

Bien que nous considérions l'usage du membre fléchi et en rotation en dehors comme la cause régulière de l'attitude vicieuse en abduction (*genu valgum*), nous avons déjà fait remarquer plus haut que cette même déformation peut se produire également au lit par suite d'une action anormale du tibia jouant le rôle d'un levier dans la position de flexion un peu forte du genou. Enfin l'abduction de la jambe doit surtout survenir de bonne heure lorsque des processus osseux primitifs ont déterminé une perte de substance du condyle externe.

Beaucoup plus rarement on observe une déformation angulaire du genou en direction opposée, c'est-à-dire un *genu varum*. Ce dernier peut apparaître à la suite d'une affection osseuse primitive du condyle interne, mais il peut sans doute être aussi la conséquence d'une position anormale dans le lit, position dans laquelle les conditions de pression se trouvent altérées de façon que le condyle interne trop fortement comprimé s'atrophie, tandis que le condyle externe s'accroît peut-être d'une façon excessive.

Bien plus rare est le *genu recurvatum*, déformation dans laquelle le genou est dans l'hyperextension et forme un angle ouvert en avant et à sommet dirigé en arrière. Elle est essentiellement la conséquence d'une mauvaise position donnée à l'articulation malade, c'est-à-dire d'une position dans laquelle la jambe se trouve maintenue dans l'hyperextension.

En même temps que les déformations que nous venons de décrire, on observe souvent une **subluxation du tibia en arrière**. Cependant ce déplacement ne peut se produire que dans certaines conditions déterminées se rapportant à un trouble d'intégrité des parties constituantes de l'articulation. Pour qu'une subluxation soit possible, il faut qu'il soit survenu des altérations des extrémités articulaires, des ligaments, ou de ces deux parties à la fois. Nous insistons particulièrement sur le fait que l'appareil ligamenteux peut être l'unique cause du déplacement lorsque le tibia obéissant simplement aux lois de la pesanteur, fuit en arrière, favorisé qu'il est peut-être dans ce mouvement par l'action de levier qui se produit lorsque le pied s'appuie par son talon sur la surface du lit. Nous avons observé ce genre de déplacement aussi bien dans l'hydarthrose chronique que dans la synovite fongueuse de genoux étendus ou légèrement fléchis, et ce fait ne contredit nullement les idées nouvelles sur l'importance des ménisques dans le mécanisme d'arrêt des mouvements du genou. Lorsque l'appareil ligamenteux a subi un allongement pathologique ou a été détruit, et que, par conséquent, les surfaces articulaires peuvent s'écarter l'une de l'autre, il ne peut plus guère être question d'un pincement des ménisques.

*Les cas les plus fréquents de déplacement du tibia en arrière se produisent non pas à l'état d'extension du genou, mais bien pendant que la jambe est fortement fléchie et en rotation en dehors.*

Tout d'abord, grâce à la contracture active des muscles, les parties postérieures des extrémités articulaires ramollies se trouvent seules en contact réciproque par leurs surfaces cartilagineuses. Or dans un genou malade, les parties ainsi en contact et qui ont à supporter relativement la plus forte pression, s'usent et disparaissent d'une quantité correspondant à l'angle de flexion; aussi observe-t-on une usure par pression des segments postérieurs des extrémités articulaires, ainsi que de la rotule et des parties des condyles avec lesquelles cette dernière est en contact. Une fois les parties postérieures de l'articulation ainsi usées par pression ou détruites par des processus pathologiques primitifs de l'os, le tibia a la tendance à glisser en arrière sur le plan incliné des condyles, lorsque d'autres causes bien déterminées viennent favoriser ce déplacement. Ces causes résident dans les parties malades elles-mêmes. Sans doute, à cette période de la maladie, il est rare que les fléchisseurs soient encore en état d'attirer en arrière d'une façon active le tibia sur le plan incliné des condyles par une contracture tonique ou clonique de leurs fibres. Plus souvent la subluxation est déterminée par la rétraction cicatricielle, laquelle a pour conséquence un raccourcissement des parties situées du côté de la flexion, c'est-à-dire de la capsule et des couches de tissu qui avoisinent cette dernière, y compris les muscles de la région; le déplacement se produira d'autant plus sûrement que les phénomènes de rétraction sont aidés dans leur action par certaines influences mécaniques extérieures. Lorsqu'en effet, le malade dans ces conditions appuie sur le lit l'extrémité inférieure de la face postérieure du membre, l'effet produit est le même que lorsque l'opérateur cherche à ramener de force dans l'extension le genou fléchi, en se servant du bout périphérique de la jambe comme d'un levier. Cette dernière manœuvre est précisément celle qui détermine les déplacements les plus graves du tibia, dont la surface articulaire presque tout entière peut se luxer en arrière du fémur.

