

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

à des foyers primitifs du squelette, mais à des fongosités qui pénètrent de la surface dans la profondeur. Les points d'élection pour ces lésions ont été précisés par KÖNIG : lieux d'insertion des ligaments latéraux sur le fémur ou des ligaments

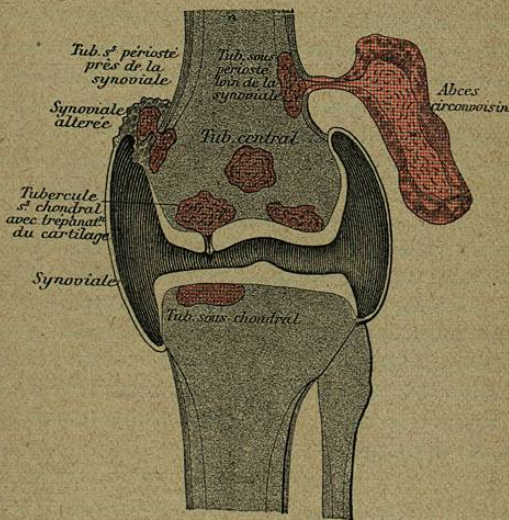


Fig. 260.

Schéma montrant le siège et l'évolution des divers types de tuberculose ostéo-articulaires, au genou.

croisés dans la fosse intercondylienne; limites d'insertion de la synoviale aux confins du cartilage diarthrodial.

Ordinairement, les foyers osseux se présentent sous la forme de points fongo-caséux; quelquefois, on rencontre des « séquestres cunéiformes », « Keilsequester » à base affleurant la surface articulaire sous l'aspect de plaques éburnées, polies, dures, dépouillées de cartilage: ces séquestres éburnés s'observent surtout sur les condyles fémoraux et dans les ostéo-arthrites à marche lente et récidivantes; ils résultent d'un processus d'ostéite condensante. — Les formes extra-

articulaires, où le foyer osseux s'ouvre, non dans la jointure mais au dehors, sont rares et ne se rencontrent guère qu'au niveau du tibia.

2° TUBERCULOSE SYNOVIALE PRIMITIVE. — Fréquente chez le jeune enfant, au point de constituer la moitié des cas, elle devient rare chez l'adulte, où on ne l'observe que dans un tiers des faits. KÖNIG a distingué trois formes: 1° l'*hydarthrose tuberculeuse*; 2° le *fongus articulaire*; 3° l'*abcès froid des articulations*.

I. *Hydarthrose tuberculeuse*. — Son type le plus simple se rencontre dans la synovite bacillaire avec faible tuméfaction de la capsule: c'est un épanchement séreux, parfois intermittent, accompagné d'un certain gonflement de la synoviale qui est palpable au niveau des culs-de-sac quand l'exsudat est assez résorbé. En d'autres cas, l'hydropisie articulaire, « *hydrops tuberculosus* », se complique de la formation de coagulations fibreuses, soit à l'état de grains riziformes plus ou moins libres, soit déposées à l'état de précipités sur les franges synoviales. On trouve alors, sur la séreuse articulaire, tantôt une production diffuse de tubérosités, éminences rouges plus ou moins pédiculées, tantôt comme nous en avons opéré de beaux exemples, des nodosités fibreuses, circonscrites, « *fibrome synovial* » de König.

II. *Synovite fongueuse*. — C'est la forme la plus fréquente. Dans quelques cas légers, chez des sujets jeunes, les fongosités sont fermes, aboutissant à la sclérose ou à la résolution, sans troubler les fonctions du membre. Mais, il est plus fréquent de voir les fongosités, molles, évoluer vers la dégénérescence caséuse. KÖNIG a bien décrit ce processus: aux confins des insertions de la synoviale se déposent des couches de fibrine qui, progressivement, encadrent les surfaces articulaires du tibia et du fémur; sur cette dernière, elles circonscrivent ainsi trois facettes, deux condyliennes, une rotulienne; puis elles tendent à couvrir toute cette surface, s'épaississent, végètent, s'organisent grâce à des vaisseaux venus des bords de la synoviale. Sous ces couches, le cartilage s'altère, se creuse de pertes de substances allant de la surface vers la profondeur, se

décolle en lambeaux irréguliers, montrant au-dessous de lui, soit des séquestres lisses, soit du tissu de granulation, soit des points fongo-caséux. Des masses de fongosités remplissent les culs-de-sac; à ces végétations ramollies, s'ajoutent des supurations résultant de la fonte caséuse partielle de la synoviale: ainsi naissent des tumeurs molles considérables, le vrai fongus articulaire.

