

haut au sujet de la tuberculose locale de la hanche. L'expression la plus généralement répandue, « carie de l'articulation », ne caractérise que la période terminale de l'affection dont nous parlons en ce moment. Lorsque l'on pouvait, dans le cours d'un processus destruc-

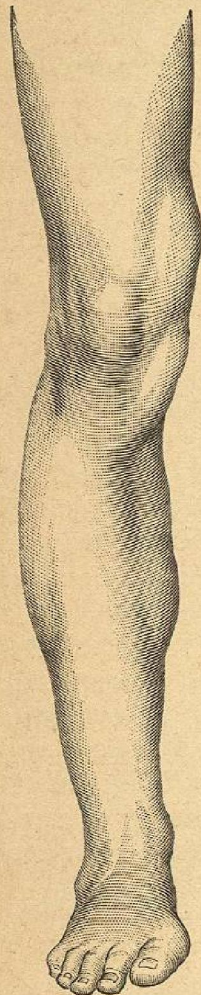


Fig. 89. — Articulatio normale.

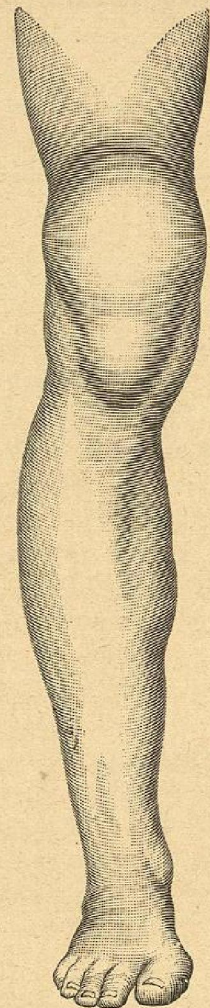


Fig. 90. — Articulatio distendua par un fort épanchement.

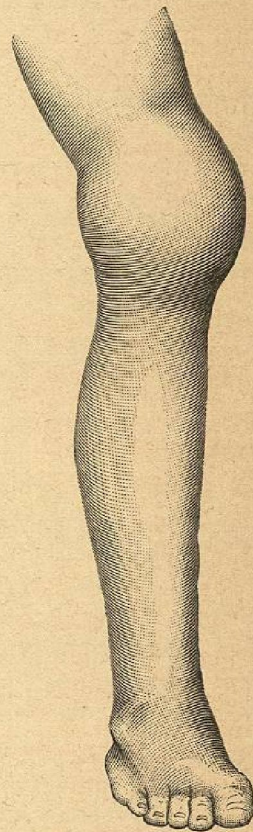


Fig. 91. Fongosité de moyenne intensité.

tif, découvrir une mobilité anormale dans le genou, et avoir une sensation de crépitation en frottant les os les uns contre les autres, on disait qu'il existait une carie osseuse, car les os étaient déjà dénudés, et quand on amputait le membre on voyait en effet que les extrémités articulaires des os, dénudés, avaient subi des modifications patho-

logiques. Au moment où la crépitation est perceptible, il existe en général déjà des fistules qui conduisent dans l'articulation, de sorte que cette sensation correspondait très bien à l'idée d'un processus ulcérateur — car *carie* signifie ulcération des os.

Mais on s'aperçut, il y a longtemps déjà, que la carie des articulations n'était que le résultat d'un processus morbide précédé par différents symptômes. Au genou, en particulier, on observa un tableau symptomatique qui put être suivi dès le début et qui indiquait nettement que le processus part de la synoviale. En effet, on constate dès le début que toute la capsule de l'articulation est distendue; mais la rotule ne ballotte pas; donc le gonflement n'est pas dû à un épanchement liquide, et doit être rapporté à un épaissement de la synoviale. Plus tard, dans le cours de ce processus, pendant lequel la jointure est dans l'attitude moyenne, le gonflement augmente considérablement, et on finit par constater la présence d'un épanchement; mais comparativement au volume du genou, cet épanchement est peu abondant, de sorte que c'est bien l'épaississement de la synoviale qui prédomine. Dans ce gonflement les contours de la rotule, du ligament rotulien, des extrémités osseuses disparaissent complètement; le genou est sphérique du côté de l'extension, la peau est mate et blanche: c'est le tableau de la *tumeur blanche*.

Si on ouvre l'articulation à cette époque, on trouve au lieu de la synoviale une membrane conjonctive épaisse comme le doigt et remplie de substance fongueuse, d'où le nom d'*arthrite fongueuse*. A ce moment les cartilages sont peut-être encore intacts, ou seulement érodés sur leurs bords, mais plus tard ils se détruisent et il n'en reste plus que quelques petits îlots; alors la surface articulaire est mise à nu, sa substance spongieuse est raréfiée, elle est remplie de tissu de granulations et présente des cavernes profondes; les ligaments sont fragiles, friables, l'articulation est déjà le siège d'une subluxation. La maladie peut donc être suivie dès le début; et la tumeur blanche du genou est le type des caries articulaires d'origine synoviale. Plus tard Virchow découvrit que ces couches abondantes de tissu conjonctif jeune (tissu de granulations) ont une origine péri-synoviale, et il en fit un fibrome péri-articulaire diffus. On opposa à ce processus les arthropathies d'origine osseuse, en faisant observer qu'au genou en particulier, les tumeurs blanches existaient presque seules. Il est singulier que la nature tuberculeuse de ces affections, reconnue par Rokitsansky, ait pu être oubliée pendant des années. Dans le tissu de granulations on trouve partout des tubercules.

