une partie de ses mouvements. Nous ne saurions trop recommander, dans cette circonstance, les ingénieux appareils de Bonnet, de Lyon.

L'ankylose complète est au-dessus des ressources de l'art; cependant, il y a quelques années, M. Louvrier a imaginé une machine destinée à rompre brusquement les ankyloses. Nous ne pouvons conseiller un semblable mode de traitement, car les malades soumis à l'action de cette machine ont éprouvé quelques-uns des accidents tellement graves, que la mort en a été la conséquence, et les autres, chez lesquels on n'a constaté aucun accident, n'ont recueilli presque aucun bénéfice d'une opération qui les exposait aux plus grands dangers.

La section des os et l'établissement d'une pseudarthrose ont été conseillés par Rhéa-Barton, Maisonneuve; malgré les succès qui ont été enregistrés, nous ne conseillons pas un semblable procédé, dont la moindre conséquence est d'exposer aux accidents des fractures avec plaie.

BIBLIOGRAPHIE. — A. Paré, *Œuvres*, par Malgaigne, 1841, t. II, p. 320. — F. de Hilden, *De ichore, etc.*, 1575, chap. XXV et XXVI, p. 881 et suiv. — Verduc, *Traité des lux. et des bandages*, 1689, p. 247. — W. Muller, *De anchylosi*, Lugd. 1707. — J. L. Petit, *Traité des mal. des os*, 3e éd., 1735, t. I. p. 350.—Duverney, *Traité des mal. des os*, 1751, t. II, p. 350. — Hunter, *Œuvres complètes*, trad. Richelot, 1843, t. I, p. 578. — Pouteau, *Œuvres posthumes*, 1784, t. II, p. 1 (*Mém. sur les eng. séreux etc.*, *Fausses ankyloses*).— Richerand, *Leç. du citoyen Boyer, etc.*, 1803, t. II, p. 229, et *Nosographie chirurg.*, 1805, t. II, p. 288. — Jourdan, *Dict. des sc. méd.*, 1811, t. II, p. 168. — Leveillé, *Nouvelle doct. chirurg.*, 1812, t. II, p. 603. — Rhea Barton, *On the trait. of ankylosis*, Philadelph., 1827.— Sanson, *Dict. de méd. et ch.* en 15 vol. (Ankylose), 1829, t. III, p. 12. — Cruveilhier, *Anat. path. du corps humain*, 1830, liv. I, p. 2, et *Traité d'An. path. gén.*, 1849, t. I, p. 280. — J. Cloquet et Béclard, *Dict. de méd.* (Ankylose), 1833, t. III. — Millet, *Manuel d'orthopédie*, 1835. — A. Berard, *Dict.* en 30 vol., 1838, t. XVIII. — Rhea Barton, *Nouv. trait. de l'ankylose*, in *Gaz. méd. de Paris*, 1838, p. 328. — Louvrier, *Institut. pour le redr. des membres*, 1841 (*Rapp. de A. Bérard à l'Acad. de méd.*). — Mayor, *Traitement accéléré des ankyloses*, 1841. — Teissier (de Lyon), *Effets de l'immobilité absolue des articul.*, in *Gaz. méd.*, 1841, p. 284 et 324. — Bonnet, *Traité des mal. des articul.*, Lyon, 1845, t. II, p. 128; et *Traité de thérap. des mal. art.*, Paris, 1853, p. 301; *Nouv. méthode de trait., etc.*, 2e éd., Paris, 1860. — V. Duval, *Traité pratique de la fausse ankyl. du genou*, 2e éd., 1843. — Lacroix, *De l'ankylose*, in *Ann. de la ch.*, 1843, t. IX, p. 444. — Boyer, *Traité des mal. chirurg.*, 5e éd., Ph. Boyer, 1845, t. III, p, 1024. — Nélaton, *Eléments de path. chirurg.*, 1847-48, t. II, p, 229. — Ph. Boyer, *De l'ankylose*, th. de concours, 1848.—Richet, *Des opérat. applicables aux ankyloses*, th. de concours, 1850. — Denonvilliers et Gosselin, *Comp. de chirurgie*, 1851, t. II, p. 469. — Gerdy, *Mal. des org. du mouv.*, 1855, p. 540. — Vidal (de Cassis), *Traité de path. ext.*, 5e éd., Fano, 1861, t. II, p. 443. — Malgaigne, *Leçons d'orthopédie*, rédigées par Guyon et Panas, 1862, p. 40, 52, 70, 195. — Maisonneuve, *Applicat de la méth. diaclastique*, in *Clinic. chirurgicale*, 1863, t. II, p. 622. — Estradère, *Du massage*, thèse de Paris, 1863. — Denucé, *Nouv. dict. de méd. et chirurg. prat.*, 1865, t. II, p. 517.