Une particularité est remarquable: nulle articulation n'a, autant que le genou, la faculté de circonscrire le processus tuberculeux. Grâce aux adhérences et à la transformation fibreuse des replis synoviaux, un cloisonnement peut s'effectuer qui isole la région malade du reste de la jointure, « synovites enkystées », comparables aux pleurésies enkystées. Il se forme ainsi une véritable articulation double, « *Doppelgelenk* » dit KÖNIG, correspondant aux portions encore revêtues de cartilage de chaque condyle. On peut voir ainsi la région condylienne interne malade, se séparer par une cloison du condyle externe non envahi ou moins atteint. Dans d'autres cas, c'est le cul-de-sac sous-tricipital tuberculeux qui est ainsi isolé. Grâce à ces limitations, on s'explique qu'une partie de la mobilité soit conservée dans ces « articulations cloisonnées »; il suffit pour cela que de petits segments opposés des surfaces articulaires aient gardé leur revêtement cartilagineux. Par contre, c'est dans cet enkystement des processus locaux que réside la cause de leur longue durée et de leurs rechutes.

III. *Abscès froid articulaire*. — L'abcès froid — la pyarthrose tuberculeuse — s'observe parfois: la synoviale, épaissie, est alors farcie de tubercules miliaires.

Symptomatologie. — Il est des cas d'« hydrops tuberculosus » qui ressemblent absolument à une hydarthrose simple; ils ne s'en distinguent que par l'échec des traitements habituels, ponction et compression; le cyto-diagnostic de l'épanchement et l'inoculation au cobaye en établissent la nature. — Dans l'arthrite fongueuse, le genou prend un gonflement fusiforme, recouvert par une peau anémiée et fixe: c'est la tumeur blanche proprement dite. Les formes synoviales à tendances caséuses, sont parfois si molles qu'il est difficile de distinguer

entre la fluctuation vraie de collections purulentes et la fausse fluctuation due à des fongosités. De même, le gonflement lardacé de la synoviale et l'hyperplasie des tissus para-synoviaux prennent parfois une telle dureté qu'il est aisé de les confondre avec une tuméfaction propre de l'os.

Le genou tend à se porter en flexion progressive. Cette position est due: 1° à ce que, dans cette attitude, la capacité articulaire est plus grande, que la tension de la synoviale diminue et que, partant, la douleur en est atténuée; 2° à ce que, d'une part, les extenseurs — *quadriceps fémoral* — sont frappés d'amyotrophie réflexe, tandis que d'autre part les fléchisseurs moins atteints sont mis, par les progrès même de cette flexion, dans une direction de plus en plus favorable à leur puissance.

Or, cette attitude vicieuse est mauvaise. D'abord, parce que l'ankylose de guérison fixera le membre en cette posture qui entraîne un raccourcissement et une gêne fonctionnelle grave, le sujet étant forcé alors de marcher sur une sellette; en second lieu, parce que la jointure est ainsi exposée à la luxation pathologique en arrière: en effet, comme le démontre le schéma de Volkmann (fig. 261), tandis que la partie postérieure des condyles comprimée par les plateaux tibiaux s'ulcère, leur partie antérieure, n'étant plus soumise à la contre-pression du tibia, s'hypertrophie; si l'on tente le redressement, le tibia s'arc-boutant contre cette saillie, se luxe en arrière, par un mouvement de levier « *Abhebelung's Luxation* » des Allemands. — D'autres attitudes vicieuses s'observent: 1° le genou se met en *genu valgum* soit par usure du condyle externe, soit par hyperplasie inflammatoire du condyle in-

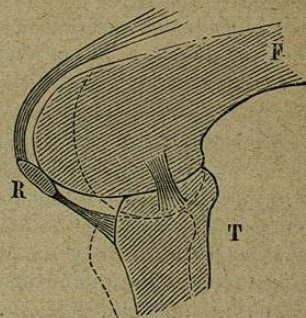


Fig. 261.

