

III

TRAITEMENT DES TUBERCULOSES ARTICULAIRES

AUX DIFFÉRENTS ÂGES DE LA VIE

- I. *Aperçu des méthodes de traitement des tuberculoses articulaires.*
- II. *Chez l'enfant, les opérations partielles sont les opérations de choix. Chez le vieillard, la tuberculose est plus grave. Le travail de la résection se fait mal, l'amputation est souvent nécessaire.*
- III. *Chez l'adulte, au contraire, la résection est la méthode de choix. Elle ne doit être ni trop hâtive, ni trop tardive.*
L'amputation est la méthode d'exception; elle est indiquée :
 - 1° *Quand les lésions sont trop étendues* — observation d'une tuberculose du pied, pour laquelle la conservation ni la résection ne sont plus possibles; et d'une tuberculose étendue du poignet;
 - 2° *Quand il y a infection secondaire et fièvre* — deux observations de tumeur blanche suppurée du genou avec fièvre persistante et guéries en quelques jours par l'amputation;
 - 3° *Quand il y a tuberculose pulmonaire* — observation d'une tuberculose du coude chez un tuberculeux du poumon; influence néfaste des lésions locales sur la tuberculose pulmonaire. Amélioration immédiate à la suite de l'amputation.

MESSIEURS,

Les tuberculoses articulaires forment un appoint considérable dans la pratique de la médecine. En quelque lieu que vous ayez plus tard à exercer votre profession, quel que soit le milieu social qui doive former le fond de votre clientèle, vous trouverez partout et toujours des tuberculoses articulaires à traiter vous-mêmes ou du moins à diriger de vos conseils.

Nous avons vu déjà passer devant nous, et nous avons encore en ce moment dans notre service un certain nombre de ces tumeurs blanches de la hanche, du genou, du cou-de-pied, du coude et du poignet. Et le traitement a été différent pour chaque cas. Une tuberculose de la hanche ne se traite pas comme une tuberculose du poignet.

Mais cependant, entre ces localisations différentes, il est un lien commun, c'est la nature du mal, c'est la lésion tuberculeuse. Et dans la détermination du traitement à instituer, il est aussi des considéra-

tions générales, qui priment souvent toutes les autres : telles sont celles qui ont trait à la forme et à l'étendue des lésions, à leurs complications, à l'âge du sujet, au milieu social dans lequel il vit.

Ce sont des raisons de ce genre, qui m'ont amené récemment à pratiquer pour des tuberculoses articulaires de siège différent une opération exceptionnelle, l'amputation. C'est pour des raisons de même ordre que je la pratiquerai encore tout à l'heure, pour une tuberculose du cou-de-pied. Nous avons à tirer de ces faits particuliers un enseignement très utile, et c'est ce que je veux faire ce matin, en étudiant avec vous le traitement des tuberculoses articulaires à un point de vue très général, et indépendamment de toute question de siège. Je veux vous dire quels sont, pour les tuberculoses articulaires aux différents âges de la vie, les traitements de choix et les traitements d'exception.

I

Permettez-moi d'abord de vous rappeler aussi brièvement que possible quels sont les différentes méthodes de traitement des tuberculoses des membres.

Au premier rang se place le *traitement général*, celui-ci toujours nécessaire, longtemps indispensable, sans lequel toutes les autres méthodes ne peuvent rien. Les opérations ne guérissent jamais sans lui; lui seul prémunit contre les extensions de la première localisation et garantit contre les chances d'une récurrence en une autre région. C'est là d'ailleurs la loi générale du traitement de toutes les tuberculoses : inutile d'insister.

Le *traitement local* comprend plusieurs méthodes : les *méthodes de conservation*, les *résections*, et les *amputations*.

Au premier rang des *méthodes conservatrices* se trouve l'*immobilisation* : immobiliser simplement une tuberculose articulaire, s'opposer par l'appareil plâtré ou par l'extension continue à ce que les surfaces jouent l'une sur l'autre, à ce que l'inférieure supporte le poids de la supérieure, c'est déjà faire beaucoup pour le traitement de la lésion tuberculeuse, et c'est souvent faire assez pour la guérir.