On reconnaît à la vue et à la palpation le retrait de la tubérosité antérieure du tibia, ainsi que la saillie de cet os en arrière au niveau de la partie inférieure du creux poplité. On peut, du reste, démontrer l'existence de la subluxation en tirant une ligne qui prolonge en haut le tibia et une autre qui prolonge en bas le fémur; on constate alors que l'intersection de ces deux lignes s'opère non plus au niveau de l'articulation du genou, mais plus haut dans la cuisse.

SONNENBURG attribue dans un certain nombre de cas les phénomènes de la subluxation à une flexion du tibia sur lui-même d'avant en arrière, flexion qui peut se produire chez les individus jeunes affectés d'ostéoporose, à la suite de cette même action de levier qui est, nous l'avons vu, la cause déterminante de la subluxation.

On observe rarement de véritables luxations du genou malade qui, favorisées par la destruction soit de l'appareil ligamenteux, soit de la surface articulaire tapissée de cartilage ou des ménisques, se produisent à la suite de causes traumatiques légères. J'ai vu plusieurs fois des luxations latérales s'opérer ainsi dans le *genu valgum* inflamma-

toire. Il est facile d'en obtenir la réduction par coaptation ou en s'aidant de tractions modérées.

§ 97. — Le **diagnostic** de l'arthrite tuberculeuse du genou, grâce aux symptômes que nous venons de décrire, ne présente, en général, aucune difficulté. S'agit-il de l'*arthrite granuleuse*, la forme en fuseau de l'articulation, le retrait de la tuméfaction au niveau du cul-de-sac supérieur, l'irrégularité de forme du genou lorsqu'une suppuration partielle s'établit au milieu des granulations et vient former une tumeur fluctuante dans ce même prolongement de la synoviale, enfin la consistance élastique particulière du genou tuméfié, constituent des points de repère suffisants pour distinguer des processus exsudatifs aigus une affection qui, du reste, est le plus souvent chronique. En ce qui concerne le diagnostic de l'*hydarthrose tuberculeuse*, nous avons déjà donné plus haut les indications nécessaires. Ce qui caractérise surtout cette forme d'arthrite, c'est l'épaississement de la synoviale qui fait défaut dans l'hydarthrose simple.

De même la *forme nodulaire de la synovite tuberculeuse* est ordinairement facile à reconnaître lorsque les nodosités ne sont pas masquées par le liquide accumulé dans l'articulation; ce n'est que dans les cas où une seule nodosité s'est développée, que se pose parfois la question de savoir si l'on a affaire à un *sarcome de la synoviale* ou à un *lipome sous-séreux*.