Art. IX. — Luxations pathologiques.

Nous désignons sous le nom de *luxations pathologiques* les déplacements consécutifs aux tumeurs blanches. Nous n'avons donc point à entrer dans des généralités puisqu'elles ont été exposées plus haut. Nous décrirons dans les paragraphes qui suivent les diverses espèces de tumeurs blanches et les luxations qui peuvent les accompagner.

I. Tumeur blanche de l'articulation temporo-maxillaire.

La tumeur blanche de l'articulation temporo-maxillaire est rare; elle affecte quelquefois les deux articulations, d'autres fois elle est bornée à un seul côté.

Elle présente les caractères suivants : tuméfaction et empâtement de la région temporo-maxillaire, douleur vive dans les mouvements de mastication, diminution de l'ouïe par suite du rétrécissement, et quelquefois de l'oblitération du conduit auditif externe, trajets fistuleux qui donnent passage à du pus généralement fétide, et au fond desquels on sent le condyle et le temporal dénudés.

Le *pronostic* de cette affection est grave; car on ne possède point une des puissantes ressources de guérison des autres tumeurs blanches, l'immobilité.

Le *traitement* se bornera donc aux moyens généraux que nous avons indiqués en parlant des tumeurs blanches en général.

II. Tumeurs blanches des articulations occipito-atloïdienne et atloïdo-axoïdienne.

Les articulations des deux premières vertèbres cervicales entre elles et avec les condyles de l'occipital sont le siége de tumeurs blanches dont la conséquence est souvent le déplacement de ces différentes pièces osseuses.

Anatomie et physiologie pathologiques.—Si nous cherchons à déterminer les diverses espèces de lésions qui peuvent être observées dans cette région, nous trouvons que la maladie peut envahir l'articulation occipito-atloïdienne, celle de l'atlas avec l'axis, et celle de l'arc antérieur de l'atlas avec l'apophyse odontoïde. Il est rare que ces différentes altérations soient isolées, aussi ont-elles été fréquemment réunies dans une même description, et désignées sous le nom collectif de *spondylarthrocace*.

La maladie débute souvent par l'inflammation des synoviales, et

surtout par celles de l'atlas et de l'axis. Cette inflammation est bilatérale ou unilatérale.

Elle présente les caractères anatomo-pathologiques que nous avons décrits dans les tumeurs blanches en général, tels que rougeur de la membrane, sécrétion abondante de liquide, fongosités, plus tard altérations des ligaments, des cartilages, du tissu cellulaire ambiant, etc., enfin des os.

L'altération osseuse mérite de nous arrêter un instant. Tantôt la maladie procède de l'intérieur vers l'extérieur, comme dans l'affection tuberculeuse des vertèbres, d'autres fois elle se présente avec les caractères propres aux autres tumeurs blanches, ostéite, carie, nécrose; dans quelques cas l'os ramolli, détruit en partie par la maladie, s'écrase sous le poids de la tête. Quant à l'affection de la synoviale, elle produit parfois la rotation de la tête, soit parce que le liquide enfermé dans la capsule articulaire est en plus grande quantité d'un côté que de l'autre, soit par suite de la destruction des ligaments d'un seul côté. Il existe souvent un torticolis dû à l'action musculaire provoquée par un mouvement réflexe de la moelle.

Les lésions osseuses déterminent des déplacements extrêmement variés, mais qui peuvent toutefois être rangés dans les catégories suivantes :

1° *Déplacements de l'occipital.* — L'occipital a été trouvé luxé :

A. *En arrière.* — Un des cas les plus remarquables serait celui de Bertin. Cet observateur dit avoir vu la première vertèbre ankylosée avec l'occipital. Le trou occipital, au lieu de répondre au trou de l'atlas, était placé beaucoup plus en arrière, et comme divisé en deux par la portion annulaire postérieure de cette première vertèbre (1).

B. *En avant et à droite.* — Ce déplacement a été vu par Meyrieu. La moelle offrait une espèce d'étranglement résultant de la compression causée par la partie postérieure gauche du trou occipital. La luxation était donc à droite; néanmoins, pendant la vie la tête était inclinée à gauche (2).

