

ARTICLE III

OSTÉO-ARTHRITES TUBERCULEUSES
DU MEMBRE INFÉRIEUR

I. — SACRO-COXALGIE

Les arthrites proprement dites de l'articulation sacro-iliaque sont rares : le tissu spongieux des épines iliaques postérieures, celui des ailerons sacrés est plus souvent le siège ou le point de départ de ces lésions. Comme le dit OLLIER, les sacro-coxalgies sont le plus souvent consécutives à des iléites postérieures ou à des sacrites latérales. Un fait est encore à noter : pour les sacro-coxalgies vraies, siégeant dans la symphyse, il peut arriver que les lésions se limitent, créant des *sacro-coxalgies partielles* (type supérieur et type inférieur), dont PIERRE DELBET et NAZ ont écrit l'histoire.

La tuberculose de l'articulation sacro-iliaque détermine des troubles douloureux et fonctionnels qui simulent, à s'y méprendre, la coxalgie. La douleur, nous dit LANNELONGUE, se retrouve avec des caractères analogues, occupant le genou, la hanche ; l'attitude peut être la même, la claudication pareille. En général, cependant, ainsi que BROCA et nous y insistons, la boiterie est assez spéciale : quand le membre correspondant au côté malade appuie sur le sol, le tronc s'incline en avant et de ce côté, dans une véritable « salutation » qui ne ressemble point au « pas escamoté », sur le membre malade, dont la coxalgie est coutumière.

Mais l'exploration de la douleur provoquée fournit des signes essentiels. Ici, ce n'est plus autour de la hanche qu'on trouve les points douloureux par la compression ; c'est, en arrière, à 6 centimètres environ de la ligne médiane, au niveau de la symphyse sacro-iliaque, sur les reliefs osseux péri-articulaires. Là aussi, on sent, on voit un certain degré de gonflement, d'empatement de voisinage. La pression sur les deux crêtes iliaques détermine une douleur dans la région sacro-

iliaque : c'est le *signe d'Ericksen*. Dites au malade assis de se soulever sur les deux mains, puis de se laisser retomber sur le siège ; les ischions étant arrêtés par le plan du lit, le poids du corps tend à enfoncer le sacrum entre les deux os iliaques et heurte douloureusement les surfaces ; c'est le *signe de Larrey*.

Dans les sacro-coxalgies partielles, surtout du type inférieur, le symptôme douleur peut être atténué et de forme décevante, gardant l'apparence d'une sciatique rebelle, jusqu'au jour où un abcès fessier vient mettre sur la voie du diagnostic.

Les abcès se développent *en avant* ou *en arrière*. *En avant*, ils peuvent cheminer vers la fosse iliaque (surtout quand ils sont originaires des ailerons sacrés), ou fuser le long du rectum vers la fosse ischio-rectale, ou s'échapper vers la fesse à travers l'échancrure sciatique et apparaître sous le bord inférieur du grand fessier. — *En arrière*, les foyers tuberculeux traversent les lames fibreuses d'insertion du grand fessier et se développent sous la peau : de là, la formation d'*abcès en bouton de chemise*, à double poche, profonde et sous-cutanée, disposition importante à connaître pour l'incision des deux loges. — L'ouverture large des collections à évolution fessière : le curetage et l'excision des foyers osseux ; la trépanation de l'os iliaque pour évacuer les abcès à évolution pelvienne : tels sont les moyens de traitement opératoire de ces lésions, souvent rebelles.

II. — OSTÉITES ILIAQUES

Les ostéites ont leur siège initial et leurs lésions fondamentales dans les zones d'ossification, c'est-à-dire dans les régions où les proliférations médullaires offrent leur activité maxima. Or, au bassin, il y a deux catégories de cartilages d'accroissement et de points épiphysaires, bien distingués par CHARPY, GOULLIQUET et OLLIER. La première comprend les points d'ossification de la cavité cotyloïde, dont les trois pièces, pubienne, ischiatique et iliaque se soudent entre douze et quatorze ans. La seconde est constituée par les points marginaux qui, vers

l'âge de seize ans, apparaissent dans la zone du cartilage occupant le pourtour de l'ilium.

