

vent transversales, avec intégrité ou déchirure du périoste. Elles sont le plus souvent obliques, et le trait, d'orientation variable, est habituellement dirigé en bas et en dehors. La fracture même oblique peut être sous-périostée; mais, le plus souvent, il y a déplacement. Ce dernier est complexe : c'est une combinaison d'écart angulaire, de chevauchement et de rotation du fragment inférieur.

Au tiers inférieur le déplacement est presque nul à cause des insertions musculaires étalées, et se borne à un angle ouvert en arrière ou en avant qui augmente dans la flexion. Au-dessous de l'empreinte deltoïdienne, on voit le fragment supérieur porté en haut et en dehors par le deltoïde, et l'inférieur en haut, en arrière et en dedans par le triceps.

Au-dessus du deltoïde, le fragment inférieur est attiré en haut et en dehors par le deltoïde, tandis que le supérieur se porte en haut et en dedans. En réalité le déplacement est moins conditionné par le siège de la fracture que par la violence et la direction du traumatisme.

Certaines fractures obliques dites spiroïdes présentent une longue pointe latérale, parfois esquilleuse.

**Symptomatologie.** — Elle est banale : c'est celle de toutes les fractures. Il n'y a à noter que la déviation latérale partielle du membre. Le gonflement est souvent très considérable; l'interposition musculaire est très fréquente, ce qui empêche la crépitation et facilite d'ailleurs les pseudarthroses.

**Complications.** — Immédiates, ce sont des luxations de l'épaule et du coude concomitantes, des déchirures vasculaires, amenant de grosses collections sanguines, parfois un arrêt de la circulation du membre avec refroidissement, mais le plus souvent sans gangrène; des nerfs peuvent être contusionnés, comprimés, blessés par les fragments et on a observé des paralysies partielles ou totales dans le domaine du radial ou du médian.

Secondairement, il peut y avoir englobement du nerf radial dans le cal avec paralysie tardive et progressive, persistant jusqu'à ce qu'on l'ait libéré, et même au delà.

La fréquence des interpositions musculaires fait comprendre la fréquence des PSEUDARTHROSES (v. c. m.), les variétés en ont été observées au bras. Elles s'accompagnent le plus souvent d'impotence fonctionnelle très marquée.

**Traitement.** — Les fractures sans déplacement guérissent sous un appareil quelconque à attelles : l'écharpe ne vaut rien ici. Les fractures avec déplacement sont justifiables de l'appareil Hennequin (V. FRACTURES DE L'EXTRÉMITÉ SUPÉRIEURE) : la réduction est bien faite quand l'épicondyle regarde en avant et est sur la même ligne que la petite tubérosité et l'acromion.

Les complications seront traitées comme d'habitude par l'intervention sanglante : ligatures vasculaires, suture nerveuse ou désenclavement, avivement et suture osseuse (pseudarthrose).

**C. FRACTURES DE L'EXTRÉMITÉ INFÉRIEURE DE L'HUMÉRUS.** — Elles sont nombreuses et variées et leur désignation anatomopathologique ne concorde pas très bien avec le langage anatomique courant.



Fig. 174.  
Fracture de l'extrémité inférieure de l'humérus. (Tr. de Chir., Ricard et Demoulin.)

**Lésions.** — Il y a lieu de distinguer des fractures totales, les fractures partielles et les fractures parcellaires de l'extrémité inférieure de l'humérus.

a) **Fractures totales.**

1° **Fractures sus-condyliennes transversales**, ou sus-épiphysaires, ou sus-épitrochléocondyliennes : elles comprennent dans le fragment inférieur les quatre saillies que présente l'extrémité inférieure de l'humérus. Elles s'observent surtout dans l'enfance et succèdent le plus souvent à une chute sur le coude, et même sur le coude fléchi à angle droit; parfois à une chute sur la main : dans les deux cas, il y a arrachement par les ligaments du coude.



Cliché Infront.  
Fig. 175.  
Fracture sus-condylienne déplacement postérieur. (Hennequin et R. Lœwy.)



Cliché Vaillant.  
Fig. 176.  
Fracture sus-condylienne, déplacement antérieur. (Hennequin et R. Lœwy.)