C. *En arrière et à droite.* — Deux cas ont été observés, l'un par Sandifort, l'autre par Lawrence.

2° *Déplacements de l'atlas sur l'axis.* — On a constaté pour cette articulation quatre sortes de déplacement :

A. *Déplacement par inclinaison.* — Dans cette variété, les ligaments odontoïdiens et transverses sont complétement détruits, l'atlas bascule

(1) Bertin, *Traité d'ostéologie*, t. III, p. 65.
(2) Ollivier, *Traité des maladies de la moelle*, 3e édit., t. I, p. 396.

en avant, et l'apophyse odontoïde se trouvant, pour ainsi dire, reportée en arrière, elle diminue la capacité du canal rachidien et comprime la moelle. Lorsque le déplacement s'opère brusquement, ainsi qu'on en possède quelques exemples, les malades succombent immédiatement. (Sédillot, Nichet, etc.)

B. *Luxation bilatérale.* — Ce déplacement s'opère lentement; l'apophyse odontoïde se rapproche peu à peu et par degrés de l'arc postérieur de l'atlas, mais sans se placer en travers comme dans la luxation précédente. Dans cette variété, les ligaments odontoïdiens, et quelquefois l'apophyse odontoïde, sont détruits; les condyles de l'atlas glissent en avant sur les condyles de l'axis et ne les recouvrent qu'incomplétement; on n'observe pas alors de paralysie. Mais lorsque l'apophyse odontoïde est conservée, le canal rachidien se trouve rétréci, la moelle est comprimée; comme le déplacement ne se fait qu'avec une extrême lenteur, la moelle s'accoutume peu à peu à la pression, et l'on a observé un déplacement assez étendu, sans troubles fonctionnels considérables. Dans d'autres cas, on a constaté une déviation latérale de l'apophyse odontoïde, de sorte que la moelle déviée en sens contraire trouvait encore une place suffisante sur le côté du canal rachidien.

C. *Luxation unilatérale.* — Elle diffère de la précédente en ce que le déplacement s'opère d'un côté seulement; l'atlas exécute un mouvement de rotation tel que les surfaces articulaires malades s'abandonnent, tandis que celles qui sont saines conservent leurs rapports; l'apophyse odontoïde est rapprochée de l'arc postérieur de l'atlas, mais sur les parties latérales. Les conséquences de ce déplacement pour la moelle épinière sont à peu près les mêmes que celles que nous avons signalées dans la luxation précédente.

D. *Luxation en arrière.* — On ne possède qu'un exemple de luxation de l'atlas en arrière : l'arc antérieur de cette vertèbre s'était élevé au-dessus de l'apophyse odontoïde, le ligament odontoïdien gauche était détruit, les condyles avaient conservé leurs rapports à gauche. La luxation était unilatérale à droite; l'arc de l'atlas comprimait la moelle par son côté droit (Nichet).

3° *Luxations doubles de l'occipital et de l'atlas.* — Malgaigne rapporte quatre observations de ce double déplacement. Dans la première, qui appartient à Sandifort, le condyle droit de l'occipital était en avant de l'atlas, et le condyle gauche un peu en arrière : l'atlas luxé à droite de l'axis avait éprouvé un petit mouvement de rotation analogue à celui de l'occipital. Dans la seconde, publiée par Lawrence, l'occipital était en arrière et à droite de l'atlas, l'atlas était luxé à gauche de l'axis. Dans la troisième, publiée par M. Sarrau (1), il y avait

(1) *Bulletin de la Société anatomique*, 1838, p. 308.

rotation de l'occipital sur l'atlas, la masse latérale gauche de l'atlas était rejetée en arrière, la masse latérale droite était en avant, l'atlas était luxé à droite et un peu en avant de l'axis, l'apophyse odontoïde était portée à gauche et un peu en arrière. Enfin, dans la quatrième observation, l'occipital, soudé à l'atlas, était légèrement dévié à gauche, et l'atlas, soudé à l'axis, était déplacé en avant et d'un côté seulement (Al. Shaw) (1).

Si maintenant on cherche à étudier le mécanisme des déplacements, on éprouve le plus grand embarras, surtout quand il s'agit des luxations doubles ; toujours est-il qu'on peut l'attribuer au poids de la tête, à la contraction musculaire, à la pression exercée par l'oreiller dans le décubitus dorsal ou latéral ; enfin, aux mouvements imprimés à la tête.

On comprend que les altérations de la moelle sont, la plupart du temps, en rapport avec le rétrécissement du canal rachidien. Elle est souvent comprimée, aplatie ; dans quelques cas elle a conservé sa consistance, dans d'autres elle est ramollie, presque diffluente ; la dure-mère est épaisse, fongueuse, quelquefois perforée ; l'arachnoïde est enflammée.