A ces deux périodes de développement du bassin répondent deux variétés d'ostéites : avant la puberté, elles occupent surtout l'acétabulum en voie d'ossification, *ostéites pré-pubertiques* de Guilloud ; après la puberté, *ostéites post-pubertiques*, les ostéites marginales deviennent plus fréquentes. — La multiplicité des lésions, leur diffusion dans le tissu spongieux du bassin rendent ici l'intervention souvent précaire ; la trépanation du bassin est un moyen de donner issue à des collections profondes de la fosse iliaque, nées sur place ou consécutives au psotitis.

III. — COXALGIE

Définition. — Le mot *coxalgie* signifie douleur de hanche ; il est incorrect, sans précision, et doit être remplacé par celui de *tuberculose coxo-fémorale*, ou par le terme de *coxo-tuberculose*, proposé par LANNELONGUE, qui exprime à la fois le fait anatomique et la notion étiologique.

Anatomie pathologique. — 1° *Lésions osseuses initiales.* — Il est des formes légères de coxalgie qui se terminent favorablement en moins d'une année et où il existe de petits foyers osseux, évoluant sans infection de la synoviale. Mais la majorité des coxalgies sont des tuberculoses graves que caractérise un trait essentiel : la *prédominance initiale des lésions osseuses*. Sans doute, il y a, à la hanche comme ailleurs, des synovites tuberculeuses primitives ; mais elles sont l'exception et il est de règle que la synoviale ne soit que secondairement atteinte.

Cette *lésion osseuse primitive* occupe-t-elle la tête du fémur (*coxalgie fémorale*), ou la cavité cotyloïde (*coxalgie acétabulaire*) ? — VOLKMANN et OLLIER ont établi la fréquence des foyers cotyloïdiens et KÖNIG estime qu'ils se rencontrent dans près de la moitié des cas. Pour LANNELONGUE, la tête fémorale est le siège de prédilection de ces lésions initiales. Dans l'extrémité articulaire du fémur, elles peuvent s'observer : au centre de

la tête ; au voisinage du cartilage épiphysaire. Sur le cotyle, on les rencontre aux environs du cartilage étoilé en Y, sur le sourcil cotyloïdien, dans l'épaisseur de l'os iliaque.

2° *Marche des lésions primitives.* — Ces petits foyers, centraux ou périphériques, peuvent rester latents pendant des mois. Mais quand ils s'agrandissent, la raréfaction des trabécules osseux, crée de petites cavernes remplies de matières caséuses ou de fongosités. Le foyer, d'abord limité au tissu osseux finit, en s'accroissant, par envahir la synoviale : l'articulation est ainsi atteinte, tantôt par perforation du cartilage diarthrodial et brusque irruption intra-articulaire, tantôt grâce à la contamination par un foyer diaphysaire, au niveau du col : chez un enfant, en effet, le cartilage intermédiaire entre la tête et le col est complètement intra-synovial ; de là, la fréquence des arthrites d'origine diaphysaire. Au contraire, le cartilage de conjugaison du grand trochanter est totalement sous-périostique, si bien que les foyers tuberculeux qui s'y développent peuvent donner lieu à des suppurations qui demeurent extra-articulaires.

3° *Déformations et déplacements des surfaces articulaires.* — Une hanche tuberculeuse prend, par contracture musculaire, une attitude fixe : il en résulte que la tête et le cotyle se compriment mutuellement sur des points constants. La continuité de cet appui, le ramollissement des os raréfiés, entraînent une usure lente des parties comprimées : *décubitus ulcéreux* de Volkmann, *ulcération compressive* de Lannelongue. Exemple : soit, ce qui est le type habituel, une cuisse en flexion, adduction et rotation interne ; le sourcil cotyloïdien, sous l'appui de la tête fémorale, s'affaisse dans sa partie postéro-externè, siège de la pression ; le cotyle s'agrandit en arrière et en haut, et, de circulaire, devient ovoïde ; la tête elle-même s'use et se rapetisse. De cet agrandissement cotyloïdien et de ce rapetissement de la tête fémorale il résulte : d'abord un déplacement intra-acétabulaire ; finalement, une véritable luxation hors du cotyle.

