouses. 112
Grandes ventouses. 114
Bdellomètre. 115
Acupuncture. 116
Mouchetures. 117
Scarifications. 118
Incisions et débridements . . 119
Compression. . . . . ib.
Embrocations ou onctions . . 121
Fomentations. . . . . ib.
Cataplasmes. . . . . ib.
Frictions. 122
Endermie. 123
Rubéfiants . . . . . ib.
Vésicatoires. 124
Eau bouillante. 125
Pommade ammoniacale et ammoniaque pure. 126
Moxas. . . . . ib.
Fonticule ou cautère. . . . 127
Séton 129
Ordre premier. Irritations inflammatoires ou inflammations 133
De l'inflammation en général . ib.
Inflammations du système cellulaire. 142
Considérations générales. . ib.
Du phlegmon 143
Du panaris. 154
Plegmon de la cavité orbitaire. 156
— sous-maxillaire. . . . 157
— de l'aisselle. 158
— des mamelles 159
— du larynx 161
— du médiastin. 163
— de l'abdomen. 164
— du tissu cellulaire situé autour des reins. . . 165