Le trait détachant le fragment inférieur est habituellement transversal, mais il peut être oblique dans le sens sagittal et dans le sens frontal (fig. 174).

Dans le sens sagittal, les fragments sont ordinairement taillés en biseau; le plus souvent le trait est oblique en bas et en avant, mais il peut être oblique en en bas et en arrière; il traverse la fosse coronoïdienne.

Dans le sens frontal, il descend en bas et en dedans, remontant parfois à plusieurs centimètres au-dessus de l'épicondyle en dehors; l'obliquité inverse est possible; parfois les deux obliquités sont réalisées et le fragment supérieur forme une sorte de V pénétrant dans l'inférieur : il est très rare dans ce cas que la fracture reste uniquement sus-condylienne à deux fragments. Le fragment inférieur monte ordinairement en arrière. Le déplacement en avant est exceptionnel (fig. 175 et 176).

2° **Fractures sus- et inter-condyliennes**, ou bi-condyliennes, ou en T, en V, en Y. — Elles succèdent à un traumatisme très violent de la région du coude et leur mécanisme est très contesté : le trait vertical passe souvent dans la gorge de la trochlée. Dans la fracture en T, il y a ordinairement peu de déplacement (fig. 177), mais dans la fracture en V ou en Y (fig. 178 et 179), le fragment supérieur en coin s'insinue entre les deux fragments inférieurs qui tendent à s'écarter, et se porte vers l'olécrane qu'il peut atteindre : des fragments latéraux, l'externe se porte fréquemment en arrière entraînant le radius, l'interne glisse en avant; parfois tous les deux sont portés en avant.

3° **Fractures comminutives.** — Les fragments sont nombreux et impossibles à décrire.

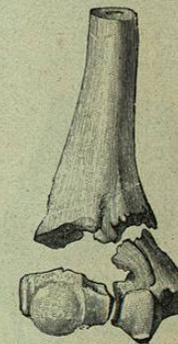
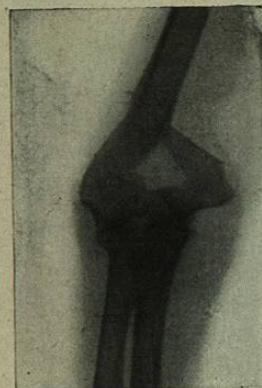


Fig. 177. — Fracture en T. (Traité de Chirurgie, Ricard et Demoulin.)

b) *Fractures partielles.*

1° *Fractures du condyle externe.* (Ce n'est pas le condyle anatomique car le trait emporte l'épicondyle et souvent une partie de la lèvre externe de la trochlée).



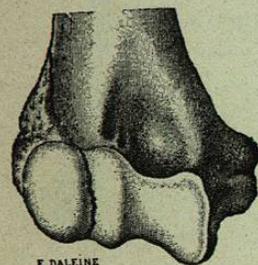
Cliché Contremoulins.  
Fig. 178. — Fracture en Y.  
(Hennequin et R. Lœwy).

Ce sont par excellence les fractures de l'enfance, elles succèdent à une chute sur le coude en adduction ou en abduction, ou sur la main en hyperextension (fig. 180).

Le trait oblique en haut et en dehors, commence dans la rainure trochléenne et passe dans la cavité olécraniennne : il peut cependant, plus externe, ne détacher que l'épicondyle et le condyle. Le déplacement est rare : quand il s'en pro-

duit un, l'extrémité supérieure du coin détaché bascule en avant (long supinateur et radiaux) tandis que la partie articulaire se porte en arrière, entraînant le radius, parfois le cubitus suit et il y a luxation du coude postéro-externe.

