

échappent plus ou moins à la vue et à l'exploration manuelle. Ces altérations, on le sait, sont dues à la propagation du processus pathologique à la surface des extrémités articulaires. Du bord d'insertion de la synoviale le tissu de granulations se répand sur les surfaces osseuses et s'attaque au cartilage, qu'il soulève de sa base d'implantation tout en le détruisant. En même temps l'endroit où les extrémités articulaires se trouvent soumises à une pression réciproque, devient le siège d'un processus inflammatoire qui détermine l'ulcération du cartilage, et qui après avoir détruit ce dernier, se propage à l'os lui-même; ainsi se produit le décubitus ulcéreux de l'os ramolli. L'attitude du membre contracturé permet de tirer des conclusions sur le siège probable des pertes de substance de l'os; comme la contracture s'opère le plus souvent dans le sens de la

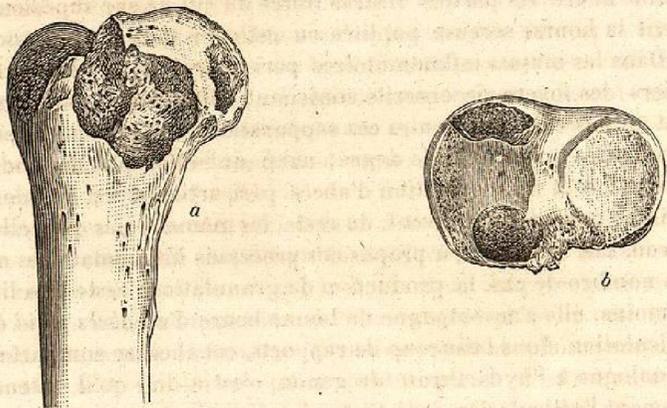


Fig. 51. — *a* et *b*. Foyers osseux dans l'articulation du genou : *a*. Fémur. *b*. Tibia.

flexion et de l'abduction, elles intéressent le segment postérieur des condyles fémoraux, et, plus souvent, le condyle externe à cause de la fréquence de la position de la jambe en abduction. Plus rares sont les cas dans lesquels le tibia est déjà de bonne heure le siège d'altérations destructives étendues. Ici, le plus souvent, la destruction débute par les ménisques, tandis que les deux os ne subissent une perte de substance superficielle qu'au bout d'un temps considérable pendant lequel les surfaces articulaires ont été continuellement soumises à une pression réciproque, surtout lorsqu'à l'action de cette dernière vient s'ajouter celle de la suppuration, avec écoulement du pus à l'extérieur et décomposition putride de ce liquide.

A cette période de la maladie se développent, à la périphérie de l'articulation, des ostéophytes plus ou moins volumineux, et il en est ainsi particulièrement dans les cas où les extrémités articulaires déplacées se trouvent soumises à des frottements réciproques de leurs surfaces de contact.

Déjà, au début de la période de nécrose des cartilages, les points d'insertion des ligaments croisés sont, en général, ramollis par les granulations, lesquelles détruisent peu à peu complètement les ligaments eux-mêmes. Ces derniers ne sont plus dès lors en état de s'opposer au glissement réciproque des extrémités articulaires, d'arrière en avant ou en sens contraire.