Symptomatologie. — Les malades ressentent à la région cervicale une douleur sourde, continue ou intermittente, qui augmente à la pression, dans les mouvements de la tête, et qui s'irradie sur le trajet des nerfs du plexus cervical ; la déglutition est gênée par suite de l'engorgement du tissu cellulaire placé entre le pharynx et la colonne vertébrale. La région cervicale est déformée par le fait de l'engorgement du tissu cellulaire ambiant, par le développement de fongosités articulaires ou d'abcès ; mais la déformation la plus considérable tient aux déplacements articulaires ; ainsi, dans les luxations en avant, l'apophyse épineuse de l'axis est plus saillante qu'à l'état normal, la dépression sous-occipitale est effacée ; le contraire arrive dans la luxation en arrière. Dans les luxations latérales on sent les apophyses articulaires déplacées sur les parties latérales du cou. Nous devons faire remarquer que ces déformations de la région cervicale peuvent être effacées en grande partie par l'engorgement du tissu cellulaire. La tête présente une rigidité remarquable due souvent à la contraction spasmodique du trapèze et du splénius. En effet, après la mort, on remarque une mobilité très-grande alors que la tête était fixe pendant la vie. Dans la position verticale, les malades soutiennent leur tête avec une seule main ou avec les deux ; quand ils veulent regarder un objet, ils se retournent tout d'une pièce ; la tête est inclinée le plus souvent dans le sens de la lésion de l'os, d'autres fois dans le sens opposé. Ce dernier état est dû à la contraction violente des muscles.

Au bout d'un certain temps, on voit se former des abcès qui se montrent tantôt à la région cervicale, tantôt en avant entre le rachis et le pharynx. Ces derniers, qui peuvent acquérir des dimensions

(1) *Medico-surg. Trans.*, vol. XXXI, p. 289.

énormes, apportent une gêne très-grande dans la déglutition, repoussent en avant le pharynx, la langue, la mâchoire inférieure ; dès qu'ils ont été ouverts, soit spontanément, soit avec le bistouri, ces parties reviennent à leur place.

La compression, et plus tard le ramollissement de la moelle, déterminent des accidents fort graves, tels que les convulsions, la paralysie, phénomènes sur lesquels nous n'insisterons pas ici.

Ces tumeurs blanches offrent plusieurs modes de terminaison. Celles qui sont bornées à l'inflammation des synoviales guérissent quelquefois sans laisser de traces ; mais elles passent souvent à une seconde période, c'est-à-dire à celle qui est caractérisée par l'altération osseuse. On peut alors observer les terminaisons suivantes :

1° La résolution de l'engorgement des parties molles se fait peu à peu ; les fistules, quand elles existent, se tarissent, se cicatrisent ; les os se soudent, les malades guérissent avec une ankylose et une déviation plus ou moins grande de la tête. Cette terminaison n'est pas très-rare, Teissier en a rapporté vingt-six observations dans son excellente thèse.

2° La mort peut survenir, soit par infection putride, par épuisement, ainsi qu'on l'observe dans les abcès ossifluents, soit par suite de la compression lente et le ramollissement de la moelle, soit enfin très-rapidement par la compression brusque du bulbe rachidien.

Étiologie. — Parmi les causes, nous devons signaler toutes celles qui ont été assignées aux tumeurs blanches ; on a invoqué, en outre, les mouvements forcés de rotation et l'habitude de porter des fardeaux sur la tête.

Diagnostic. — Cette affection pourrait être confondue avec une déviation congénitale de la tête, avec une déviation dépendant de la contracture des muscles du cou ; cependant il suffit d'interroger les antécédents pour éviter l'erreur. Il n'en serait plus de même si l'on avait à faire à une affection rhumatismale, à un phlegmon, à un abcès froid de la région cervicale. Mais, dans le premier cas, la douleur est plus étendue et très-vive dès le début, en outre la tête n'est pas déviée ; dans les deux autres, les articulations sont libres, par conséquent les mouvements communiqués ne sont pas douloureux, il n'y a pas de gêne de la déglutition.

Il est fort difficile de reconnaître quelle est l'articulation malade et l'espèce de déplacement. On pourrait quelquefois arriver au diagnostic en recherchant les éminences osseuses ; mais ce signe, qui est le seul dont on puisse s'aider, peut induire en erreur quand il s'agit de reconnaître l'espèce de la luxation : à plus forte raison il devient infidèle quand on veut reconnaître le siége de la tumeur blanche à son début. Sanson indiquait les signes suivants, que nous rappelons, quoique bien insuffisants. Si la tumeur blanche existe entre l'atlas et l'occipital,

les mouvements de flexion et d'extension de la tête sont très-difficiles; si elle siége dans l'articulation atloïdo-axoïdienne, la flexion et l'extension sont conservées, mais la rotation est très-douloureuse.