Avec un coup d'œil remarquable, Bonnet distingua au milieu des diverses tumeurs blanches une forme spéciale, qu'il décrivit sous le



nom d'abcès froid de l'articulation. Voici à peu près comment il le décrit. La synoviale est toujours recouverte d'une mince couche qui n'est autre qu'une pseudo-membrane infiltrée de pus; cette dernière repose sur la synoviale comme les pseudo-membranes qui recouvrent la plèvre, et peut en être détachée avec une spatule. Elle est d'un jaune mat dans presque toute son étendue, sans traces de vaisseaux; et avec quelque attention on remarque qu'elle est infiltrée de pus et de tubercules. L'articulation est remplie par du pus qui est blanc, séreux, peu consistant et quand on le laisse déposer dans un vase se décompose en sérum et en sédiment. Les ménisques et les cartilages sont en partie ou complètement détruits. Les abcès froids articulaires ne s'observent que chez les gens cachectiques et atteints de tuberculose pulmonaire.

La phrase qui va suivre montre quelle importance Bonnet attachait à son observation. « Si j'ai pu arriver à ces données pratiques qui permettent de faire le pronostic au lit du malade, ce n'est assurément que parce que j'ai pu distinguer l'abcès froid de la synoviale des tumeurs fongueuses. » En fait, l'observation de Bonnet n'est pas utile seulement au point de vue du pronostic, mais encore parce qu'elle a constaté anatomiquement des pseudo-membranes infiltrées de tubercules qui sont absolument analogues aux membranes pyogènes tuberculeuses des abcès froids du tissu conjonctif. Écoutons maintenant l'opinion récente de Volkmann : « Je ne conteste nullement qu'il existe une forme primitivement synoviale d'arthrite fongueuse; mais elle est fort rare, ne s'observe guère que chez les adultes, et se caractérise avant tout par une tuberculisation primitive de la synoviale. Le développement des fongosités n'y est qu'à l'arrière plan. L'articulation est fortement distendue par des grumeaux caséux abondants, et qui ressemble quelquefois à une bouillie caséuse ou calcaire. La synoviale contient de gros tubercules et est peu vascularisée; les cartilages articulaires sont détruits sur une grande étendue. »

Volkmann lui-même fait observer qu'un grand nombre des cas désignés par Bonnet sous le nom d'abcès froids articulaires rentre dans cette catégorie, et ces cas devraient être considérés comme des cas de tuberculose primitive de la synoviale (pseudo-membranes tuberculisantes de la synoviale, d'après Rokitansky). D'après Volkmann, la véritable arthrite fongueuse est toujours d'origine osseuse. Il existe toujours un foyer caséux dans l'une des extrémités osseuses faisant partie de l'articulation, le plus souvent dans le condyle interne du fémur, mais aussi dans une tubérosité tibiale ou la rotule. De l'un de ces foyers, les germes infectieux pénètrent dans l'articulation et infectent la synoviale qui a été prédisposée à cette infection par un proces-

sus inflammatoire antérieur. Ainsi la formation des fongosités serait relativement sans grand danger, et constituerait peut-être même un processus curateur; ce n'est qu'avec l'infection que commencent les lésions destructives. Quand on ouvre l'articulation ou qu'on les ré-sèque, on tombe sur le foyer (fig. 92). Mais on sait aujourd'hui que cette manière de voir est trop exclusive. Il est vrai peut-être que l'origine osseuse est la plus fréquente, mais chez les adultes la forme synoviale n'est pas rare.

Dans bien des cas, la tuberculose de l'épiphyse inférieure du fémur a une marche telle chez les enfants que l'on est autorisé à la considérer comme une forme spéciale. L'articulation est fortement fléchie, le genou est plus ou moins gonflé; mais la rotule ne ballote pas. Le malade ressent de violentes douleurs spontanées. La maladie dure des mois et des mois sans qu'il ne se forme ni épanchement ni fongosités; cependant la jambe se met dans la rotation en dehors, et la rotule se place au-devant du condyle externe. La jambe s'amaigrit considéra-

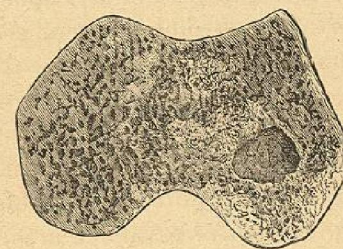


Fig. 92. — Foyer tuberculeux du condyle interne du fémur.

blement, et finalement l'articulation s'ankylose. Si lorsque la fièvre et la douleur ont disparu, on fait l'extension forcée du genou, on s'aperçoit que les surfaces articulaires n'étaient unies que par du tissu conjonctif peu solide; il existait donc une arthrite oblitérante. Un grand nombre d'enfants succombent rapidement à la tuberculose; d'autres guérissent.

(1) Le traitement de la tumeur blanche du genou est le type du traitement des tumeurs blanches en général. Les indications de la résection et de l'amputation devant être résumées plus loin, je n'ai qu'à dire ici quelques mots sur le traitement non sanglant, fondé sur la révulsion (médiocrement utile), l'immobilisation et la compression. En raison des attitudes vicieuses (voyez p. 224) il faut avoir soin de maintenir dès le début le membre dans la rectitude, à l'aide d'une gouttière plâtrée si on juge le repos utile; dans un bandage roulé silicaté si on pense que l'état local permet la marche. Les abcès froids seront ouverts, grattés et drainés.