4° *Abcès.* — Les abcès peuvent être intra ou extra-articulaires. Dans le premier cas, ils résultent de l'ouverture dans

la cavité articulaire d'un foyer intra-osseux ou d'un amas de fongosités de la synoviale. Dans le second, une lésion osseuse, caséuse ou séquestrale, située sur le col, dans le trochanter, ou à la marge du cotyle, gagne la surface de l'os, en dehors des insertions de la synoviale, ou bien des végétations fongueuses nées de la surface externe de cette membrane se développent du côté de la périphérie, à travers les espaces cellulaires ou les muscles. — Cette distinction est très importante cliniquement : les abcès extra-articulaires peuvent guérir dès qu'ils sont ouverts et drainés ; au contraire dans le cas d'abcès intra-articulaires, le pus persiste dans les cavités sinueuses de la jointure et n'en sort que difficilement. — Le siège le plus fréquent des abcès se trouve à la région antéro-externe de la cuisse, sur le bord du couturier. Quand le pus se fraye un passage vers la bourse du psoas, il fuse le long de ce muscle, vers le petit trochanter. On trouve aussi des abcès qui se propagent vers la fesse : ils proviennent de foyers osseux siégeant au bord postéro-inférieur du cotyle. Les collections les plus graves sont celles qui pénètrent dans le bassin, à la suite de foyers développés dans le plancher osseux de l'acétabulum qu'ils perforent.

5° *Altérations de voisinage.* — Elles portent : 1° sur les muscles qui sont en proie à une *atrophie* souvent précoce, et produite par un mécanisme réflexe ; 2° sur les *ganglions inguinaux et iliaques* qui sont presque constamment engorgés, surtout chez les jeunes enfants.

Symptomatologie. — La coxalgie est un type de maladie chronique : sa marche est lente, son début insidieux, marqué souvent par des signes intermittents.

1° PÉRIODE DU DÉBUT. — Les premiers symptômes sont : 1° la *gêne de la marche* ; 2° la *contracture musculaire* ; 3° la *douleur*.

A ces trois signes fondamentaux s'en ajoutent deux autres, chez les enfants surtout : l'*atrophie* des muscles péri-articulaires et l'*engorgement* des ganglions de l'aîne.

I. *Gêne fonctionnelle.* — L'enfant se fatigue plus vite, traîne la jambe, demande qu'on le porte ; ces troubles s'accroissent à la fin de la journée, par la fatigue, disparaissent au début

grâce au repos. La claudication ne devient évidente que plus tard : elle est visible, la cuisse, au lieu de se fléchir quand le pied abandonne le sol, se portant en dehors « en fauchant » ; elle est perçue à l'oreille, le bruit de la marche se composant de deux sons inégaux, répondant à un appui inégal des deux pieds (signe de Marjolin ; signe du maquignon, parce qu'ainsi se révèlent, chez le cheval, les légères boiteries).

II. *La contracture musculaire.* — Cette gêne de la marche est due surtout à la contracture des pelvi-trochantériens et à la raideur articulaire qui en résulte. Explorez les divers mouvements de la jointure, flexion, extension, adduction, abduction : vous constaterez, par comparaison avec le côté sain, une limitation de ces mouvements, surtout marquée pour celui d'abduction et de rotation en dehors (signe de Verneuil). Pour mieux juger, par comparaison, cette limitation de l'abduction, faites fléchir les deux membres de façon à ce que les talons se joignent au périnée ; écarter alors les deux genoux, en même temps ; vous apprécierez la résistance des adducteurs du côté coxalgique. La diminution d'amplitude du mouvement d'extension se voit nettement lorsque, faisant coucher l'enfant à plat sur le ventre on le soulève successivement par les deux pieds.

III. *La douleur est spontanée ou provoquée.* *Spontanée*, elle siège tantôt à la face interne et supérieure de la cuisse, tantôt au pli de l'aîne, au niveau des vaisseaux fémoraux (signe de S. Cooper), parfois à la fesse, souvent à distance dans le genou, le mollet ou le pied. Cette douleur du genou a été expliquée, soit par la transmission suivant le canal médullaire malade (RICHET), soit par la coexistence d'une lésion du genou (BONNET), soit par une névrite, soit par irradiation nerveuse, ainsi qu'on voit la douleur du méat accompagner les lésions vésicales. — La douleur *provoquée* doit être l'objet d'une exploration méthodique. Explorez la sensibilité de la tête fémorale : 1° dans l'extension du membre, en dedans des vaisseaux fémoraux ; 2° dans la flexion forcée de la cuisse avec adduction et rotation interne, position où la tête vient bomber dans la fesse. La pression de dehors en dedans, sur le trochanter, est souvent douloureuse, en déterminant l'appui de la tête sur le

cotyle. L'exploration de l'os iliaque doit porter : sur la fosse iliaque externe, sur la crête, sur le pourtour du cotyle, sur l'ischion, sur les branches ischio-pubiennes; par le toucher rectal, le doigt peut aborder la face interne de l'os et le fond, souvent malade, de la cavité cotyloïde.