2° *Fractures du condyle interne* (on ne peut dire fracture de la trochlée, car le coin est composé de l'épitrôchlée et d'une moitié seulement de la trochlée). — Elles naissent exactement dans les mêmes conditions que celles du condyle externe, mais sont beaucoup moins fréquentes; le trait oblique en haut et en dedans commence dans la gorge trochléenne monte dans les cavités olécraniennne et coronôidienne et aboutit à 1 centimètre au-dessus de l'épitrôchlée (fig. 181);



E. DALEINE  
Fig. 180. — Fracture du condyle externe.  
(Traité de Chirurgie.)

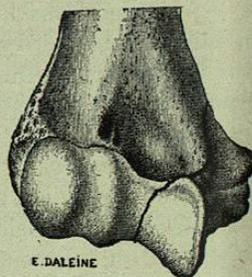
plus haut situé et plus externe, il peut empiéter sur le condyle proprement dit, détachant toute la trochlée (fig. 182). Le périoste est souvent conservé et il n'y a pas de déplacement. Quand il existe, il est rare que le fragment se porte en dedans; parfois il est abaissé entraînant l'avant-bras en abduction (*cubitus valgus*) et la tête radiale en subluxation externe. En général, il se porte en haut, en arrière et en dedans; il y a subluxation radiale en arrière et en dedans : *cubitus varus*; si les ligaments sont rompus, il y a une véritable luxation du coude en arrière.

c) *Fractures parcellaires.*

1° *Fractures de l'épicondyle externe ou épicondyle* (fig. 185).



Cliché Vaillant.  
Fig. 179. — Fracture en V.  
(Hennequin et R. Lœwy)



E. DALEINE  
Fig. 181. — Fracture du condyle interne.  
(Traité de Chirurgie.)

Elles sont très rares, et produites par un choc direct ou par arrachement. Le déplacement est exceptionnel.

2° *Fractures de l'épitrôchlée interne ou épitrôchlée* (fig. 184).

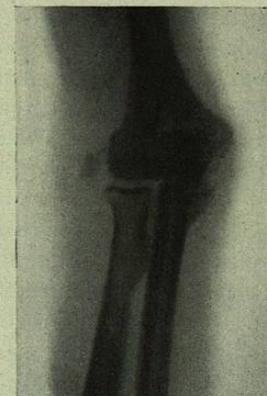
Elles résultent d'un traumatisme direct et naissent par arrachement musculaire ou tendineux. On les observe surtout dans l'enfance. Le trait détache l'épitrôchlée à la base ou au sommet. Le fragment peut se déplacer en tous sens; il est ordinairement attiré en bas et en avant par ses muscles.

3° *Fractures de la portion articulaire.*

Elles sont engendrées par une chute sur la main en extension ou un coup local très oblique. Toute la surface articulaire peut être détachée; le plus souvent le fragment reste en place dans la mortaise que lui forme le fragment supérieur; il peut aussi se luxer en haut et en avant dans la fossette coronô-



Cliché Infroit.  
Fig. 182.



Cliché Contremoulins.  
Fig. 185.



Cliché Infroit.  
Fig. 184.

Fig. 182. — Fracture du condyle interne (fragment plus considérable).  
Fig. 185. — Fracture de l'épicondyle externe. — Fig. 184. — Fracture de l'épitrôchlée interne  
(Hennequin et R. Lœwy.)

dienne. Le condyle seul peut être brisé, et le fragment se luxe soit en avant, soit en arrière de l'épicondyle.

**Symptomatologie et Diagnostic.** — Toutes les fractures de l'extrémité inférieure ont pour signes communs : l'attitude du membre en flexion, l'impotence fonctionnelle qui est totale. Le gonflement est énorme, soit qu'il s'agisse d'une hémarthrose si la fracture est intra-articulaire (fracture de la portion articulaire) soit qu'il s'agisse d'un épanchement sanguin profond et venant jusqu'à la peau si la fracture est uniquement extra-articulaire (fracture sus-condylienne, de l'épicondyle, de l'épitrôchlée) soit qu'il se fasse dans tous les plans, si la fracture est mixte et pénètre dans l'articulation (fractures condyliennes interne et externe, et bicondyliaires). Cet épanchement énorme, s'accompagnant parfois de phlyctènes, et d'ecchymoses soit immédiates, soit tardives, toujours étendues, augmente les diamètres transversal et antéro-postérieur du coude et gêne beaucoup l'exploration des lésions profondes. C'est parce que cet épanchement empêche de localiser la douleur d'une façon précise, de sentir les fragments déplacés, qu'on en est réduit à ne pas préciser la lésion

et à s'arrêter, parce qu'on aura senti de la crépitation, au cours de certains mouvements provoqués, de flexion ou de latéralité, au diagnostic de fracture de l'extrémité inférieure de l'humérus, ou même de fracture du coude. L'entorse s'élimine par l'absence de crépitations, de point douloureux osseux, la luxation par la douleur moins vive, les signes plus nets.