On corrige ou on prévient les attitudes vicieuses par la réduction et la pose d'un bon appareil sous le chloroforme, on utilise concurremment à la surface de l'articulation malade la révulsion sous forme de pointes de feu et la compression ouatée, et on arrive à guérir dans

un temps donné beaucoup de tuberculoses articulaires. La durée du traitement est parfois longue, c'est par mois et quelquefois par années qu'il faut faire appel à la patience du malade et de son entourage. La lésion guérit avec ou sans ankylose, plus souvent avec que sans, mais quand elle guérit, on a le droit de s'estimer encore très heureux.

Et cependant, combien elles sont rares, les tuberculoses qui guérissent ainsi par la seule immobilisation et n'exigent pas un autre traitement !

Avec la *méthode de Lannelongue*, la *méthode sclérogène*, nous avons un autre moyen de combattre les tuberculoses locales. Vous savez en quoi elle consiste : il s'agit de circonscrire le foyer tuberculeux dans une zone de tissu fibreux dense, qui étouffe sa vascularité, prévient son extension, et se substitue peu à peu à la caséification. Pour cela, on se sert du chlorure de zinc au 1/10 : et autour de la lésion, avec une aiguille et une seringue de Pravaz, on injecte de temps en temps une ou deux gouttes de la solution, on enfonce l'aiguille profondément jusqu'à l'os, on fait en une séance une trentaine de piqûres, et sous un pansement compressif on laisse lentement les réactions s'élaborer. Il en résulte d'abord du gonflement des tissus et de la douleur ; l'un et l'autre résultent de l'irritation, de l'inflammation que provoque le corps étranger, la température s'élève même de quelques dixièmes ; puis après une période stationnaire la réaction décroît, et au bout d'une période de trois semaines environ on peut recommencer. A la longue, une couronne d'induration circonscrit le foyer, se substitue à lui ; et dans les cas heureux la guérison s'obtient avec cette méthode, qui ne dispense pas d'ailleurs de l'immobilisation de l'articulation malade. Mais souvent aussi le résultat est moins heureux : le foyer n'est pas étouffé mais seulement circonscrit. La méthode sclérogène a préparé le terrain aux *opérations partielles*.

Celles-ci deviennent un jour nécessaires ; qu'il s'agisse d'abcès locaux ou à distance, de fongosités synoviales ou de foyers intra-osseux, un jour ou l'autre une opération partielle et conservatrice s'impose. Ici c'est une ponction de l'abcès suivie sans ouverture de l'injection d'éther iodoformé ou de naphthol camphré ; là c'est une synovectomie en règle, une *arthrectomie* méthodique qui suffit à enlever avec la synoviale seule malade toutes les lésions ; là encore, c'est une opération moins typique, moins régulière, c'est un *curettage* osseux et articulaire, qui convient mieux à des lésions étendues à la fois de l'os à l'articulation, et de la synoviale articulaire aux zones du voisinage. Mais ponction, curage ou synovectomie, l'opération

est à la fois partielle et conservatrice ; elle est partielle pour la lésion, car qui peut en grattant une tuberculose se vanter de tout enlever ? Mais elle est aussi conservatrice pour le membre, pour le squelette, dont elle ne supprime qu'une minime étendue, qu'une parcelle infime.

De ces opérations, c'est là d'ailleurs l'avantage quand elles sont suffisantes, et l'inconvénient quand elles s'adressent à des tuberculoses ou plus virulentes ou plus étendues.

Avec les *grandes résections*, nous avons une transition vers les méthodes plus radicales. Supprimer, en coupant au-dessus et au-dessous, toute l'étendue des parties malades, enlever à peu près une tuberculose articulaire, comme on le ferait d'une tumeur, puis reconstituer par le contact des extrémités osseuses sectionnées, la continuité du membre et quelquefois une nouvelle articulation, voilà le principe des *résections* appliquées au traitement des tuberculoses articulaires. Et la pratique confirme chaque jour et à tous les degrés les bienfaits de ces opérations. Au genou, à l'épaule, au coude, avec des différences de technique appropriée à un siège différent et à des fonctions variées, les résections guérissent des lésions en pleine activité et constituent une des méthodes les plus brillantes et quelquefois les plus sûres dont nous disposons contre les tuberculoses articulaires.