Lorsque la maladie guérit, ce qui est possible en tout temps, bien qu'à la dernière période les chances de guérison soient minimes, les granulations du début peuvent disparaître et l'articulation recouvrer jusqu'à un certain point sa mobilité. Le processus était-il plus avancé, les fongosités molles laissent à leur suite une rétraction considérable des tissus. Le cul-de-sac supérieur s'oblitére, et la capsule se ratatine sur les côtés ainsi qu'à la face postérieure de l'articulation. Lorsque l'affection s'en tient là, le genou peut encore conserver un certain degré de mobilité. Dans d'autres cas, il se produit une ankylose rarement cartilagineuse, plus souvent fibreuse, de l'articulation, et le tissu conjonctif qui réunit les surfaces articulaires, a une tendance à l'assification. La contracture, l'ankylose s'établit dans la position vicieuse qu'avait adopté le membre pendant la maladie. Un fait de la plus haute importance pour la question des récidives, c'est que la guérison que nous venons de décrire, s'opère assez souvent alors que les foyers osseux ont conservé entièrement leur structure tuberculeuse. J'ai fait des résections orthopédiques d'articulations qui paraissaient guéries depuis des années, et j'ai trouvé un foyer osseux tuberculeux et caséifié occupant une cavité fermée du côté de la cavité articulaire par une couche de tissu conjonctif cicatriciel. Dans un cas il arriva même qu'un foyer de ce genre fut le point de départ d'une tuberculose locale caractéristique et très rebelle au traitement. Enfin, en ce qui concerne ces **foyers osseux** eux-mêmes, il suffit de rappeler qu'au point de vue de leurs caractères anatomiques, ils se comportent de la manière que nous avons déjà décrite plusieurs fois à propos des diverses articulations. Tantôt il s'agit de tout petits amas de granulations sous-chondrales, que l'on observe surtout au niveau de la surface articulaire du tibia, tantôt l'affection osseuse se présente sous la forme d'un abcès caséux; dans d'autres cas encore, on a affaire à des processus de carie et de nécrose, dans lesquels on observe soit le ramollissement, soit la sclérose du séquestre et de la cavité osseuse. Abstraction faite des petits amas sous-chondraux du tibia, le siège de prédilection de ces foyers tuberculeux est au bord des ménisques, où ils forment parfois un abcès tout à fait circonscrit et séparé de la cavité articulaire par du tissu conjonctif de nouvelle formation. Au fémur ils se développent volontiers sur les parties latérales des condyles, près du bord articulaire tapissé de cartilage; du reste, ils peuvent occuper tous les points de la surface articulaire, comme le prouvent les figures ci-jointes. Chez les individus d'un certain âge, on a parfois l'occasion de rencontrer, à la suite de traumatismes, des séquestres cu-

néiformes appartenant à la surface libre de l'articulation et en relation avec l'extrémité articulaire par l'intermédiaire de granulations tuberculeuses; ces séquestres ont des bords si tranchants que l'on serait tenté de croire qu'ils sont la conséquence d'un trauma, d'une fracture articulaire circonscrite. Parfois l'affection osseuse se reconnaît à une tuméfaction localisée ou à un abcès péri-articulaire. La perforation s'opère non pas dans la cavité de l'articulation, mais sur les côtés de cette dernière, vers la surface cutanée. Le plus souvent, le diagnostic ne devient évident qu'après que l'inflammation des extrémités osseuses articulaires a été le point de départ d'une synovite tuberculeuse, granuleuse ou suppurée. Il est rare qu'il se produise une inflammation adhésive, une synéchie de l'articulation pendant le développement de l'affection osseuse; c'est ce qu'on observe particulièrement, dans les cas d'ostéomyélite chronique diffuse des extrémités articulaires.

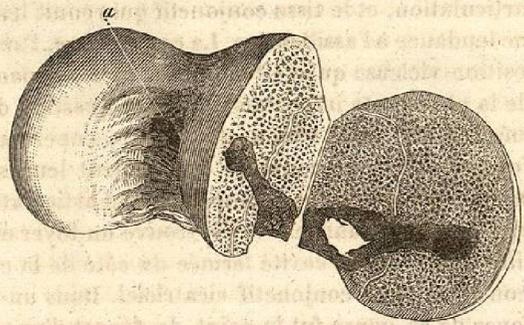


Fig. 32. — Extrémité articulaire inférieure du fémur. a. Gros foyer ayant traversé l'épiphyse pour s'ouvrir dans l'articulation.

Une affection bien plus rare que cette ostéite circonscrite, c'est l'ostéomyélite diffuse qui s'étend de l'épiphyse vers l'articulation, mais se propage également dans la direction de la diaphyse. Cette forme granuleuse d'affection osseuse s'accompagne aussi presque toujours de bonne heure d'une arthrite tuberculeuse.