La radiographie sera souvent nécessaire pour élucider le diagnostic précis. Dans les bons cas, quand le gonflement n'est pas encore survenu, ou qu'il a cédé en partie, l'examen clinique peut donner des résultats précis.

#### 1° Fractures sus-condyliennes.

Il y a élargissement antéro-postérieur du coude : mobilité anormale avec mouvement de latéralité, et extension au delà des limites normales; la flexion est au contraire très limitée. Une légère traction sur l'avant-bras donne souvent de la crépitation. Cette traction réduit la déformation; mais celle-ci se reproduit dès qu'on cesse de tirer.

La mensuration, de l'acromion à l'épitrôchlée donne un peu de raccourcissement. Les rapports ne sont nullement modifiés, dans la fracture, entre le sommet de l'olécrane, l'épicondyle et l'épitrôchlée, ce qui permet d'éliminer la luxation du coude en arrière. La saillie qui soulève en avant le pli du coude est arrondie dans la luxation, plus irrégulière dans la fracture. Cette fracture atteint surtout des enfants.

#### 2° Fractures sus-et inter-condylienne ou bi-condylienne.

Il y a élargissement transversal considérable, diminuant quand on presse latéralement sur les côtés du coude : cette manœuvre, très douloureuse, détermine parfois de la crépitation. La distance épitrôchléo-olécraniennne est beaucoup plus considérable qu'à l'état normal. La mensuration épitrôchléo-acromiale révèle parfois un raccourcissement, signe inconstant. On peut parfois saisir entre deux doigts chacun des deux fragments latéraux et le déplacer légèrement dans le sens sagittal, avec crépitation. Cette fracture est une lésion de l'adulte.

#### 3° Fractures du condyle externe.

C'est, au dire de Malgaigne, la plus fréquente des fractures du coude, et elle se présente le plus souvent sur des enfants au-dessous de 15 ans. S'il n'y a pas de déplacement, les signes sont ceux d'une violente contusion du coude avec douleur précise sur l'humérus un peu au-dessus du radius.

S'il y a déplacement, l'aspect est celui d'une luxation du coude en arrière et en dehors; mais la distance épicondylo-olécraniennne n'a pas varié, le condyle est mobilisable avec crépitation, il y a élargissement transversal du coude, et l'épicondyle n'est plus sur la même ligne ni dans le même plan que l'épitrôchlée; la déformation, facile à réduire, se reproduit aussi facilement. Le fragment est mobilisé, devient plus saillant et parfois crépite par des mouvements de pronation.

4° Fracture du condyle interne. — Les signes sont exactement les mêmes que ceux du condyle externe, mais inversés : élargissement transversal, déplacement de l'épitrôchlée par rapport à l'épicondyle, aspect de luxation du coude en arrière sans modification de la distance épitrôchléo-olécraniennne, réduction et reproduction facile du déplacement, crépitations dans la supination.

5° Fractures de l'épicondyle ou de l'épitrôchlée. — Prédominance latérale de l'hématome, car la fracture n'est pas articulaire. Ecchymose locale, douleur

localisée. Mouvements de pronation et de supination douloureux. Sensation trop rare d'un petit fragment osseux distant de l'humérus, dont la mobilisation produit parfois de la crépitation.

6° Fractures de la portion intra-articulaire. — Elles ne se diagnostiquent point, sauf quand on trouve devant ou derrière l'épicondyle un petit fragment osseux qui ne bouge pas dans les mouvements de pronation et de supination.

**Complications.** — Un fragment peut perforer la peau (sus-condylienne), et la fracture devient une fracture compliquée.