Et au delà nous arrivons aux méthodes radicales, aux *amputations*. Ressource ultime contre des désordres étendus, les amputations ne sont plus qu'une méthode d'exception, lorsque certaines complications compromettent l'existence, et que par ailleurs l'étendue des lésions les met au delà des limites des grandes résections.

Voilà les méthodes dont nous disposons pour traiter les tuberculoses articulaires : de ces méthodes faisons l'application au malade et voyons comment nous devons les appliquer suivant les modalités des tuberculoses articulaires aux différents âges de la vie, chez *l'enfant*, chez le *vieillard* et chez *l'adulte*.

II.

Chez *l'enfant*, la conservation et les opérations partielles résument à elles seules, avec le traitement général bien entendu, la thérapeutique des tumeurs blanches. Les résections, les opérations réglées et méthodiques n'ont que rarement à intervenir ; elles sont toujours inférieures aux opérations partielles, dites encore atypiques ; il y a pour cela plusieurs raisons.

La première, c'est que la tuberculose chez l'enfant est relativement bénigne : elle l'est en tout cas bien plus que chez l'adulte et que chez le vieillard. Et alors pourquoi supprimer des portions étendues d'un membre ? pourquoi vouloir faire une exérèse totale, si un grattage, une cautérisation, une opération partielle enfin doivent assurer à moins de frais un résultat thérapeutique aussi favorable ?

La seconde, c'est que les résections suppriment les foyers générateurs de l'accroissement du membre : le cartilage de conjugaison sera entamé et excisé dans une résection du genou, et il en résultera pour le membre une diminution de la longueur, égale à toute l'étendue qu'il lui restait encore à acquérir : d'où une claudication intense et proportionnelle à l'étendue du raccourcissement. Au contraire, si un coup de curette a touché la zone active de l'os, il n'y a pas destruction totale du cartilage, et l'accroissement de l'os ne sera pas gêné dans les mêmes proportions ni à un égal degré. Au contraire chez l'adulte la croissance est finie, le raccourcissement n'est plus à craindre ; la résection, pas plus que l'opération partielle, ne modifiera la longueur du membre.

D'ailleurs ce n'est pas seulement l'accroissement qui est troublé par la résection ; la fonction du membre l'est aussi. Si au coude par exemple, on obtient facilement, avec une résection bien conduite, une régénération assez parfaite de l'articulation, pour avoir une mobilité assez solide du bras et de l'avant-bras, au membre inférieur, au genou ce qu'il faut obtenir avant tout, c'est la solidité. Après une résection du genou, le membre ne sera jamais qu'un pilon, sans aucune mobilité articulaire ; la fonction du membre est donc profondément troublée : il n'en est pas de même avec les opérations partielles. Celles-ci aboutissent souvent sans doute à l'ankylose ; mais parfois l'ankylose n'est que partielle, et le peu de mobilité qui est conservée vaut encore mieux, au genou au moins, que la raideur absolue, conséquence de la résection.

De même enfin les atrophies musculaires seront avec les résections, très marquées, puisque l'articulation est supprimée et que les muscles péri-articulaires n'ont plus leur raison d'être, tandis qu'avec les opérations partielles, ces atrophies sont toujours moins intenses, moins accentuées.

Et voilà pourquoi, Messieurs, les résections articulaires n'ont jamais ou à peu près à intervenir chez l'enfant : voilà pourquoi le traitement des tuberculoses articulaires chez l'enfant se résume dans la conservation à outrance, et quand l'opération sera nécessaire, dans les opérations partielles.

