

l'articulation est un peu plus sûr, du moins pour un certain nombre de cas. Tout d'abord nous savons qu'une pression anormale sur les extrémités articulaires ramollies superficiellement, surtout si l'on n'en a pas diminué l'effet par des appareils, détermine une ulcération du cartilage et de l'os dans certains endroits. C'est ainsi qu'en présence d'une forte contracture en flexion existant depuis assez longtemps, on peut admettre avec probabilité l'existence de pertes de substance plus ou moins profondes dans la région postérieure des condyles, ainsi qu'aux points où ces derniers sont en contact avec la rotule. On arrive à une certitude plus grande encore lorsqu'on a affaire à certaines attitudes vicieuses que l'on ne peut concevoir sans une destruction de parties déterminées de l'articulation. Ainsi lorsqu'on se trouve en présence d'un genu valgum inflammatoire avec flexion de la jambe existant depuis un certain temps, on est autorisé à admettre, surtout si le malade a continué de marcher, qu'il s'agit d'une destruction intéressant essentiellement la partie externe des extrémités articulaires.

Lorsque le genu valgum n'est pas dû à un foyer osseux primitif du condyle externe ayant déterminé rapidement une perte de substance, ce qui est le cas le plus rare, c'est en général le ménisque qui disparaît en premier lieu. L'os lui-même devient ensuite le siège d'un processus ulcérateur qui débute ordinairement par le fémur à son point de contact avec le tibia. Ce dernier se trouve-t-il fortement déplacé en arrière, on sera, en général, autorisé à admettre que la destruction intéresse les *parties postérieures des condyles*. Cependant la *destruction des ligaments croisés* par les granulations peut également avoir déterminé ce genre de déplacement, surtout lorsque ce dernier s'est produit dans l'attitude d'extension presque complète du membre. Nous ne donnons ces détails que pour montrer comment on peut, le plus souvent, poser tout au moins un diagnostic de probabilité.

Il est rare que l'on soit en mesure de démontrer, par l'exploration avec un stylet, que l'on a affaire à une arthrite d'origine osseuse. Du reste, la constatation de ce fait a en somme peu d'importance à la période de formation des fistules; pour ce motif et d'autres encore, nous ne pouvons que déconseiller d'user largement de ce mode d'examen.

§ 98. — *L'arthrite tuberculeuse du genou est une affection, en général, très chronique.* Des années peuvent s'écouler jusqu'à ce que la guérison s'opère sans formation de fistules ou, au contraire, après une longue suppuration par des trajets fistuleux. Dans un certain nombre de cas, l'articulation malade finit par guérir sans avoir jamais été le siège d'aucune suppuration.

Dans d'autres cas le pus se fait jour au dehors, le plus souvent après avoir formé des abcès par congestion analogues à ceux que nous avons décrits dans les affections aiguës du genou, ou bien on prévient à temps

par une incision l'ouverture spontanée du foyer purulent. Dans beaucoup de ces cas la fièvre qui survient alors par suite de la décomposition du pus, exerce une action extrêmement fâcheuse sur l'état général du malade. La mort peut être due aussi à une infection aiguë septique ou pyémique, ou bien, ce qui n'est pas moins fréquent, le malade peut être emporté par une fièvre hectique à caractère chronique.

Parfois aussi, de même qu'à la hanche, on observe au genou une *suppuration suraiguë, une fonte putride* des granulations.

Tandis qu'en règle générale, le développement de la maladie est très lent, il existe aussi des cas dans lesquels quelques semaines suffisent à produire un énorme amas de fongosités. C'est ce que j'ai observé quelquefois à la suite d'une hémarthrose négligée; le pronostic est ici relativement favorable (voir plus loin).

La guérison définitive peut s'opérer avec conservation parfaite des mouvements de l'articulation, mais un aussi beau résultat est relativement rare.