Rarement ce sont des lésions vasculaires, bien que l'ischémie du membre par compression de l'humérale soit notée, ce sont beaucoup plus souvent des troubles nerveux. Le nerf médian peut être tendu sur le fragment supérieur d'une fracture sus-condylienne comme sur un chevalet. Il peut être lésé ou comprimé ainsi que le cubital dans toutes les fractures totales ou partielles internes (bi-condylienne, condylienne interne, épitrôchléenne). La fracture du condyle externe peut s'accompagner de paralysie radiale. Les troubles articulaires, raideurs prononcées, ou même ankyloses, sont fréquents, la plupart des fractures étant articulaires.

La consolidation est souvent vicieuse ou incomplète, par suite de l'écartement ou du déplacement des fragments sur lesquels on a très peu de prise. La pseudarthrose surtout fréquente dans les fractures sus-condyliennes et les fractures du condyle externe n'amène pas une gêne fonctionnelle notable : les cals vicieux au contraire limitent beaucoup les mouvements du membre.

**Traitement.** — Il est délicat, tant à cause du peu d'action qu'on a souvent sur les fragments que du voisinage de l'articulation.

Il faut donc tout en favorisant la consolidation, éviter les raideurs et les ankyloses.

Le traitement est encore compliqué du fait de l'énorme épanchement sanguin du début, qui rend difficile le diagnostic et empêche de mettre un appareil définitif.

Il faudra donc, presque toujours mettre un appareil provisoire, en attendant que ce gonflement tombe; cet appareil sera un pansement ouaté compressif, qu'on rendra immobilisateur en mettant par-dessus une attelle métallique, la compression devra être faite en flexion (fig. 185).

Quand le gonflement sera tombé et que le diagnostic aura été précisé par l'examen direct, et mieux encore par la radiographie, on mettra un appareil définitif.

Cet appareil définitif sera le plus souvent une gouttière plâtrée. Reste à savoir

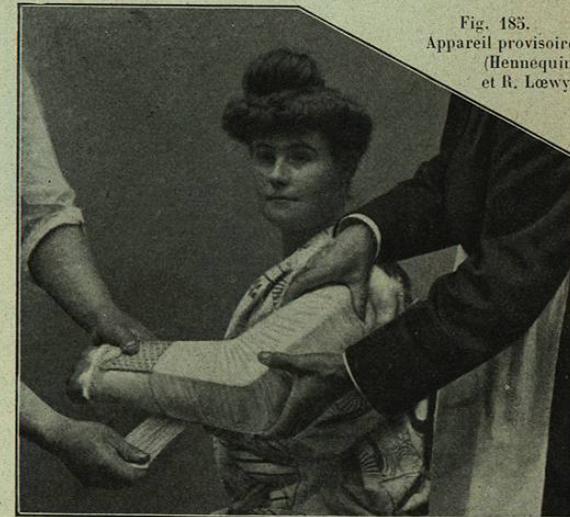


Fig. 185.  
Appareil provisoire.  
(Hennequin  
et R. Léwy.)

quelle position on donnera au membre. La flexion réduit très mal le déplacement, nous avons vu même que presque toujours elle l'exagérait; en revanche cette position est le traitement préventif de l'ankylose et des raideurs articulaires: le membre aura son maximum d'utilité malgré la limitation des mouvements.

L'extension maintient beaucoup mieux la réduction, mais s'il y a limitation des mouvements, le membre perd la plupart de ses usages. On peut éviter ces dernières, en immobilisant un peu moins longtemps. L'immobilisation en extension ne peut d'ailleurs être continuée très longtemps, car elle est pénible