C'est chez l'enfant que l'immobilisation vous donnera, bien conduite, les meilleurs résultats ; celle-ci sera d'autant plus efficace qu'elle est plus facile à assurer à cet âge dans de très bonnes conditions. Un enfant, qui a une tuberculose articulaire, est immobilisé dans un appareil : mais l'enfant n'est pas condamné à rester à l'hôpital ou confiné dans une chambre sans lumière. On le porte au grand air, on le roule à la mer, et quand le soir vient, on le rentre à la chambre. Et s'il s'agit d'une tuberculose du bras, l'enfant marche seul, reste dehors tout le jour : il faut du temps pour le guérir, mais à cet âge le temps ne coûte pas, car il n'est pas précieux, l'enfant n'engage que lui et ne laisse pas par derrière une famille en souffrance.

Toutes les fois donc que vous aurez à soigner chez l'enfant une tuberculose articulaire, commencez par immobiliser la région et envoyez votre malade à la campagne, à la mer, et s'il y est déjà, laissez-le vivre tout le jour au grand air.

Aidez-vous, si besoin, de la révulsion, des pointes de feu. Ayez recours même aux injections de chlorure de zinc : j'en ai vu de bons résultats surtout dans les tuberculoses des petites jointures, du pied, du poignet. Et quand des abcès se produisent, ponctionnez-les sans les ouvrir, et faites suivre la ponction d'une injection d'éther iodoformé. Si malgré toutes vos précautions, si après plusieurs ponctions, l'abcès non seulement n'est pas guéri, mais s'est ouvert à l'extérieur, s'il y a enfin une fistule, alors voici le moment de recourir à ces opérations partielles, irrégulières, atypiques, dont je vous ai montré les avantages sur les résections classiques.

Curettez, grattez tout ce qui est fongueux, dans l'article, dans les os, dans les abcès de voisinage, cautérisez ensuite au thermocautère ou au chlorure de zinc au 1/10, et fermez par un pansement occlusif, en rectifiant l'attitude par un plâtre en bonne position. Une seule opération ne suffit que rarement ; revenez-y, s'il est besoin ; deux, trois opérations de même nature sont souvent nécessaires à quelques mois de distance. Mais avec du temps, de la patience et du grand air, vous arriverez presque toujours au résultat voulu, parce que, à de rares exceptions près, ces opérations partielles guérissent les tuberculoses ostéo-articulaires de l'enfance.

Chez le vieillard, il en est tout autrement : la tuberculose du vieillard représente dans l'échelle de gravité un dernier degré ; la tuberculose même locale est chez le vieillard plus grave qu'aux autres âges de la vie, et le traitement doit s'inspirer de ces différences. Aussi

bien les opérations partielles ne suffisent-elles plus à obtenir la guérison, et celle-ci nous devons la demander à des moyens plus énergiques.

Mais les résections à cet âge ont un autre inconvénient : pour donner un bon résultat elles exigent un travail de réparation ostéopériostique. Ce n'est pas le tout d'exciser par une résection méthodique les tissus malades d'une grande articulation, il faut ensuite que le périoste fasse les frais de la réparation; sans quoi les os en contact joueront sans se consolider et donneront un membre de polichinelle, c'est l'écueil de la résection. Or, à cette période extrême de la vie, le périoste n'a plus ces propriétés ostéogéniques dont il était pourvu dans la jeunesse; et la résection chez le vieillard expose à un mauvais résultat.

Aussi bien les tuberculoses graves du vieillard ne sont-elles justiciables que de l'amputation : quand la lésion est devenue fistuleuse, quand un grattage est resté sans résultat, quand une grande opération s'impose, c'est à l'amputation que vous donnerez la préférence sur la résection. Voilà la ligne de conduite très générale que je vous conseille, c'est à elle que je me conforme depuis longtemps.*

III

J'en arrive maintenant au traitement des tuberculoses articulaires chez l'adulte, et à cet âge la résection prime toutes les autres méthodes, elle est la méthode de choix. Et voici pourquoi :

La résection est préférable parce qu'elle est plus extensive que les opérations partielles, contre une lésion plus grave. C'est un fait que la gravité des tuberculoses articulaires croît avec l'âge, de l'enfance à la vieillesse : à l'âge moyen, chez l'adulte, la tuberculose locale ne guérit plus aussi facilement que chez l'enfant. A une lésion moins bénigne conviennent donc des traitements plus énergiques. La résection, qui supprime complètement le foyer de tuberculose, répond à cette indication, elle est une opération plus large, plus extensive : à ce titre elle est déjà préférable.