BILLROTH estime à 11,7 : 100 la proportion des cas de guérison complète en se basant, il est vrai, sur un nombre restreint d'observations. Dans environ 30,8 : 100 des cas le genou a guéri, mais avec une gêne fonctionnelle plus ou moins notable. D'après notre propre expérience le traitement conservateur appliqué aux formes *en apparence légères d'arthrite tuberculeuse* du genou, donne une proportion de guérisons d'environ 33 0/0. En se basant sur la même statistique on trouve que 8 0/0 environ de tous les cas d'arthrite tuberculeuse du genou ont guéri avec un *bon état fonctionnel du membre*, tandis que les autres n'étaient pas encore guéris après un long traitement ou avaient nécessité finalement l'amputation ou la résection. Parmi les cas dont la guérison a exigé un traitement de longue durée, on n'en trouve qu'un petit nombre dans lesquels le membre ait recouvré un bon état fonctionnel. Tantôt il se produit une ankylose, et le membre rend alors plus ou moins de services suivant le degré de flexion du genou, tantôt les mouvements de l'articulation ne sont possibles que dans des limites très restreintes, tantôt enfin il existe d'autres troubles fonctionnels dus à la déformation du membre et peut-être aussi à la fixation de ce dernier dans une position vicieuse. Même alors que la guérison s'est opérée après une longue maladie, le membre est encore menacé d'un *trouble d'accroissement* qui peut se manifester plus tard et lui enlever beaucoup de son utilité. C'est surtout chez les individus très jeunes dont le genou a guéri après une longue série de fistules, que l'on observe une diminution considérable d'accroissement du membre, et il en est ainsi particulièrement dans les cas où ce dernier, par suite d'une attitude vicieuse très accusée, n'a pu être que très peu utilisé pour la marche on ne l'a même pas été du tout. Il peut en résulter des raccourcissements très notables (de 8 à 10 centim. et même davantage); en général, c'est l'accroissement du tibia qui est surtout entravé, car d'après

mes propres mensurations, le raccourcissement de cet os est le double de celui du fémur.

Le **pronostic au point de vue vital** est, de même que dans l'arthrite tuberculeuse de la hanche, aggravé par le danger d'une tuberculose généralisée ou d'une dégénérescence amyloïde. Par un calcul approximatif BILLROTH a fixé la mortalité à environ 42 0/0. D'après les relevés de la clinique de Göttingue, sur les cas traités pendant une période de 10 ans, la mortalité en chiffres ronds se monte à environ 29 0/0. Chez les individus jeunes la guérison est beaucoup plus fréquente qu'après la puberté et surtout qu'à un âge avancé.

§ 99. — Dans l'échelle de fréquence des arthrites fongueuses l'articulation du genou occupe le premier rang. Ici encore, les enfants en sont relativement bien plus souvent affectés que les adultes. Environ un tiers des cas rassemblés par BILLROTH appartiennent aux dix premières années de la vie, et un sixième à la seconde période décennale; par conséquent, dans près de la moitié des cas il s'agit de malades âgés de moins de 20 ans.

La grande majorité des cas d'arthrite tuberculeuse du genou chez les enfants se développent sur le terrain de la scrofuleuse: assez souvent, un léger trauma a précédé l'apparition de la maladie articulaire. Sous ce rapport nous renvoyons le lecteur aux remarques que nous avons faites à propos de la coxite tuberculeuse, (page 428). A un âge avancé l'affection du genou est assez souvent la manifestation d'une infection tuberculeuse généralisée à la suite d'une phtisie pulmonaire, etc.

§ 100. — Dans le **traitement** des affections tuberculeuses du genou on devra mettre en œuvre tout d'abord les moyens thérapeutiques généraux que nous avons déjà mentionnés plusieurs fois et en dernier lieu à propos de l'arthrite coxo-fémorale; en conséquence, on mettra le malade à un régime fortifiant, on lui fera respirer un air pur, on lui prescrira l'usage des bains salins, des bains de mer etc.