2^o PÉRIODE D'ÉTAT; PÉRIODE DES ATTITUDES VICIEUSES. — L'aggravation des douleurs et de la claudication a rendu la marche impossible. Le membre malade se place dans une attitude vicieuse, fixe. On distingue deux attitudes coxalgiques qui se succèdent ordinairement: 1^o l'une dans laquelle la cuisse se met en flexion, abduction et rotation externe; 2^o l'autre en flexion, adduction et rotation interne. En général, le membre commence par prendre la première attitude; la seconde marque une période plus avancée de la maladie. Mais ce schéma n'est point toujours cliniquement exact: souvent, la position initiale se fait en adduction et rotation interne de la cuisse.

Fait important: ces positions fixes sont, au début, faciles à réduire dans le sommeil chloroformique. Donc, elles ne sont dues qu'à une force que supprime l'anesthésie: à savoir la contracture musculaire. Le point lésé est l'origine d'un arc réflexe, dont la branche centripète est formée par les rameaux sensitifs de la région articulaire malade et dont la branche centrifuge est constituée par les rameaux moteurs du même plexus ou tronc nerveux. Il est possible, comme l'a pensé Duzéa, qu'il y ait une relation entre le siège des lésions douloureuses et le type de l'attitude. Mais il faut, avec BONNET, faire jouer le rôle dominant au décubitus, dans la succession habituelle de ces deux positions: si le sujet se couche sur le dos, le membre se renverse en abduction et rotation externe; plus tard, la douleur l'obligeant à se coucher sur le côté sain, la cuisse tend à se rapprocher du plan médian, par son propre poids, et se porte en adduction avec rotation interne.

Ces attitudes vicieuses coxo-fémorales sont généralement corrigées et masquées par des déplacements secondaires du bassin et du rachis, qui, temporaires au début, tendent à devenir fixes et entraînent des modifications dans la longueur apparente et

réelle du membre. Ces déviations pelvi-rachidiennes de compensation s'expliquent très bien par la permanence de l'attitude vicieuse du membre et par la nécessité où est le malade de mettre ses cuisses en parallélisme quand il veut prendre une position à peu près normale, soit dans la station verticale, soit dans le décubitus horizontal.

Soit un malade en première position: flexion, abduction et rotation externe. — Vous l'examinez au lit, reposant sur le dos. Or, si vous voulez rendre ses cuisses parallèles et les porter au contact du plan du lit, vous observez: 1^o que la région sacro-lombaire se creuse (ensellure lombaire); 2^o que le bassin s'incline latéralement, si bien que la ligne bisiliaque (joignant les deux épines iliaques antérieures et supérieures) prend une direction oblique; 3^o que le membre malade dépasse l'autre en longueur (allongement apparent qui répond, au contraire, à un raccourcissement réel). Chacune de ces déviations secondaires s'explique mathématiquement:

I. *Ensellure lombaire.* — Pour apprécier la formation d'une courbure, à concavité postérieure, siégeant dans la région

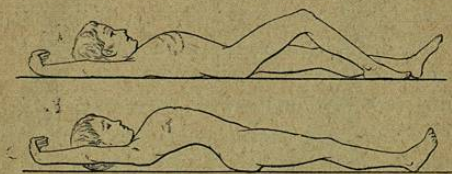


Fig. 256.

Production de l'ensellure lombaire par le redressement de la cuisse.

sacro-lombaire, employez le mode d'exploration de Gibert: pendant qu'une main porte la cuisse en extension, l'autre glissée à plat sous les reins les sent se creuser progressivement. Cela se comprend: le fémur et l'os iliaque, soudés par la contracture musculaire, représentent les deux branches d'un compas; on ne peut abaisser l'une sans que l'autre s'élève; et le mouvement d'extension, impossible dans l'article coxo-

fémoral, est compensé par une flexion de la charnière sacro-lombaire (fig. 256 et 257).

