

nique, les dégénérescences viscérales ou la généralisation tuberculeuse sont autant de facteurs qui viennent aggraver le pronostic.

Ajoutons toutefois que le tableau, tel que nous venons de le tracer, est celui de l'affection abandonnée à elle-même; lorsque, dès le début, on est intervenu pour immobiliser la jointure par un appareil convenable, les choses ne prennent pas une marche aussi funeste; sans doute, la suppuration peut bien survenir, mais on n'observe pas au même point la destruction des os et des ligaments et la dislocation de l'articulation.

Diagnostic. — Le diagnostic ne laisse pas que de présenter parfois de sérieuses difficultés. Une première cause d'erreur consiste dans la possibilité d'une synovite fongueuse. Il est toutefois à remarquer que, dans cette dernière affection, le siège du gonflement et des douleurs n'est pas le même que dans l'arthrite tibio-tarsienne. En effet, c'est surtout en arrière des malléoles qu'existent le gonflement et la douleur dans les synovites; en outre, il y a bien de la gêne et de la sensibilité pendant les mouvements, mais l'extension et la flexion du pied ne sont pas limitées, comme elles le sont dans l'arthrite tibio-tarsienne; enfin, circonstance très importante, les fongosités et les abcès se font jour sur toute la périphérie de la jointure dans les cas d'arthrite, tandis que, dans les synovites, le gonflement peut être limité à un des côtés de l'articulation, l'interne ou l'externe, suivant que les tendons fléchisseurs ou les péroniers latéraux sont envahis.

Une autre affection qui pourrait en imposer pour une arthrite tibio-tarsienne, c'est l'ostéite de l'une ou l'autre des deux malléoles. Comme éléments de diagnostic différentiel, nous pouvons encore invoquer ici la limitation du gonflement et des douleurs au niveau d'une saillie osseuse; et la gêne moins grande des mouvements de flexion et d'extension du pied.

Quant à différencier l'arthrite tibio-tarsienne des diverses ostéo-arthrites du tarse, on y arrivera par la considération du siège précis des douleurs et de l'impotence fonctionnelle. La douleur, dans l'arthrite tibio-tarsienne, siège au niveau des malléoles et de l'interligne articulaire; on la réveille par la pression sur le talon; dans les ostéo-arthrites du tarse, c'est la pression au niveau des interlignes de Lisfranc et de Chopart qui est douloureuse; de même, l'existence d'une arthrite tibio-tarsienne limite ou rend impossibles les mouvements de flexion et d'extension du pied sur la jambe; dans l'arthrite médio-tarsienne et sous-astragalienne, ce sont surtout les mouvements d'adduction et d'abduction de la pointe du pied, les mouvements de rotation autour de l'axe antéro-postérieur qui sont entravés.

Pronostic. — Il est certain que le pronostic des arthrites fongueuses tibio-tarsiennes est grave; il l'est moins cependant que celui des affections similaires de la hanche et du genou. Il n'est pas impossible de voir la maladie se terminer par ankylose, après disparition des lésions. Cette terminaison heureuse s'observe surtout chez les enfants. Disons toutefois que la gravité des lésions et surtout leur diffusion aux divers os et articulations du pied contraignent souvent le chirurgien à faire le sacrifice du membre.

Traitement. — Au début, le traitement doit être évidemment conservateur; il consiste essentiellement dans l'immobilisation de la jointure, qui sera aisément

faite à l'aide d'une gouttière plâtrée. Quant à la position à donner au membre, c'est celle dans laquelle le pied forme avec la jambe un angle droit; c'est à la fois la position la plus favorable à la guérison des lésions, et celle dans laquelle le membre sera le plus utile. Souvent la contracture musculaire est telle qu'il est nécessaire de recourir au chloroforme pour placer le pied à angle droit sur la jambe. Dans les arthrites anciennes, la rétraction peut aller même jusqu'à nécessiter la section du tendon d'Achille. A l'immobilisation dans une bonne position, il faut joindre la révulsion et la compression. Même lorsque la maladie est arrivée à suppuration, on peut prolonger les tentatives de conservation; on aura recours, suivant les cas, aux injections iodoformées dans les abcès, aux injections modificatrices dans les fongosités et surtout à l'ignipuncture. Ouvrir largement la jointure, la débarrasser du pus et des séquestres qu'elle peut contenir et terminer par une cautérisation profonde, telle est la conduite à tenir; mais, il faut bien le dire, ces opérations conservatrices réussissent surtout chez les jeunes enfants, chez qui la tuberculose a la plus grande tendance à la guérison spontanée. Chez les adolescents et chez les adultes, il en est autrement, et l'on peut se trouver conduit à recourir chez eux à des interventions plus radicales. La question se pose alors entre la résection tibio-tarsienne et l'amputation.