Supposons que nous ayons à traiter une arthrite tuberculeuse du genou depuis le début jusqu'à la terminaison de cette maladie. Nous ferons abstraction pour le moment de la partie du traitement qui consiste dans l'application d'appareils appropriés ayant pour but d'empêcher que le membre ne prenne une attitude vicieuse.

Plus que n'importe quelle autre articulation, le genou se prête à un traitement local grâce à la grande étendue des téguments qui le recouvrent, et qui permettent l'application de médicaments. Malheureusement, dans la majorité des cas, l'effet obtenu ne répond pas aux espérances du chirurgien. On n'a obtenu des résultats favorables ni par les frictions avec des pommades résolutives, telles que la pommade iodée ou l'onguent mercuriel, lequel est particulièrement à déconseiller à cause des conséquences fâcheuses qu'il peut avoir pour l'organisme, ni, d'autre part, par l'emploi prolongé des enveloppements

humides selon la méthode de PRIESSNITZ, que l'on se serve d'eau simple ou d'une eau saline légère, ou encore de solutions phéniquées, comme le veut HUETER. Cependant ces enveloppements peuvent être employés pour combattre les états d'irritation qui peuvent survenir dans le cours de la maladie, et l'on peut aussi dans ce but appliquer sur le genou une vessie de glace. Peut-être ont-ils alors pour résultat d'empêcher la suppuration de se produire?

Un moyen peut-être un peu plus efficace, mais dont l'action favorable n'a pas encore été mise hors de doute jusqu'ici, c'est l'application sur la peau d'agents irritants énergiques. Parmi ces derniers ceux qui agissent profondément, tels que les moxas et le fer rouge, sont certainement à rejeter, vu leur efficacité douteuse et le fâcheux inconvénient qu'ils ont de déterminer des plaies qui suppurent pendant longtemps et ont une tendance à l'érysipèle et à la maladie des granulations. Les petits vésicatoires (volants) que VELPEAU a la première fois conseillés, mais avant tout les badigeonnages de teinture d'iode, tels sont, parmi les moyens irritants, ceux qui se recommandent le plus malgré leur efficacité restreinte et encore indéterminée.

Il en est de même, d'après notre propre expérience, des **injections phéniquées** dans l'articulation, suivant le procédé de HUETER. On se sert dans ce but d'une seringue de Pravaz ou d'un appareil particulier avec lequel on injecte dans l'articulation ou le tissu péri-articulaire, sous une pression modérée, une solution phéniquée de 2 à 3 0/0, avec des intervalles de plusieurs jours entre chaque injection. Il va sans dire que cette petite opération devra être pratiquée avec toutes les précautions antiseptiques déjà maintes fois décrites dans cet ouvrage.

J'ai eu recours à ces injections dans un assez grand nombre de cas, et si elles n'ont pas été nuisibles, elles ne m'ont évidemment pas donné les résultats favorables que j'en attendais. Il est vrai que d'autres chirurgiens (PETERSEN, SCHEDE) en ont obtenu des succès; aussi ne peut-on que conseiller de faire de nouveaux essais de cette méthode de traitement.

J'ai une assez grande confiance dans la **compression**, aussi longtemps, du moins, que l'arthrite est essentiellement fongueuse, et qu'il ne s'est pas formé de pus en quantité notable. D'après ma propre expérience, le meilleur procédé de compression consiste dans l'application de bandelettes de sparadrap larges d'environ 3 à 4 centimètres, se recouvrant partiellement comme les tuiles d'un toit, et renforcées par des tours en huit de chiffre autour de l'articulation; une traction énergique, mais très régulière, doit être exercée sur les bandelettes si l'on veut en obtenir l'effet désiré. On enveloppera ensuite le pied et la jambe d'une bande de flanelle, et l'on donnera au membre une position élevée.

Quel que soit le traitement employé, le membre sera immobilisé dans un appareil. Veut-on faire des badigeonnages iodés, le moyen d'immobi-