Elle l'est encore parce qu'elle guérit plus vite qu'un autre moyen et permet ainsi de soustraire ce malade au milieu hospitalier, et de le restituer à son foyer, à ses occupations.

Le milieu hospitalier est déplorable pour la santé : c'est un foyer constant de contagion tuberculeuse, et pour les malades qui sont déjà

tuberculeux, c'est un milieu toujours propice à l'aggravation, à l'extension de leurs lésions. Or, une tuberculose du genou ne doit pas marcher : et si le malade est un adulte, on ne peut comme un enfant le conduire chaque jour, à la lumière, au soleil, et où qu'il soit, il devra ou séjourner à l'hôpital ou rester confiné dans une chambre souvent privée d'air. La nécessité s'impose donc de soustraire le plus possible le malade à ces influences désastreuses.

D'ailleurs, ne l'oubliez pas, les adultes que vous soignez à l'hôpital sont souvent des chefs de famille qui n'ont que leur travail pour assurer les ressources du foyer, et quand ils doivent séjourner à l'hôpital pendant des mois ou des années, comme quelques-uns qui sont en ce moment dans nos salles, c'est la misère qui entre dans leur famille avec toutes ses lamentables conséquences.

Voilà, Messieurs, les raisons pour lesquelles j'interviens plus volontiers et plus largement pour les tuberculoses de l'adulte; voilà pourquoi la conservation me paraît ici secondaire, en quelque sorte exceptionnelle, pourquoi enfin la résection m'apparaît comme le traitement de choix de la tuberculose de l'adulte.

Il ne s'ensuit pas que toutes les tuberculoses de l'adulte soient justiciables de la résection.

Celle-ci a ses indications, elle a aussi ses limites, et je vais essayer de vous définir et les unes et les autres.

La résection ne doit être tout d'abord *ni hâtive, ni tardive*.

Elle ne doit pas être *trop hâtive* : car il est des tuberculoses articulaires, qui même chez l'adulte ne demandent qu'à guérir facilement : le traitement général, l'immobilisation, un grattage partiel leur suffisent. Pour des lésions relativement aussi bénignes, la résection serait certes excessive : elle ne donnerait rien de plus que l'expectation, et même au point de vue de la fonction, le résultat serait parfois inférieur à ce qu'il aurait été si le malade n'avait pas été opéré.

Aussi avant de faire la résection, commencez par instituer le traitement conservateur, immobilisez l'articulation en bonne position et aidez-vous de la compression et de la révulsion. Vous pouvez même utiliser les injections de chlorure de zinc, mais faites-le avec prudence, avec attention. La méthode a ses inconvénients, et pour avoir été défectueusement appliquée, elle m'a forcé à pratiquer une amputation de cuisse chez un de nos malades.

Enfin, essayez de conserver et attendez quelques semaines, tout au plus quelques mois. Alors vous reconnaîtrez l'amélioration à la dispa-

rition des douleurs spontanées, à l'atténuation du gonflement, à la limitation des fongosités, au relèvement de l'état général. Et s'il en est ainsi, vous devez espérer la guérison avec ces moyens simples et continuer le traitement conservateur. Mais au contraire, si la lésion a progressé, si seulement l'état reste stationnaire, alors proposez de suite la résection, ne perdez pas votre temps avec les demi-mesures; car la résection pour être efficace ne doit pas être non plus trop tardive.

La résection ne doit pas être trop tardive, car elle ne pourrait plus remplir son but; elle ne s'adresse qu'à des lésions encore limitées, elle suppose pour sa réparation un état général satisfaisant, et si l'extension des lésions est trop considérable, si l'état général est défectueux ou si la tuberculose locale est compliquée, alors la résection devra céder le pas à l'amputation. Ainsi, en traçant les contre-indications de la résection, je serai amené tout naturellement à vous dire dans quel cas il faut amputer.