L'arthrite tuberculeuse du genou se développe assez souvent à la suite d'un trauma ayant atteint l'articulation et donné lieu à un épanchement sanguin appréciable dans la cavité articulaire. D'autres fois, l'affection tuberculeuse succède à une inflammation plus aiguë, à une synovite, mais en règle générale, comme nous l'avons déjà fait remarquer, c'est par erreur que l'on a considéré comme des synovites simples ces cas dans lesquels l'épanchement est déjà un symptôme de tuberculose articulaire. Par contre cette dernière, dans sa forme habituelle, n'offre qu'une relation très éloignée avec un trauma, un choc ayant atteint le genou; cette relation est la même que celle que nous avons admise pour la colonne vertébrale et l'articulation de la hanche. Enfin rappelons que l'ar-

thrite en question s'observe particulièrement, mais non exclusivement, chez les enfants scrofuleux ou chez des individus plus âgés présentant déjà des lésions tuberculeuses dans d'autres parties du corps.

§ 96. — La **synovite tuberculeuse (granuleuse)** qui se développe peu à peu, se manifeste ordinairement par des symptômes extrêmement caractéristiques. Grâce au tissu de nouvelle formation qui se montre principalement dans la région du squelette articulaire et surtout du condyle, l'articulation revêt une forme particulière bien différente de celle que l'on observe dans tous les cas où l'on a affaire à un épanchement liquide dans la cavité synoviale. Ici, en effet, nous l'avons vu, l'augmentation de volume du genou est due essentiellement à la dilatation de la poche synoviale et particulièrement de son cul-de-sac supérieur, tandis que dans la forme granuleuse de l'inflammation tuberculeuse, le gonflement se produit dans la région des condyles, ainsi qu'au niveau de l'interstice articulaire et de chaque côté du ligament rotulien, où le tissu adipeux sous-synovial fait saillie en forme de bourrelet, grâce aux granulations développées dans l'intérieur de l'articulation. La tuméfaction diminue graduellement en haut et en bas, de sorte que le genou prend un aspect *fusiforme* assez prononcé. Par la palpation des parties tuméfiées on constate l'absence de fluctuation, particulièrement dans la région du cul-de-sac supérieur, mais les caractères physiques varient beaucoup suivant la forme du gonflement péri-articulaire. Dans la tumeur blanche proprement dite le genou tuméfié offre une consistance dure. Par contre la tumeur est souvent très élastique et pseudo-fluctuante lorsque des granulations molles remplissent la cavité articulaire, tandis que les tissus péri-articulaires n'ont subi qu'à un degré modéré la dégénérescence granuleuse. Ces derniers caractères s'observent surtout au niveau des *bourrelets formés de chaque côté du ligament rotulien*, ainsi que dans la région de l'interstice articulaire, et assez souvent aussi, au-dessus du bord supérieur de la rotule, particulièrement chez les petits enfants avec faible développement du cul-de-sac supérieur de la synoviale. Mais très souvent on observe, en outre, une production plus ou moins abondante de pus.

Lorsque la suppuration ne survient que tardivement, on a toujours l'impression que le pus est accumulé en foyers séparés du reste de l'articulation, et de fait, les granulations molles le maintiennent parfois renfermé dans un endroit déterminé, par exemple dans la partie la plus élevée du cul-de-sac supérieur, ou dans l'une des bourses séreuses postérieures (poplitée ou celle du demi membraneux); dans d'autres cas le foyer purulent est complètement séparé de la cavité articulaire et se trouve situé dans les couches de fongosités péri-articulaires. Des abcès sans relation avec la poche synoviale s'observent aussi dans les inflammations primitivement osseuses, et ils ont une importance assez grande pour le diagnostic de cette affection, car ils se développent dans des endroits où le pus provenant de l'intérieur de l'articulation ne se