II. *Inclinaison latérale du bassin.* — La cuisse malade étant fixée en abduction permanente, elle ne peut être mise en paral-

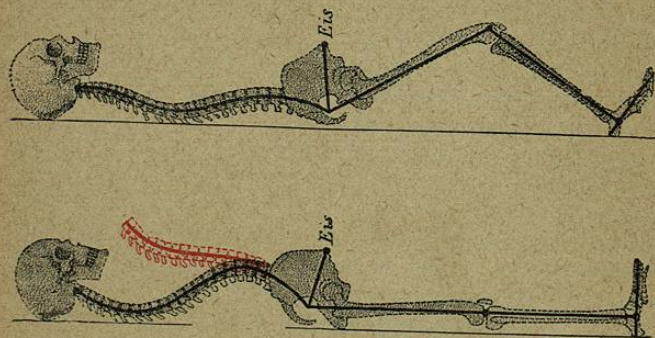


Fig. 257.

Schéma faisant comprendre la production de l'ensellure due à l'immobilité de l'articulation coxo-fémorale.

lélisme avec sa congénère que grâce à une obliquité du bassin qui la rapproche de la ligne sagittale, la cuisse saine et mobile étant portée en adduction (fig. 258 et 259).

Dans ce mouvement d'inclinaison pelvienne, l'épine iliaque antéro-supérieure du côté malade s'abaisse, celle du côté sain s'élève comme les deux plateaux d'une balance : d'où *allongement apparent* du membre coxalgique. Cet allongement apparent correspond à un *raccourcissement réel* : en effet, la mensuration se fait suivant le procédé de Brodie, en tendant un ruban métrique de l'épine iliaque antéro-supérieure au condyle externe du fémur ou à la pointe de la malléole péronière; or, le cotyle étant le centre des mouvements, les deux lignes qui le rejoignent à l'épine iliaque d'une part, au condyle externe du fémur de l'autre forment un angle ouvert en dehors; dans l'abduction cet angle tend à se fermer (fig. 259); d'où plus petit côté opposé au plus petit angle et raccourcissement; dans l'adduction, inversement, allongement réel.

Le bassin s'inclinant, le rachis tend à suivre son inclinaison; pour qu'il demeure dans l'axe et conserve la ligne de gravité, il est nécessaire que la colonne lombaire s'infléchisse

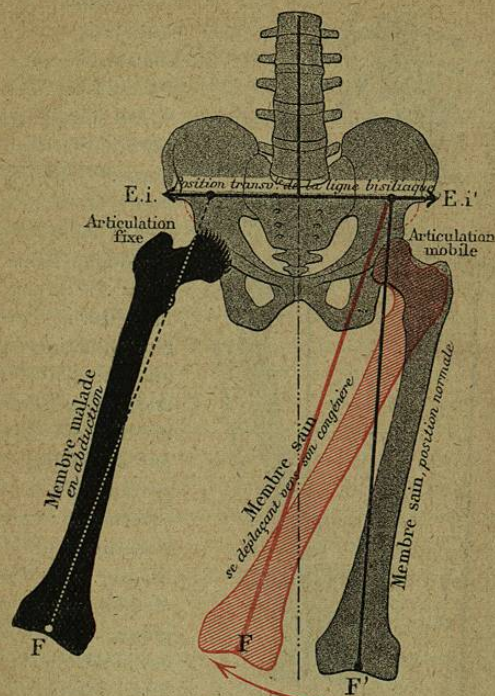


Fig. 258.

Schéma expliquant l'allongement apparent et le raccourcissement réel, en première position coxalgique (abduction).

de manière à offrir une concavité du côté opposé à l'abaissement pelvien : cette déviation latérale (scoliose) s'ajoute à la courbure postérieure (lordose) (Fig. 259).

Consécutivement à l'abaissement du bassin, le pli fessier descend et s'efface, le pli de l'aîne est moins net, la distance diminuée entre le grand trochanter et la crête iliaque.

III. *Torsion pelvienne*. — La projection en avant de l'épine iliaque antérieure du côté malade complète ces déplacements : en effet, pour masquer la rotation externe, le sujet est obligé

d'imprimer à l'os iliaque un transport en avant, mettant l'épine en plus fort relief.