Schéma de Volkmann montrant la saillie apparente et l'augmentation de diamètre antéro-postérieur des condyles à la suite de vieilles tumeurs blanches.

terne : 2° il se coude en baïonnette, l'axe de la jambe se brisant au-dessous du bulbe du tibia, par inflexion de cet os ramolli (déformation de Sonnenburg).

Traitement. — Le traitement conservateur : immobilisation rigoureuse, injections sclérogènes dans les culs-de-sac synoviaux, ignipuncture profonde, donne, surtout chez l'enfant, de bons résultats. En raison de la part prépondérante d'accroissement qui revient aux deux cartilages conjugués du fémur et du tibia, la résection typique, *ultra-épiphysaire*, ne doit être qu'exceptionnellement pratiquée avant dix à douze ans : le raccourcissement qui en peut résulter a atteint jusqu'à 25 centimètres ! Aussi faut-il, chez les jeunes, insister sur les opérations économiques qui respectent le cartilage conjugal : arthrectomies synoviales, excisions osseuses restant en deçà de ces cartilages. Chez l'adulte, au contraire, la résection du genou est une bonne opération ; mais il faut prévenir une déviation secondaire fréquente qui porte le membre en flexion. L'amputation est indiquée par l'étendue et le caractère progressif des lésions, par l'altération grave de l'état général.

V. — OSTÉO-ARTHRITES DU COU-DE-PIED

Les ostéo-arthrites du cou-de-pied succèdent fréquemment à des entorses négligées ou répétées.

Symptomatologie. — Très souvent, au début, le diagnostic doit se fonder uniquement sur des phénomènes douloureux persistants. Cette douleur est spontanée ou provoquée. Spontanée, elle se manifeste dans les mouvements ou dans la marche, qu'elle gêne par une limitation volontaire des mouvements. Provoquée, elle se révèle : 1° à la palpation méthodique des points osseux habituellement atteints (tête et col de l'astragale, malléoles, dépressions rétromalléolaires) ou des interlignes articulaires ; 2° à l'exploration des divers mouvements du pied, exploration qui, par la localisation de la douleur maxima, permet la détermination approximative de la jointure surtout atteinte, la flexion et l'extension se passant surtout dans la tibio-tarsienne, le varus et le valgus dans la sous-

astragalienne, l'adduction et l'abduction dans la tibio-tarsienne.

Un signe à rechercher est aussi la tuméfaction des parties molles. On trouve dans les lésions du col et de la tête de l'astragale un gonflement siégeant à la partie antérieure, entre les malléoles : les tendons extenseurs sont soulevés par du liquide (déplaçable avec flot d'un côté à l'autre de l'espace intermalléolaire intérieur) ou par des fongosités moins fluctuantes. Les creux rétro-malléolaires sont souvent comblés par un empatement plus ou moins mou ; les lésions originelles siègent alors, soit dans l'extrémité postérieure de l'astragale, soit dans la sous-astragalienne, soit dans le calcaneum au voisinage de son épiphyse postérieure. Quand l'ostéite se propage à tout le tarse antérieur, il se forme un bourrelet œdémateux — bourrelets antétarsien d'Ollier — qu'on suit du bord interne au bord externe du pied, quand la lésion part du scaphoïde, ou du bord externe au bord interne quand le cuboïde a été le premier atteint.

Anatomie pathologique. — La forme ostéale primitive est plus fréquente que la forme synoviale. Cette dernière se rencontre cependant dans un tiers des cas sous la forme d'*hydrops tuberculosus* à grains riziformes ou de masses fongueuses sous les extenseurs. — L'astragale est fréquemment le siège primitif et principal de l'ostéite tuberculeuse du cou-de-pied : ce point démontré par OLLIER, VOGT et KOCHER a une haute importance au point de vue du traitement. Les tubercules de l'astragale se développent, soit au centre de l'os, soit à la périphérie, sous le cartilage de la poulie ou le périoste du col : tantôt c'est un foyer fongo-caséux, tantôt un séquestre ; mais, à côté de foyers tuberculeux nets, il faut connaître les lésions paratuberculeuses de ces os du tarse : raréfaction, ramollissement rouge, atrophie graisseuse jaune.

