

§ 1. — *Ostéomyélite et nécrose du tibia.*

Le tibia est fréquemment le siège de l'ostéomyélite spontanée diffuse qui mène à la nécrose perforante ou aux abcès osseux. Le tibia occupe même le premier rang par ordre de fréquence : ce n'est qu'après lui que viennent le fémur, puis l'humérus. Pendant le développement de l'os, il se trouve entre le cartilage épiphysaire et la cavité médullaire une certaine étendue de tissu spongieux ; à ce niveau, la diaphyse cylindrique s'élargit légèrement pour se continuer avec l'épiphyse plus large ; j'appelle cette portion le *bulbe diaphysaire*. C'est dans la partie spongieuse de ce bulbe que l'ostéomyélite débute le plus souvent. La suppuration se transmet rapidement à la cavité médullaire et produit généralement la nécrose ; exceptionnellement il se forme un abcès central.

Grâce à la situation superficielle du tibia, les symptômes locaux de l'ostéomyélite sont plus faciles à suivre à ce niveau. Avec des signes généraux rappelant ceux de la fièvre typhoïde, on observe localement un œdème du pied (souvent accompagné de lymphangite) qui ne tarde pas à s'étendre sur le tibia et a son maximum en un point très douloureux. Les jours suivants le périoste est déjà décollé, mais n'est soulevé que par un très léger épanchement ; au bout de 8 jours, l'abcès est déjà formé. On l'ouvre, mais la fièvre persiste ; et si on voulait faire la trépanation immédiate tant recommandée par Bonnet et Lannelongue, c'est sur le tibia que cette opération pourrait être tentée le plus facilement.

Ce n'est que dans les mois qui suivent que l'os commence à gonfler, ce qui indique sa *nécrose*. Les cloaques se trouvent en avant. Les sequestres sont en général corticaux, à surface externe lisse, et surface interne rugueuse. Quand il ne s'est pas formé d'abcès sous-périostique et que cependant l'os se gonfle, on peut admettre la présence d'un abcès central (abcès médullaire, abcès osseux). Dans un bon nombre de cas, le processus ostéomyélique qui atteint le bulbe diaphysaire, se transmet à la ligne épiphysaire et produit son détachement partiel ou total ; ou bien la suppuration gagne directement l'épiphyse et me-

nace l'articulation. Quelquefois la diaphyse se nécrose totalement ; d'autres fois on observe des nécroses disséminées de la diaphyse (*necrosis disseminata*).

Le tibia est un lieu de prédilection pour les *abcès osseux centraux*. Le foyer est dans l'extrémité supérieure ou inférieure du tibia, se développe après la période typhoïde en mettant des années à évoluer. On a vu des abcès qui dataient de plus de 20 ans. L'os est gonflé et présente une ou plusieurs petites perforations de sorte que l'on peut pénétrer dans la cavité centrale avec un stylet. Si on ouvre l'os au ciseau

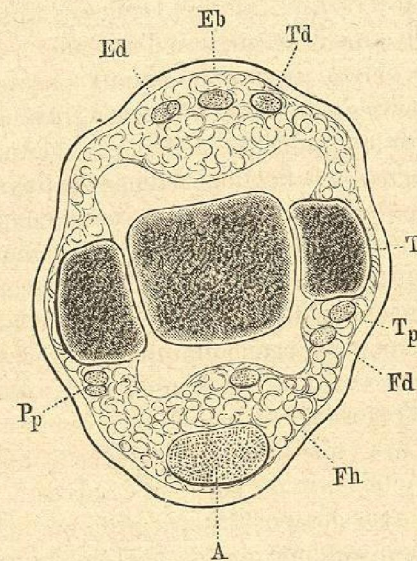


Fig. 125.

Coupe horizontale schématique à travers l'articulation tibio-tarsienne gauche. — T, malléole interne ; A, tendon d'Achille ; Sp, tendons du péronier à la face de la malléole externe ; Ta, tendon du tibial antérieur ; Eb, tendon de l'extenseur propre du gros orteil ; Ed, tendon de l'extens. com. des orteils ; Tp, tendon du tibial postérieur ; Fd, tendon du fléch. des orteils ; Fh, tendon du fléch. du pouce. La cavité quadrilatère qui entoure l'astragale représente la capsule distendue par un épanchement, avec ses 4 culs-de-sac.

on voit s'écouler du pus, et quand on introduit le doigt dans la cavité on sent les parois granuleuses de l'abcès recouvertes d'aiguilles osseuses, appelées *spicula*. Brodie, qui a décrit le premier cette affection, attire l'attention sur la coloration foncée de la peau qui recouvre l'abcès. Souvent l'abcès osseux se développe sans douleur ; et sa présence n'est annoncée que par une sensation vague, un engourdissement du membre, d'autres fois il n'existe que des douleurs nocturnes. L'os est toujours allongé.

Des *tumeurs osseuses*, myélogènes ou périostiques, ne sont pas rares sur le tibia et peuvent atteindre un gros volume. J'ai vu un enchon-

drome énorme, ramolli à son centre, qui atteignait le volume d'un gros melon.