Résection tibio-tarsienne. — La résection tibio-tarsienne pour carie de l'articulation fut pratiquée pour la première fois par Moreau (de Bar-sur-Ornain), le 15 avril 1792. Il s'agissait d'un jeune homme de vingt ans, qui, à la suite d'une entorse, avait eu une arthrite tibio-tarsienne suppurée. La résection fut totale; après avoir sectionné avec le ciseau le péroné au-dessus de la malléole externe, Moreau scia le tibia avec une scie étroite, puis il enleva à la gouge la surface articulaire supérieure et une grande partie de l'astragale. Au bout de huit mois, le malade marchait à l'aide d'un bâton, et bientôt sans aucun soutien. Toutefois la résection tibio-tarsienne, dans les cas pathologiques, fut pendant longtemps délaissée. Les résultats étaient mauvais, et l'on préférait l'amputation.

Mais les recherches nouvelles de Hueter, celles de Vogt, de Kœnig, de Reverdin (Congrès français de chirurgie, 1885), ont rappelé l'attention sur la valeur de cette résection. Enfin, le 15 mai 1889, M. Ollier a communiqué à l'Académie des sciences un travail relatif à 45 cas d'ablation de l'astragale, seul ou avec le calcaneum, ayant fourni d'excellents résultats. Ce dernier auteur a complètement modifié le manuel opératoire en pareil cas. Au lieu de commencer par réséquer l'extrémité inférieure des os de la jambe, il enlève d'abord l'astragale; après quoi, il supprime de l'extrémité inférieure du tibia et du péroné les parties qui doivent être sacrifiées. Les raisons qui dictent cette conduite sont les suivantes: tout d'abord l'examen des pièces anatomiques démontre que, dans la plupart des cas d'arthrites fongueuses tibio-tarsiennes, l'astragale participe aux lésions, comme nous l'avons déjà indiqué. L'extirpation de l'astragale a pour avantage de permettre l'exploration complète de l'articulation, qui, toutes les parties osseuses étant en place, est difficile à explorer, vu le resserrement des surfaces articulaires. Enfin, il est à noter qu'on obtient, avec la seule extirpation de l'astragale, des résultats orthopédiques très supérieurs à ceux que donne l'ablation préalable des malléoles. Il suffit, du reste, de se reporter aux observations qui nous sont fournies par M. Ollier (1), pour

(1) OLLIER, *Des résultats orthopédiques et fonctionnels fournis par la résection tibio-tarsienne. Traité des résections*, t. III, p. 544 et suiv.

juger de l'excellence des résultats fonctionnels produits par cette opération.

Nous ne saurions mieux faire, d'ailleurs, pour juger de la valeur de la résection dans les cas d'arthrites tibio-tarsiennes, que d'emprunter à M. Ollier les éléments de sa statistique. Du 1^{er} décembre 1884 au 1^{er} août 1890, cet auteur a fait 41 résections pathologiques du cou-de-pied qui n'ont donné lieu à aucune mortalité opératoire; la mortalité secondaire ou tardive a été de 8 sur ces 41 opérés. Ces 8 malades ont tous succombé à la tuberculose généralisée: 5 à la phthisie aiguë ou chronique, 1 à la méningite, 2 à l'entérite tuberculeuse, 1 à une granulie généralisée accompagnée d'accidents paraplégiques.

Quant aux résultats fonctionnels, ils sont les suivants: « Nous avons retrouvé récemment, dit M. Ollier, 10 de nos opérés réséqués depuis cinq ans au moins, jouissant tous actuellement d'une excellente santé, malgré quelques menaces de tuberculose pulmonaire chez 5 d'entre eux. Sur ces 10, 5 travaillent la terre et gagnent leur vie par leur travail; 1 autre est occupé à un travail plus pénible encore, il est homme de peine dans une usine; un 6^e continue son éducation scolaire et prend part à tous les jeux de son âge; le dernier, employé au télégraphe, se tient presque toute la journée debout sur ses jambes dans la salle d'attente réservée au public. Tous sont capables de faire de longues marches (10 à 50 kilomètres); aucun ne se sert de canne ou de béquilles; 2 portent encore leur tuteur qui leur permet de marcher plus longtemps, mais dont ils pourraient se passer. Les autres se chaussent comme tout le monde. Ce sont donc là des résultats fonctionnels on ne peut plus satisfaisants, hors de comparaison avec ceux que peut fournir l'amputation de la jambe. »