L'astragalite absolument isolée est rare, mais elle existe et l'extirpation seule de l'os a parfois suffi. Les lésions calcaneennes sont ordinairement moins limitées ; elles gagnent la jointure astragalo-calcaneenne et sont l'origine fréquente du fungus total du cou-de-pied. Bien que les diverses synoviales du tarse soient bien délimitées à l'état normal, leur indépendance

anatomique n'empêche point leur envahissement progressif, par la marche de l'ostéite. — Les lésions tibio-péronières sont moins fréquentes qu'on ne le pensait : 8 fois sur 41 cas, d'après OLLIER ; elles se rencontrent soit sous la forme de foyers fongocaseux sur les surfaces articulaires, soit à l'état de séquestres cunéiformes, surtout dans l'extrémité tibiale. Enfin, il faut savoir que, même quand il ne s'agit pas des formes ostéales, les os subissent ici un précoce ramollissement, avec décollement du cartilage aminci et véritable ostéomalacie tuberculeuse.

Traitement. — L'ignipuncture profonde, les injections sclérogènes, l'immobilité rigoureuse suffisent souvent à la guérison, surtout chez les enfants. L'ablation hâtive de l'astragale, dans les formes où cet os, douloureux à la pression, paraît, comme c'est la règle, le siège prédominant des lésions, est une excellente intervention, qui, déblayant la loge articulaire, permet d'agir par le curettage ou l'ignipuncture sur la mortaise péronéo-tibiale, sur le calcanéum, sur l'avant-tarse ; et ce sera un des mérites d'OLLIER d'avoir établi les avantages de l'astragalectomie. L'évidement du calcanéum, les tarsectomies antérieures (faites en pleine largeur, pour éviter les déviations secondaires) donnent aussi, malgré l'ablation de presque tout le squelette tarsien, de bons résultats, surtout chez les jeunes. L'amputation trouve son indication dans les lésions locales trop étendues et dans les lésions viscérales en voie de progrès.

ARTICLE IV

DIFFORMITÉS CONGÉNITALES ET ACQUISES
DU MEMBRE INFÉRIEUR

I. — DIFFORMITÉS DE LA HANCHE

1° COXA VARA

Définition. — Sous le nom de *coxa vara*, ou *hanche bote*, on désigne une déformation, congénitale ou acquise, du col fémoral qui est anormalement *incliné en bas et infléchi en arrière*.

Anatomie pathologique. — Anatomiquement, la coxa vara est caractérisée par la *modification des angles d'inclinaison et de déclinaison*. — Des deux éléments qui composent la déformation, l'un (inflexion en bas de la tête ou du col) est une diminution de l'angle d'inclinaison ; l'autre (rétrodéviation du col) réduit, jusqu'à le rendre nul ou même négatif, l'angle de déclinaison.

L'angle d'inclinaison est celui formé par la rencontre de l'axe du col et de l'axe diaphysaire : normalement de 125° à 130° chez

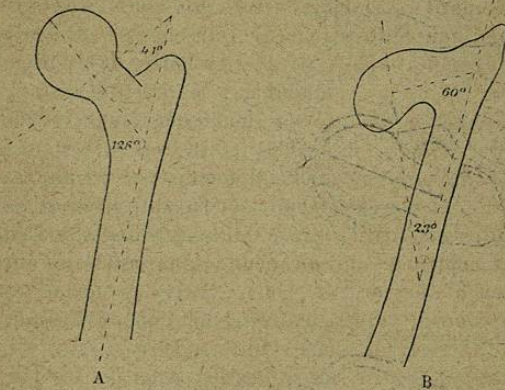


Fig. 262.

A, fémur normal. — B, coxa vara (NOVÉ-JOSSEAND).

l'enfant, il se transforme souvent en angle droit jusqu'à 45°, et peut même se fermer davantage. Cette déviation peut se produire : 1° à la base du col, ce dernier s'inclinant tout entier vers l'axe diaphysaire, *inclinaison cervicale* ; 2° au niveau de la région cervicale de la tête, la direction du col restant normale pendant que la tête se baisse, par un véritable enroulement sur le col, dont le bord supérieur s'allonge, pendant que le bord inférieur se raccourcit, *inflexion cervicale*.

L'angle de déclinaison est l'angle dièdre, ouvert en dedans et en avant, déterminé par deux plans verticaux, dont l'un est mené par l'axe transversal de la diaphyse et des deux condyles