§ 2. — *Arthrites du cou-de-pied.*

Les processus inflammatoires de l'articulation tibio-tarsienne et du tarse sont extrêmement variés et d'un grand intérêt clinique. Le cas le plus simple — un épanchement articulaire — est relativement à ce qui se passe au genou fort rare. On peut se rendre compte de son aspect en injectant un liquide dans l'articulation d'un cadavre. On est étonné de voir que la capsule articulaire a une si grande capacité. La capsule ne se laisse pas distendre également comme au genou. Comme l'articulation est recouverte en avant par les tendons des muscles de la région antérieure appliqués contre l'articulation par le ligament annulaire, et qu'en arrière la capsule est également recouverte par les muscles épais de la région postérieure et le tendon d'Achille, il est clair qu'elle ne peut se distendre que dans certaines directions en formant des culs-de-sac ; or il s'en forme quatre : deux en avant et deux en arrière. Les culs-de-sac antérieurs sont beaucoup plus considérables que les postérieurs ; l'interne se voit entre le tendon du jambier antérieur et la malléole interne ; l'externe, entre celui de l'extenseur commun et la malléole externe. Les culs-de-sac postérieurs se trouvent de chaque côté du tendon d'Achille, mais sont très aplatis, car la capsule est maintenue par les muscles postérieurs profonds. Quand l'épanchement est modéré il n'y a donc pas de bosselures proprement dites, mais les fossettes situées de chaque côté du tendon d'Achille sont simplement comblées. Mais quand l'épanchement est abondant, on voit que les deux bosselures postérieures sont élastiques pendant que les deux antérieures présentent une fluctuation bien nette. Il y a un moyen bien simple de s'assurer que l'épanchement est dans l'articulation ; en pressant sur les saillies antérieures, les postérieures se gonflent et se tendent davantage ; il y a donc communication entre elles, et cette communication ne peut avoir lieu qu'à travers l'articulation ; en effet si elle avait lieu autour des malléoles, on verrait la peau se soulever, puisque les malléoles ne sont recouvertes que par la peau.

Il existe encore d'autres signes qui permettent d'affirmer ce fait. On sait que l'articulation tibio-péronière inférieure communique avec l'articulation tibio-tarsienne ; or, quand un épanchement se trouve dans cette dernière, le liquide entre dans l'articulation tibio-péronière, les ligaments tibio-péroniers cèdent un peu, et les extrémités inférieures des deux os de la jambe s'éloignent légèrement, séparés

qu'ils sont par une même couche de liquide. Or cet écartement produit un élargissement de l'extrémité inférieure de la jambe qui peut être mesuré au compas d'épaisseur. Comme la peau n'est pas œdématisée et que les malléoles ne sont pas non plus gonflées, un tel élargissement ne peut tenir qu'à l'éloignement du tibia et du péroné, c'est-à-dire à un épanchement articulaire.

D'autre part, si la mortaise formée par les deux malléoles et dans laquelle roule l'astragale est élargie, ce dernier peut subir des mouvements de latéralité dans lesquels il vient frapper alternativement contre chacune des malléoles. De là un bruit léger et sec, *le bruit de choc malléolaire* (Aubry) ; ce bruit se produit pour des raisons analogues dans les fractures de la malléole externe, car la rupture d'une des parois de la mortaise permet à l'astragale d'exécuter des mouvements de va-et-vient transversaux. Ainsi que nous l'avons dit, tous ces signes ne sont constatés que lorsqu'il existe des épanchements abondants. Celui qui a vu une seule fois un cas de ce genre — et j'engage tout le monde à le provoquer artificiellement sur le cadavre, ce qui est très facile — celui-là, dis-je, diagnostiquera facilement et sûrement la présence d'un petit épanchement à la forme même du gonflement.

Rarement un détail de diagnostic m'a intéressé autant que le suivant : A la clinique d'Innsbruck, il se présenta un jeune homme de 16 ans dont la région astragaliennne était gonflée depuis 8 jours. Tout le pied était œdématisé surtout à la région dorsale. La malléole externe était recouverte d'une tumeur très rouge, et fluctuante qui s'étendait jusqu'au cuboïde. Il y avait aussi de la fluctuation et de la rougeur de la peau depuis la malléole interne jusqu'au scaphoïde. La fluctuation d'une tumeur se transmettait à l'autre. Au niveau où les tendons passent sur la face dorsale de l'articulation, il n'y avait que de l'œdème, à travers lequel on pouvait sentir ces tendons. A la face postérieure de l'articulation, autour du tendon d'Achille, rien que de l'œdème. Le pied était à angle droit. Il y avait donc du liquide sous les tendons, mais non dans l'articulation, puisque les culs-de-sac postérieurs manquaient. Une incision faite séance tenante donna issue à une grande quantité de pus ; le doigt introduit dans la plaie passa derrière les tendons, mais resta hors de l'articulation et tomba sur la face antérieure de la capsule intacte ; on put faire deux contre-incisions sur les côtés et introduire une mèche entre les tendons et la paroi antérieure de la capsule. La cavité de l'abcès se ferma très rapidement. Le pus se trouvait donc dans le tissu adipeux préarticulaire. Dans un second cas, il s'agissait d'un abcès froid ; il n'y eut donc pas de symptômes inflammatoires, mais il existait les deux culs-de-sac de chaque côté des tendons et communiquant entre eux derrière les tendons ; car en appuyant sur l'un l'autre augmentait de volume. Dans l'articulation de Chopart on percevait des frottements. Il y avait donc une carie de cette articulation avec suppuration sous les tendons ; l'opération confirma ce diagnostic.

Dans d'autres cas, les deux bosselures antérieures font défaut, et les postérieures existent. C'est ce qui arrive dans les processus inflammatoires dus à des fongosités de l'articulation astragalo-calcanéenne.