

Il est évident que ces bosselures ne suffisent pas pour diagnostiquer cette affection ; mais elles donnent à la région une configuration caractéristique, elles tombent immédiatement sous le regard du médecin et sont le point de départ du diagnostic.

Dans la région de l'articulation tibio-tarsienne et en particulier au tarse il est souvent plus difficile qu'ailleurs de diagnostiquer la nature d'un gonflement chronique. Il arrive par exemple qu'un malade se soit tordu le pied depuis longtemps ; il est de règle que ces lésions en apparence bénignes laissent après elles pendant longtemps du gonflement et de la douleur. En explorant la région articulaire on constate le gonflement caractéristique permettant de conclure à un léger épanchement articulaire ; au-dessous de la malléole interne se trouve un gonflement diffus, fluctuant ; le pied est quelquefois dans une légère pronation. Si l'individu est parfaitement sain et robuste, on ne songera pas à un processus fongueux. Mais les mêmes signes chez un individu lymphatique indiqueront une tuberculose au début, même quand il y aura eu un traumatisme dans les antécédents. Dans les cas de ce genre, il existe deux signes qui ont une importance pronostique réelle : de fortes douleurs même au repos, et un aspect luisant et mat de la peau au niveau de la tumeur. Si malgré l'immobilisation dans un appareil plâtré, le gonflement augmente, c'est que le pronostic est défavorable ; et bientôt une rougeur mate de la peau, l'impossibilité d'appuyer sur l'extrémité, l'augmentation de volume de l'articulation viendront confirmer le diagnostic. Chez les enfants en particulier, il est ordinaire qu'au milieu du gonflement diffus qui efface les contours des tendons extenseurs, se produise à un moment donné au-devant d'une des malléoles, une élévation circonscrite qui bientôt devient violacée, puis s'ouvre, tandis que chez l'adulte la région articulaire continue d'être tout entière le siège d'un gonflement pâteux. Il est exceptionnel qu'un fort épanchement précède les fongosités.

Je me rappelle un cas inoubliable dans lequel l'articulation tibio-tarsienne était distendue par un énorme épanchement ; on ne peut se représenter à peu près ce cas exceptionnel qu'en pensant à une hydarthrose colossale du genou transportée dans l'articulation tibio-tarsienne. En avant on constatait deux énormes culs-de-sac fluctuants situés de chaque côté des tendons et communiquant entre eux ; en arrière deux culs-de-sac également fluctuants communiquant entre eux et avec les culs-de-sac antérieurs. Le diamètre horizontal de l'articulation était très augmenté bien qu'aucun œdème ne recouvrit les malléoles ; l'astragale pouvait exécuter des mouvements étendus de latéralité. Le malade était d'un tempérament lymphatique, mais un traumatisme avait précédé les manifestations morbides. Il y avait déjà là quelque chose d'anormal car une entorse laisse après elle une infiltration localisée, mais non un épanchement en masse. Le malade fut tenu au lit, l'articulation immobilisée ; ce traitement n'amena aucune amélioration. On fit une ponction et on retira une quantité énorme de sérosité.

Mais un nouvel épanchement se reproduisit. Plus tard, il s'établit une fièvre légère, continue, à exacerbations vespérales ; malgré le repos et des applications glacées, le malade eut de fortes douleurs. Tous ces signes annonçaient une lésion profonde et destructive. La jambe dut être amputée ; il s'était développé une carie de l'articulation astragalo-calcanéenne (*hydrops tuberculosus*).

En général cependant une lésion tuberculeuse, ne débute pas par une tumeur fluctuante, mais il existe un empâtement diffus de la capsule ; cet empâtement augmente lentement, s'étend aux tissus péri-synoviaux et donne à la région l'aspect d'un fuseau ; en effet la tuméfaction se perd en haut vers le 1/3 inférieur de la jambe, et en bas vers la partie moyenne du pied. Ce gonflement s'ouvre à différents endroits par des fistules qui conduisent sur des os nécrosés et cariés. Le pied tombe dans la flexion plantaire, souvent aussi il existe un certain degré de rotation. Le processus fongueux s'étend aux articulations voisines : il existe une carie étendue des os du tarse. Quand on ampute, on trouve tous les os du tarse ou la plupart d'entre eux entourés d'une masse énorme et continue de fongosité, les capsules articulaires sont également le siège d'un processus fongueux, les cartilages sont réduits à quelques restes ; les os eux-mêmes parsemés de petites cavernes, et comme rongés à la surface se coupent facilement au couteau.

Souvent, le processus ne reconnaît pas pour point de départ l'articulation tibio-tarsienne, mais une autre articulation ou les os du tarse, et dans ces cas le point de départ de la lésion est généralement facile à diagnostiquer. Si c'est l'articulation calcanéo-astragaliennne qui est prise, le gonflement s'observe, comme je l'ai déjà dit, sur les côtés du calcanéum, au-dessous et en arrière des malléoles, et s'ouvre à ce niveau. Le talon paraît élargi dans sa totalité, puis le gonflement s'étend à la région malléolaire et plus tard l'articulation tibio-tarsienne elle-même est le siège d'un léger gonflement. La supination est l'attitude caractéristique.

Quand la tuberculose a envahi l'articulation de Chopart, le gonflement principal siège de chaque côté des tendons des extenseurs, et surtout en dedans vers le tubercule du scaphoïde, en dehors au niveau de la tubérosité antérieure du calcanéum. Les fongosités se développent aussi bien à la face plantaire, où elles effacent la voûte du pied, qu'à la face dorsale où elles produisent une tumeur au-dessous des tendons extenseurs et au-devant de l'articulation tibio-tarsienne. Quand on imprime des mouvements à l'articulation on sent des frottements. De plus le malade indique que le gonflement a d'abord été unilatéral, du côté externe le plus souvent, parce que c'est le cuboïde qui est généralement le point de départ de ces lésions. Souvent en effet le gonflement