Traitement. — Comme traitement général et afin d'arrêter, s'il est possible, les progrès du mal, on conseillera les diverses médications dont nous avons déjà parlé en décrivant les tumeurs blanches en général. La tête sera maintenue dans l'immobilité à l'aide d'appareils disposés de telle sorte qu'ils puissent lutter avec avantage contre la tendance aux déplacements; ces appareils favoriseront la formation d'une ankylose et préviendront les déplacements brusques qui peuvent être une cause de mort instantanée.

Lorsqu'il existe du déplacement, doit-on procéder à la réduction? Ce précepte est généralement repoussé par les chirurgiens; cependant Teissier rapporte l'observation d'une jeune fille dont la luxation fut réduite par un appareil qui redressait graduellement le menton, tout en soutenant l'occipital et en pressant sur l'apophyse épineuse de l'axis. La paralysie disparut complétement, et il ne resta qu'un peu de roideur du cou. Ce fait, dont il faut tenir compte, et qui laisse dans l'esprit de M. Bouvier quelques doutes sur la nature de la maladie, pourrait peut-être encourager les chirurgiens à imiter cette pratique. Nous croyons cependant qu'il ne faudrait faire de semblables tentatives que quand l'espèce de déplacement peut être reconnu, et qu'il existe des troubles fonctionnels; dans le cas contraire, il vaut mieux s'en tenir à un appareil contentif, c'est-à-dire qui puisse prévenir un déplacement plus grand.

Les altérations organiques des articulations des vertèbres dorsales et lombaires seront étudiées plus loin. (Voy. *Mal vertébral de Pott.*)

Bibliographie. — Van Swieten, *Commentarii in Boerhaave Aphorismos*, 1749, t. II, p. 705, § 818. — Fleury (de Clermont), *Obs. sur une carie de plus. vertèbres, etc.*, in *Journ. de méd. et de chirurg.* de Corvisart, Paris, 1807, t. XIII. — Schupke, *De lux. spont. atlantis et epistrophæi*, Diss. inaug. Berolini, 1816. — Rust, *Arthrokakologie*, etc., Wien, 1817. — Ollivier, *Dict.* en 30 vol. (Atlas), 1833, t. IV, p. 305. — A. Bérard, *De la lux. spont. de l'occip. sur l'atlas, etc.*, th. de Paris, 1829. — A. Gros, *Prop. sur diff. sujets de chirurg.*, th. de Paris, 1830, n° 263, p. 16. — Yvaren, *De l'infl. articul. des prem. vert. cervicales*, th. de Paris, 1831, n° 6. — Nichet, 1er *Mém. sur le mal vertébral*, in *Gaz. méd.*, 1835, 2e *Mémoire*, ibid., 1840. — Teissier (de Lyon), *De la tumeur blanche des art. occipit.-atl. et atl.-axoïd.*, thèse de Paris, 1841. — Schœnfeld, *Rech. sur l'ostéomyélite cervicale*, Gand, 1841. — Bonnet, *Traité des mal. des articul.*, Lyon, 1845, t. II, p. 528. — Nélaton, *Éléments de path. chirurg.*, 1847-48, t. II, p. 238. — Cruveilhier, *Traité d'anat. path. génér.*, 1849, t. I, p. 442. — A. Bérard et Denonvilliers, *Comp. de chirurg.*, t. II, p. 753, 1851. — Malgaigne, *Traité des fract. et des lux.*, 1855, t. II, p. 335. — Vidal (de Cassis), *Traité de path. ext.*, 4e éd., 1855, t. V, p. 486. — Bouvier, *Leç. clin. sur les mal. chron. de l'appareil locomoteur*, p. 69, 1858. — Denucé, *Nouv. dict. de méd. et de chirurg. pratiques*, 1865, t. III, p. 810.

III. Tumeurs blanches des articulations sterno-claviculaire et acromio-claviculaire.

Les *tumeurs blanches de l'extrémité sternale de la clavicule* sont rares; elles sont caractérisées par un gonflement quelquefois considérable au niveau de l'articulation sterno-claviculaire; la douleur est souvent très-vive. Le peu d'étendue des surfaces articulaires et des mouvements fait souvent méconnaître cette lésion pendant un temps assez long. Les conséquences de cette affection sont toutes celles des tumeurs blanches; les abcès qui se forment s'ouvrent généralement en avant de l'articulation, néanmoins ils peuvent fuser dans le médiastin antérieur et y causer les accidents les plus graves.

Le traitement est le même que celui des autres tumeurs blanches; dans un cas, M. le professeur Nélaton a pratiqué avec succès la résection de l'extrémité sternale de la clavicule.