Au total, pour une première attitude coxalgique, chacun des éléments de la position vicieuse est compensé par un déplacement secondaire : 1° la flexion par l'ensellure lombaire ; 2° l'abduction par l'obliquation pelvienne, entraînant la scoliose correctrice, et se traduisant par un allongement apparent ; 3° la rotation externe par une projection antérieure de l'épine iliaque. — Pour une deuxième attitude coxalgique, la démonstration est identique : 1° l'ensellure lombaire corrige cet élément commun, la flexion permanente ; 2° le bassin s'élève du côté malade, s'abaisse du côté sain, d'où raccourcissement apparent répondant à un allongement réel, d'où aussi scoliose qui offre cette particularité que sa concavité répond au côté malade ; 3° retrait de l'épine correspondant à la compensation de la rotation interne.

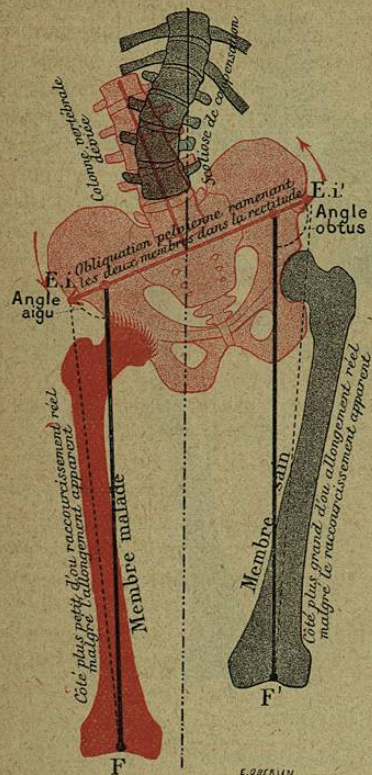


Fig. 259.

Schéma expliquant l'allongement apparent et le raccourcissement réel en position d'adduction.

dans une position d'adduction, le bassin s'élève du côté malade, s'abaisse du côté sain, d'où raccourcissement apparent répondant à un allongement réel, d'où aussi scoliose qui offre cette particularité que sa concavité répond au côté malade ; 3° retrait de l'épine correspondant à la compensation de la rotation interne.

La contracture musculaire en même temps qu'elle détermine les positions vicieuses, détermine une compression des surfaces articulaires malades : de là, des douleurs croissantes, remarquables par leur exacerbation nocturne ; on l'explique par ce fait que, la nuit, l'excitation réflexe de la moelle est portée au maximum, par la suppression du pouvoir modérateur du cerveau. En supprimant la contracture, l'extension continue est le meilleur moyen d'apaiser la douleur.

Complications. — La coxalgie peut aboutir, sans suppuration, à la guérison par formations fibreuses et par ankylose totale ou partielle : cette ankylose se produit en bonne position si la thérapeutique a été correcte. — Deux complications sont à craindre : 1° la suppuration ; 2° les luxations pathologiques. — Les *abcès* apparaissent du sixième au quinzième mois ; ils peuvent être périphériques, extra-articulaires, évoluant primitivement hors de l'os ou de la synoviale sans entrer en relation avec la jointure, ou s'en séparant consécutivement ; ou bien ils communiquent largement avec l'article. Ces derniers sont d'un pronostic moins favorable, de même que ceux qui sont le siège d'infections mixtes, où des microbes de la suppuration viennent inoculer le liquide puriforme résultant de la fonte des tubercules. — Les *luxations pathologiques* sont plus rares qu'on ne le croyait autrefois, quand on se laissait tromper par l'illusion que créent le raccourcissement ou l'allongement apparents. Elles se font généralement dans la fosse iliaque et sont dues à l'ulcération progressive du bord cotyloïdien postérieur par la tête, en deuxième position coxalgique (adduction et rotation interne) ; les déplacements dans le trou obturateur ou sur le pubis sont des raretés.