Les indications de l'amputation se tirent : 1° de l'état local, et 2° de l'état général du sujet.

1° Parmi les indications tirées de l'état local, je place en première ligne l'extension des lésions.

La résection suppose, pour être bien faite, un foyer limité, j'allais dire enkysté; lorsque les désordres sont trop étendus, lorsque les fongosités ou l'infiltration purulente s'étendent trop loin, la suppression du membre est la seule manière de traiter heureusement cette tuberculose.

C'est cette indication qui m'amène à pratiquer l'amputation de la jambe, ce matin, chez ce jeune homme de vingt et un ans qui est couché au numéro 18 de la salle Saint-Landry. Il s'agit d'une tuberculose du pied, qui depuis des mois, des années, le fait souffrir et finirait par compromettre sa vie.

Il y a quatre ans que la maladie a débuté, il avait alors dix-sept ans: il ressent dans le pied gauche des douleurs, qui bientôt l'empêchent de travailler. Le pied gonfle, la marche devient impossible: il entre à l'hôpital Saint-Louis, dans le service de M. Bazy, on lui met un appareil plâtré; mais un abcès se forme, une fistule se constitue à la partie interne: déjà on lui propose l'amputation; mais il refuse, et voici que commence cette longue et pénible odyssée qui va se terminer ce matin.

Il rentre chez lui, mais ne peut travailler et demande à entrer à

l'Hôtel-Dieu en 1898, le 3 janvier. M. Cazin lui fait un grattage: quatre mois se passent, enfin la plaie se ferme, le malade se croit guéri, il demande sa sortie de l'hôpital.

Et de fait, la guérison semble consolidée: pendant deux ans il peut travailler, mais il a dû cependant changer son métier de maçon contre celui moins fatiguant de tailleur. Il travaille sans marcher, il ne se tient debout que le moins possible; il souffre quelque peu de temps en temps, mais enfin les fistules sont fermées et cet état est aussi satisfaisant que possible.

Cependant vers le milieu de l'année 1899, les douleurs reparaisent plus aiguës et un nouvel abcès se forme; il reste chez lui, travaille malgré la suppuration. Pendant dix-huit mois le feu couve sous la cendre, les lésions progressent insensiblement, une nouvelle fistule conséquence d'un nouvel abcès se forme sur le bord interne du pied: le malade se décide enfin à rentrer à l'Hôtel-Dieu: c'était à la fin de l'année dernière, le 25 décembre 1900.

On le soumet alors aux injections de chlorure de zinc, qui lui sont faites méthodiquement pendant deux mois: il semble mieux, le pied est moins gonflé, la marche est possible quoique pénible. Et le 1^{er} mars, il part à Vincennes.

Il en revient le 16, dans le même état: il ne marche plus avec le pied malade, celui-ci ne peut supporter le poids du corps, ni le contact du sol. Il marche avec une béquille, péniblement, avec précaution, pour éviter les heurts douloureux.

Toute la région postérieure du métatarse, tout le coup-de-pied est gonflé, œdémateux, la peau est rouge: deux trajets fistuleux sont ouverts l'un en dedans, l'autre en dehors; ils conduisent tous les deux le stylet sur des os friables, ramollis. La pression du dos du pied fait sourdre un pus séreux par les deux orifices, et toute la région est douloureuse.

Tout le pied est pris: l'articulation tibio-tarsienne semble encore indemne, car les mouvements de flexion et d'extension s'y exécutent librement. Mais les mouvements de rotation et de circumduction, tous ces mouvements qui se passent dans les articulations sous-astragaliennes et médiotarsiennes sont impossibles. Tout est donc malade dans cet arrière-pied: seules sont intactes, en avant, les extrémités antérieures des métatarsiens.

Que devons-nous faire? Reprendre la série des opérations partielles, des curages, des ignipunctures profondes, des injections sclérosantes? mais depuis quatre ans, ce malade a épuisé sans bénéfice