Les *tumeurs blanches de l'extrémité acromiale* sont encore plus rares que les précédentes; elles peuvent, au début, être prises pour une affection rhumatismale de l'épaule. Elles sont caractérisées par une douleur vive au niveau de l'acromion, augmentant dans les mouvements de l'omoplate, et nulle, au contraire, dans ceux qui se passent uniquement dans l'articulation scapulo-humérale.

IV. Tumeur blanche de l'articulation scapulo-humérale. — Scapulalgie.

Cette affection a encore reçu les noms d'*omarthrocace*, d'*omalgie*, d'*omitis*, etc. Assez rare, elle avait été peu étudiée jusque dans ces derniers temps. C'est à la dissertation inaugurale de M. Péan que nous emprunterons presque tout ce qui suit.

Anatomie pathologique. — Comme dans toutes les tumeurs blanches, les lésions peuvent siéger primitivement dans la synoviale ou dans les parties dures de l'articulation. Les dernières seules sont bien connues, on a signalé l'ostéite, la carie, la nécrose (Nélaton), le développement des tubercules des os comme ayant donné lieu à la scapulalgie. Les cartilages articulaires peuvent être détruits, altérés comme dans toutes les affections chroniques des articulations, nous n'avons pas à y insister. Des abcès, des fistules, apparaissent autour de la jointure, le pus peut venir de la cavité articulaire elle-même, ou bien il s'est développé consécutivement à une altération osseuse (abcès ossifluents). Enfin on a signalé des abcès de voisinage.

Quand l'articulation suppure, le pus peut suivre deux voies différentes pour arriver à l'extérieur; tantôt il pénètre dans le prolongement de la synoviale qui accompagne le tendon de la longue portion du biceps, soulève le deltoïde, et arrive même jusque sous la peau à la

partie interne et moyenne du bras. D'autres fois, au contraire, la suppuration s'étend sous le tendon du sous-scapulaire, remplissant d'abord le prolongement synovial que l'articulation fournit à ce tendon. Le pus peut ultérieurement détruire ce diverticule synovial et fuser profondément jusque dans l'aisselle.

Les muscles périarticulaires sont atrophiés, surtout le deltoïde, les vaisseaux et les nerfs, ordinairement intacts, sont plongés dans un tissu cellulaire infiltré de lymphe plastique, fait important à connaître quand on vient à pratiquer la résection de l'articulation.

Symptômes. — Ils sont divisés en locaux et généraux. Les symptômes locaux sont d'abord la *douleur* dans l'articulation scapulo-humérale, se faisant sentir jusqu'au coude. Quelquefois cette dernière est plus intense que celle de l'épaule, ce qui peut donner lieu à des erreurs de diagnostic. La douleur provoquée par la pression exercée à la partie antérieure du moignon de l'épaule et à la face externe du creux axillaire serait un signe certain pour le diagnostic de cette affection (Péan).

Les mouvements volontaires sont presque abolis, ceux qu'on fait exécuter sont très-douloureux ordinairement. Le bras alourdi repose sur les parties latérales du thorax, l'épaule est abaissée, le coude, légèrement écarté du tronc reste fléchi pour éviter tout tiraillement du côté de l'articulation malade.

L'épaule, d'abord peu tuméfiée, prend ultérieurement un volume plus considérable ; ce gonflement périarticulaire peut être assez marqué pour combler tout à fait le creux axillaire. Cependant, si au début de la maladie il n'est pas très-rare d'observer la diminution de volume du moignon de l'épaule, c'est surtout lorsque des abcès se sont ouverts à l'extérieur, lorsqu'il existe des trajets fistuleux, que l'épaule paraît amaigrie et aplatie d'avant en arrière.

L'allongement et le raccourcissement du bras peuvent être réels ou apparents. Ce dernier tient surtout à l'élévation ou à l'abaissement de l'épaule du côté malade.

L'allongement réel est rarement considérable ; quant au raccourcissement réel, il annonce, soit la destruction d'une partie de la tête humérale, soit une luxation pathologique.

Signalons encore parmi les signes locaux la *fluctuation*, quand la capsule est remplie de pus, et la *crépitation* due à l'altération profonde des surfaces articulaires.

Les symptômes généraux, d'abord peu graves, peuvent le devenir ultérieurement lorsqu'il existe de nombreux trajets fistuleux et une suppuration abondante (fièvre hectique).

Terminaisons. — La mort peut survenir dans cette affection soit par épuisement, soit par le développement concomittant de tubercules pulmonaires. Une fois le pus de l'articulation s'est fait jour dans la cavité pleurale.

L'ankylose peut être complète ou non, selon le degré des altérations de l'articulation. Cette terminaison serait plus fréquente qu'on ne le croit, car elle est souvent méconnue (Crocq).