En présence de pareils succès, on peut dire qu'à l'heure actuelle la résection tibio-tarsienne pathologique a cause gagnée. Grâce à l'antisepsie, la mortalité opératoire est devenue presque nulle à la suite de cette opération; quant aux résultats fonctionnels, on voit, par les faits de M. Ollier que nous venons de rapporter, à quel point ils peuvent être satisfaisants. Le seul point délicat, c'est d'établir d'une manière exacte les indications précises de cette opération, de savoir dans quels cas on est autorisé à y recourir, et dans quels cas, au contraire, il convient de lui préférer l'amputation.

C'est surtout chez les sujets jeunes que la résection tibio-tarsienne peut donner de bons résultats; après trente ans, il vaut mieux, en général, avoir recours à l'amputation. Il faut aussi tenir compte de la forme de tuberculose qu'on a sous les yeux; s'il s'agit d'une forme à marche rapide, avec tendance continuelle à l'envahissement des tissus voisins, si surtout les diverses articulations du pied sont atteintes simultanément, c'est évidemment à l'amputation qu'il faut donner la préférence; il en sera de même si déjà le malade présente des lésions pulmonaires étendues et que son état général soit trop mauvais pour qu'il puisse faire les frais de la réparation, toujours plus lente à la suite des résections qu'après une amputation aseptique. Dans les conditions inverses, la résection mérite la préférence, vu l'excellence des résultats fonctionnels.

II

AFFECTIONS INFLAMMATOIRES DU GENOU ET DE LA RÉGION POPLITÉE

1^o DES ARTHRITES DU GENOU

Les inflammations articulaires du genou sont d'une fréquence extrême; aussi ont-elles été prises comme types dans la description de la plupart des lésions articulaires, hydarthrose, arthrites fongueuses, corps étrangers articulaires, etc. La situation superficielle de l'articulation du genou explique la fréquence de ses lésions; elle rend compte aussi de la facilité avec laquelle on peut explorer toutes les parties constituant de l'articulation, et, par suite, permet de comprendre pourquoi cette articulation a servi de type dans toutes les descriptions.

Au point de vue anatomique, nous ferons remarquer que la synoviale articulaire remontant au-devant de l'extrémité inférieure du fémur est en rapport dans une grande étendue avec cet os; d'où le passage facile des lésions du fémur à l'articulation, et réciproquement.

Sous l'influence d'une injection forcée poussée, dans l'intérieur de l'articulation, le genou se place dans la demi-flexion, à 120 ou 150 degrés. En même temps, la région prend une forme globuleuse; les méplats existant, à l'état normal, de chaque côté du tendon du triceps et du ligament rotulien disparaissent.

La synoviale, fortement bridée en arrière par le ligament postérieur, sur les côtés par les ligaments latéraux, se laisse distendre surtout en avant, où on peut l'explorer aisément, au niveau de l'extrémité inférieure du fémur. Quant au cul-de-sac sous-tricipital de la synoviale, il se présente dans des conditions très différentes suivant les cas; tantôt, en effet, il communique largement avec le reste de l'articulation, de telle sorte que le flot de liquide peut aisément se transmettre d'un point à un autre, tantôt il est complètement isolé, au point de former une sorte de kyste distendu par le liquide et indépendant de la jointure. Entre ces deux extrêmes, il est des cas intermédiaires dans lesquels la communication entre le cul-de-sac sous-tricipital et la jointure se fait par un diaphragme plus ou moins étroit. Ce diaphragme peut être très mince et se rompre sous l'influence de la distension, de telle sorte que la tumeur liquide sous-tricipitale, qui paraissait tout d'abord complètement isolée de la jointure, présente ensuite les signes d'une communication évidente.

A l'état normal, cette synoviale possède plusieurs prolongements. De ce nombre sont le prolongement que la synoviale du genou fournit au tendon du demi-membraneux, et celui qui la fait communiquer avec la synoviale de l'articulation péronéo-tibiale supérieure.

Ces données anatomiques étaient utiles à rappeler pour nous permettre de mieux interpréter la symptomatologie et la marche des lésions articulaires.

On peut trouver au genou toutes les variétés d'arthrites: arthrites traumatiques, rhumatismales, syphilitiques et tuberculeuses. La fréquence des coups et des chutes sur le genou explique le grand nombre d'inflammations de cette jointure, soit qu'un épanchement sanguin intra-articulaire ait immédiatement