De même on peut faire de bonne heure le diagnostic des *abcès froids* de l'articulation, bien qu'ici le cul-de-sac supérieur se remplisse de pus; en effet, un signe caractéristique de cette forme de tuberculose articulaire, c'est l'épaississement de la synoviale qui, dans presque tous les cas, accompagne dès le début la formation du pus. En outre, on constate souvent pendant longtemps l'absence de tout phlegmon péri-articulaire et de tout symptôme fébrile. Du reste, en général, la fièvre est extrêmement inconstante. Parfois, dans les grands épanchements de pus, elle fait complètement défaut; mais dans la plupart des cas, l'apparition du pus dans l'articulation, comme aussi le développement d'abcès par fonte suppurative des granulations, s'accompagnent de symptômes fébriles avec des courbes de température peu élevées. Le plus souvent, la température ne monte le soir que jusqu'à 38°, tandis que le matin elle est normale ou même anormalement basse. De temps en temps on observe des températures vespérales plus élevées, surtout à la suite d'une intervention du chirurgien, d'un simple examen ou de manœuvres ayant pour but de corriger la position du membre etc. Dans ces cas la température est aussi parfois élevée le matin. En somme, la fièvre a donc le caractère rémittent. Une température élevée et de longue durée survenant dans le cours de l'arthrite granuleuse, est toujours quelque peu suspecte; elle éveille le soupçon de l'existence de quelque autre affection (tuberculose métastatique avec suppuration). Toutes ces remarques n'ont naturellement de valeur qu'aussi longtemps qu'il n'existe pas de fistules. Si le pus sé-

compose après l'ouverture du foyer de suppuration, il en résultera presque toujours une fièvre intense.

Ainsi donc le diagnostic différentiel entre l'arthrite tuberculeuse et les épanchements aigus et subaigus de l'articulation du genou, n'offre, en général, que peu de difficultés. Il est plus difficile parfois de reconnaître d'emblée à leur début les *néoplasmes* des extrémités articulaires. Nous avons déjà précédemment attiré l'attention sur cette question de diagnostic (voir page 592).

Les symptômes fournis par l'articulation malade donnent-ils des points de repère suffisants pour pouvoir préciser davantage le diagnostic dans chaque cas particulier, et affirmer que l'on a affaire ici à une inflammation granuleuse simple, là à une arthrite granuleuse et suppurée, enfin dans d'autres cas à une forme essentiellement suppurative de tuberculose articulaire? Sommes-nous en état de conclure des phénomènes observés que dans tel cas l'affection a débuté par l'os et dans tel autre par la synoviale? Enfin pouvons-nous nous baser sur les symptômes qui apparaissent dans le cours de la maladie, pour tirer des conclusions relatives au développement et à l'existence de processus de destruction intéressant les extrémités articulaires ou l'appareil ligamenteux?

En ce qui concerne d'abord la seconde de ces questions, il est impossible le plus souvent, si l'on n'a pas observé dès le début la marche de la maladie, d'affirmer d'une façon positive qu'il s'agit d'une affection primitivement osseuse. Un certain nombre de ces foyers passent absolument inaperçus; il en est ainsi, par exemple, des petits foyers situés au-dessous de la surface articulaire du tibia. Par contre, ceux qui se développent sur les parties latérales des condyles ou à la face antérieure du tibia, permettent assez souvent de poser tout au moins un diagnostic de probabilité. Bien que l'on ait constaté déjà depuis longtemps une douleur locale à la pression, et peut-être aussi un empatement des tissus sur certains points déterminés de la surface de l'os, les symptômes articulaires font entièrement défaut ou ne se montrent que tardivement et, tout d'abord, à un léger degré seulement. Ensuite se développe assez souvent un abcès localisé dans un endroit insolite, soit latéralement sur les condyles, soit au devant du tibia, c'est-à-dire dans des régions différentes de celles où se forment les abcès provenant de la cavité articulaire. En outre, chez les personnes âgées, les foyers osseux sont relativement fréquents et se développent surtout à la suite d'affections inflammatoires chroniques des poumons (tuberculose). Il en est ainsi particulièrement lorsqu'un trauma d'une certaine violence a précédé le développement de la maladie articulaire. Dans ces cas il n'est pas rare de rencontrer un foyer de carie et de nécrose avec un gros séquestre s'étendant jusqu'à la surface articulaire tapissée de cartilage (voir plus haut les remarques anatomiques, page 589).

Le **diagnostic des destructions secondaires** dans l'intérieur de