Diagnostic. — Une erreur commune consiste à méconnaître une coxalgie commençante : on croit à une douleur du genou, à une névralgie, à une poussée de croissance. Or, le squelette grandit, normalement, sans douleur : toute souffrance doit attirer l'attention et nécessite une exploration qui doit être méthodique et répétée, les accalmies étant fréquentes au début. Chez les tout jeunes, cette exploration est obscure, l'enfant précisant mal sa souffrance et ne marchant pas : faites tenir

l'enfant suspendu par les aisselles et pincez les membres inférieurs; le membre sain répond par des mouvements réflexes; le malade demeure immobile. — Des ostéites juxta-épiphysaires de l'extrémité supérieure du fémur peuvent donner le change; mais leur évolution est ordinairement plus prompte, aboutissant plus vite à une résolution franche ou à la suppuration aiguë. — Quand le membre est en deuxième attitude coxalgique (flexion, adduction et rotation interne) on peut croire à une luxation congénitale ou spontanée: la luxation congénitale est habituellement indolore, en dehors de poussées dues à des fatigues et vite apaisées; la luxation pathologique se reconnaît à ce que le sommet du grand trochanter dépasse, la cuisse étant en position de flexion à angle droit, la ligne de Nélaton-Roser (joignant l'épine iliaque antéro-supérieure à l'ischion) que normalement il affleure. — Chez la jeune fille il faut songer à la coxalgie hystérique; la contraction musculaire place le membre en fausse attitude coxalgique; mais la douleur est plus superficielle, sans localisation nette, l'atrophie musculaire est absente, et dans le sommeil chloroformique la jointure présente la mobilité la plus complète.

Pronostic. — Le pronostic dépend surtout de la suppuration et des conditions hygiéniques où se trouve le sujet. Dans la pratique hospitalière, près de la moitié des coxalgies suppurent; les enfants ne viennent à nos soins qu'après avoir longtemps marché et boité, sans immobilisation; les abcès parfois se sont ouverts spontanément et sont le siège d'infections mixtes: autant de circonstances aggravantes. Quand la suppuration s'est établie, la guérison peut encore être obtenue avec une ankylose fibreuse ou osseuse, avec des déplacements, si le traitement ne les a pas prévenus. Une coxalgie qui n'a pas suppuré, qui a été traitée à temps guérit, laissant en général une ankylose plus ou moins complète, tout au moins de la raideur articulaire; mais il faut du temps pour cela: comptez sur deux à trois ans pour une guérison stable et sachez que cette dernière est plus à espérer chez l'enfant que chez l'adulte, plus exposé à des généralisations tuberculeuses.

Traitement. — Immobilisation en bonne position: voici le

traitement des premières périodes, souvent suffisant à la guérison. Le membre — redressé sous chloroforme s'il était en attitude vicieuse — est immobilisé soit dans la gouttière de BONNET, soit dans un plâtre dépassant le rebord costal; dans le cas de moindre gravité ou lorsque la convalescence permet la marche sur béquilles, on emploie un appareil silicaté ou l'attelle de THOMAS. Les injections de chlorure de zinc n'ont point ici leur habituelle précision, en raison de la profondeur de la jointure. Le traitement conservateur, longtemps prolongé, peut, surtout chez l'enfant, aboutir souvent à la guérison: 77 p. 100 d'après BRUNS, pour les non-suppurants; 42 p. 100 pour les suppurés. Les abcès seront ouverts et curettés. Quand la suppuration s'accompagne de fièvre, quand cette fièvre ne cède point au drainage, aux injections, au repos, quand elle coïncide avec un dépérissement rapide du sujet, il faut réséquer la tête fémorale, d'abord pour supprimer les foyers osseux et aussi pour évacuer complètement le pus stagnant dans le creux articulaire. L'ankylose est le résultat voulu après la résection: elle doit s'obtenir en position d'extension, avec 25 à 30 degrés d'abduction, ce qui nécessite un temps prolongé d'extension continue.

IV. — TUBERCULOSE DU GENOU

Anatomie pathologique. — La tuberculose du genou est remarquable par la diversité de ses formes anatomiques.

Le processus débute tantôt par l'os, tantôt par la synoviale.

1^o TUBERCULOSE OSSEUSE PRIMITIVE. — Dans la majorité des cas, la tuberculose est d'origine osseuse: 41 fois sur 69, d'après la statistique d'OLLIER, 69 fois sur 118, d'après KÖNIG. L'origine tibiale est la plus fréquente; puis, viennent les faits ou des foyers tuberculeux siègent simultanément dans le fémur et le tibia; puis ceux à lésions fémorales exclusives; enfin quelques cas à origine rotulienne. — Il faut savoir que dans les formes avancées, il devient difficile de localiser dans l'os ou dans la synoviale les lésions originelles; de plus, on rencontre, au genou, des pertes de substances de l'os qui ne sont point dues