La luxation spontanée est axillaire ou sous-claviculaire (Lobstein, Roche et Sanson, Nélaton). Elle se reconnaît surtout au changement de direction de l'humérus (Crocq).

Bonnet, Malgaigne, nient les luxations en bas.

Diagnostic. — Assez difficile, même quand la lésion est bien confirmée.

L'ostéite, la nécrose de la tête de l'humérus, peuvent être confondues avec cette affection ; l'exploration directe avec un stylet, le siége de ces lésions, situées un peu au-dessous de l'articulation, peuvent faire éviter une erreur de diagnostic.

Les phlegmasies périarticulaires, l'arthrite chronique, l'hydarthrose chronique, pourront se différencier à l'absence de contracture des muscles, de suppuration, etc., et à la conservation des tissus composant la jointure.

Enfin l'arthrite sèche, la paralysie du deltoïde, la contraction d'un ou de plusieurs muscles périarticulaires, la névralgie brachiale, la névrite du même plexus, etc., donnent lieu à des symptômes en partie analogues à ceux de la scapulalgie.

Mais une fois la tumeur blanche diagnostiquée, il est souvent utile de reconnaître si la tête humérale est seule affectée, ou bien si la cavité de l'omoplate est aussi compromise. M. le professeur Nélaton a imaginé à cet égard un ingénieux procédé d'examen : « Il introduit un ou deux stylets par les fistules et touche les parties dénudées ; pendant ce temps, il applique l'oreille alternativement sur l'angle du scapulum et sur l'extrémité inférieure de l'humérus. D'après la direction que suivent les vibrations sonores, il juge quel est l'os percuté par le stylet. Cette expérience, mise à l'épreuve sur plusieurs malades, a toujours fourni des renseignements positifs » (Péan).

Quant au pronostic et au traitement, nous n'avons rien à ajouter à ce qui a été dit dans nos généralités sur les tumeurs blanches. Pour immobiliser l'épaule pendant la période d'acuité, Malgaigne conseille l'écharpe ; Bonnet se sert de deux gouttières dont l'une se moule sur la moitié de la poitrine du côté malade, l'autre, faisant au creux de l'aisselle un angle aigu avec la première, entoure le bras. Quant au professeur Nélaton, il préfère l'appareil amovo-inamovible de Burggraeve. Après la période d'acuité, on devra combattre les roideurs articulaires, l'ankylose, ou enfin réduire les luxations spontanées.

Si l'on pratiquait la résection, il faudrait enlever toutes les portions d'os malades. M. le professeur Nélaton a reséqué en même temps la tête humérale et toute la cavité glénoïde.

BIBLIOGRAPHIE.—Rust, *Arthrokakologie*, 1817, Vienne.— Brodie, *Malad. des articulations*, 1819, Trad. L. Marchant. — Lobstein, *Anat. pathologique*, 1833, t. I, p. 305.— Roche et Sanson, *Elém. de path. méd.-chirurg.*, 1833,

t. II, p. 142, 3e édition. — Caron, *Études sur la Scapulalgie, d'après les Leç. de M. Malgaigne*, in *Journ. de Chirurgie*, 1844, t. II, p. 235. — Nélaton, *Éléments de path. chirurg.*, 1847-48, t. II, p. 275. — Bonnet, *Traité des mal. des articul.*, 1845, Lyon, t. II, p. 570. — Cocud, *De la tumeur blanche de l'art. scapulo-humérale*, th. de Paris, 1851, n° 148. —Crocq, *Des tum. bl. des articul.*, 1853, p. 81. — Malgaigne, *Traité des fract. et des lux.*, 1855, t. II. p. 568. — Vidal (de Cassis), *Traité de path. ext.*, 1855, 4e édition, t. V, p. 608. — Péan, *De la scapulalgie, etc.*, thèse de Paris, 1860.

V. Tumeur blanche de l'articulation huméro-cubitale.

Nous n'avons que peu de chose à dire sur la *tumeur blanche du coude* (olécrânarthrocace de Rust). Cette maladie est assez fréquente; mais ce que nous avons dit dans nos généralités peut parfaitement s'appliquer à cette articulation. Nous signalerons néanmoins : l'amaigrissement du bras et de l'avant-bras, qui contraste d'une manière singulière avec le gonflement du coude; la contracture du biceps, qui fait que l'avant-bras est dans la demi-flexion et ne peut être étendu; les orifices des trajets fistuleux, qui se trouvent en arrière, souvent beaucoup au-dessus de l'articulation, sur les côtés de l'olécrâne.

Le *déplacement spontané du radius*, en arrière et en dehors, s'observe souvent à la suite de cette tumeur blanche : il y a pronation forcée de la main (Lobstein, Bonnet).

Cette lésion guérit ordinairement par ankylose. Si l'altération des os nécessitait une opération, il faudrait pratiquer la résection préférablement à l'amputation.

Bibliographie. — Rust, *Arthrokakologie*, 1817, Vienne. — Lobstein, *Traité d'anat. patholog.*, 1833, t. I, p. 305. — Huguier, *Du diagnostic diff. des div. mal. du coude*, th. de concours, 1842. — Bonnet, *Traité des mal. des articul.*, 1845, t. II, p. 605. — Nélaton, *Élém. de path. chirurg.*, 1847-48, t. II, p. 276. — Malgaigne, *Traité des fract., et des luxations*, 1855, t. II, p. 643 et 675. — Vidal, *Traité de path. ext.*, 1855, 4e édition, t. V, p. 625. — Malgaigne, *Leçons d'orthopédie*, réd. par Guyon et Panas, 1862. p. 70. — Painetvin, *De la résection du coude*, 1865, th. de Paris.

VI. Tumeurs blanches du poignet.

Nous désignons sous ce nom les tumeurs blanches des articulations *radio-carpienne*, *carpiennes* et *carpo-métacarpiennes*.

Cette maladie, assez fréquente, présente les caractères suivants : le poignet est déformé, le gonflement existe le plus souvent à la partie postérieure, plus rarement à la partie antérieure; les tendons extenseurs ou fléchisseurs sont soulevés; la tête du cubitus est beaucoup plus saillante qu'à l'état normal. L'inflammation, se communiquant aux gaînes tendineuses, les doigts sont immobiles et fixes; les abcès s'ouvrent, soit à l'avant-bras, sur les côtés du poignet, soit sur le dos de

la main. Fort souvent la main se fléchit sur l'avant-bras, à cause de la prépondérance d'action des fléchisseurs ou sous l'influence de son propre poids.

Le déplacement consécutif est assez rare; on observe surtout la *luxation du poignet en avant*. Lorsque le malade guérit avec une ankylose, souvent il conserve la rigidité des doigts, par suite des adhérences que les tendons ont contractées avec leurs gaînes synoviales.

Le traitement est le même que celui des autres tumeurs blanches. Si l'altération osseuse avait envahi la première rangée des os du carpe, il ne faudrait pas, d'après Sanson, tenter la résection, car il est rare que la deuxième rangée ne devienne pas malade consécutivement.

Bibliographie. — Rust, *Arthrokakologie*, 1817, Vienne. — Bonnet, *Traité des mal. des articul.*, 1845, t. II, p. 637. — Nélaton, *Eléments de path. chirurg.*, 1847-48, t. II, p. 278. — Malgaigne, *Traité des fract. et des luxations*, 1855, t. II, p. 711. — Vidal (de Cassis), *Traité de path. ext.*, 1855, 4e édition, t. V, p. 644.

VII. Tumeurs blanches des articulations du bassin.

Les *tumeurs blanches des articulations du bassin* reconnaissent les mêmes causes que toutes les autres tumeurs blanches; cependant l'état puerpéral paraît exercer une influence spéciale sur leur développement. La profession y entre-t-elle aussi pour quelque chose? Les trois malades observés par Hahn étaient tailleurs.

Sacro-coxalgie. — Au début, le malade éprouve dans l'articulation sacro-iliaque une douleur qu'il prend pour un rhumatisme; celle-ci augmente le soir; il se manifeste un besoin d'étendre la colonne vertébrale, mouvement qui, d'après Hahn, procure un soulagement momentané. Bientôt la douleur, d'abord sourde et légère, devient plus intense et plus fréquente, la claudication est plus prononcée; la douleur se fait sentir à la fesse et le long de la cuisse jusqu'au genou, quelquefois même cette dernière articulation est seule douloureuse; la marche exaspère beaucoup les souffrances, il en est de même de toute pression exercée sur la crête iliaque ou sur le grand trochanter, de telle sorte que le patient ne peut rester couché sur le côté malade. La pression exercée sur l'épine iliaque postérieure détermine de la douleur et fait reconnaître un certain empâtement de la région sacro-iliaque. L'os des iles est abaissé, ce qui rend le membre plus long, aplatit la fesse et augmente la profondeur du sillon qui la sépare de la cuisse. Dans la station, le poids du corps porte tout entier sur le membre sain; le membre malade amaigri est porté légèrement dans l'abduction, le genou un peu fléchi, la pointe du pied en avant (Hahn), ou légèrement en dehors (Boyer).

A l'allongement du membre succède, dans quelques cas, un raccourcissement; on a même signalé un cas dans lequel il y avait alternativement allongement et raccourcissement. Ce phénomène peut être