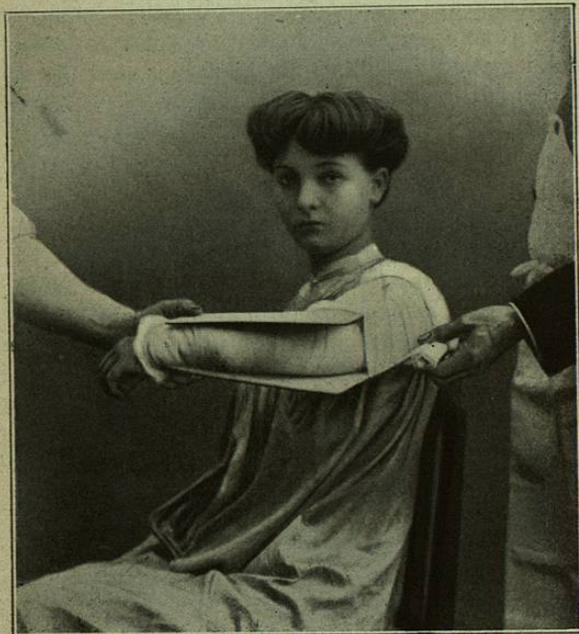


Fig. 186. — Fixation des branches supérieures des attelles.  
(Hennequin et R. Lœwy.)

et difficilement supportée. On pourrait combiner les deux méthodes avec certains chirurgiens: immobiliser en extension (pendant 10 jours, puis retirer la gouttière plâtrée et en remettre une autre en flexion. C'est surtout l'examen de chaque cas, qui tranchera le différend. Si le déplacement est minime, facilement réductible, on choisira la flexion. Si le déplacement est plus considérable et difficile à réduire, on préférera l'extension.

On pourra, avec avantage, employer dans la plupart des cas, un appareil à traction élastique décrit par Hennequin: il

est particulièrement indiqué dans les fractures qui s'accompagnent d'ascension notable du fragment inférieur; bien que mettant l'avant-bras en flexion, il a tous les avantages de l'extension. C'est, croyons-nous, presque toujours l'appareil de choix (fig. 186 et 187).

On commence par faire autour du bras et de l'avant-bras fléchi à angle droit, un pansement ouaté compressif, avec des bandes de toile qu'on fixe par quelques tours d'une bande de tarlatane humide. On prend alors deux attelles de bois de 7 centimètres de large, coudées à angle droit et échancrées en croissant à leurs extrémités; la branche brachiale est plus longue de 5 centimètres que l'anti-brachiale; les deux portions brachiales n'ont d'ailleurs pas la même longueur, celle de l'attelle externe est de 5 centimètres plus longue que celle de l'attelle interne.

On place ces attelles sur le pansement compressif de façon que leurs bords

supérieurs anti-brachiaux restent à deux travers de doigt au-dessous de la face antérieure de l'avant-bras, et que les bords inférieurs débordent d'autant la face postérieure; on fixe par deux bandes, l'une brachiale supérieure, l'autre anti-brachiale inférieure, de façon à laisser libre toute la région du coude et les segments voisins du bras et de l'avant-bras; on emploie pour cette fixation une bande de tarlatane dont on fait des circulaires, qu'on croise en X au niveau des échancrures des attelles, pour le segment brachial: une bande de crêpe



Fig. 187. — Appareil de Hennequin pour fracture de l'extrémité inférieure de l'humérus.  
(Hennequin et R. Lœwy.)

Velpeau, pour le segment anti-brachial. Le lendemain, quand la tarlatane est bien sèche et fait corps avec les attelles, on applique immédiatement au-dessous du pli du coude un lac élastique, large de deux à trois travers de doigt et armé d'une boucle. Ce lac, qu'on resserrera de temps en temps, tirera sur l'avant-bras qui dépasse en haut les attelles, en prenant point d'appui sur les bords inférieurs des attelles. On soutiendra le bras par une écharpe à boucle.

L'appareil sera laissé 20 jours environ chez l'enfant, 50 jours chez l'adulte. Après quoi on le retirera et on traitera les raideurs par le massage, des bains chauds, la mobilisation passive, prudente et progressive, la mobilisation active.

Dans ces conditions, l'ankylose sera beaucoup moins fréquente que du temps où l'appareil était laissé beaucoup plus longtemps.

L'intervention opératoire a été appliquée d'emblée aux fractures de l'extrémité inférieure de l'humérus, et on a fait dans un certain nombre de cas, avec succès, des enchevillements ou des sutures. Nous réservons l'intervention aux fractures avec complications. Les lésions nerveuses et vasculaires seront traitées par la suture ou la ligature; l'ankylose et le cal vicieux seront traités par la résection typique qui donne de bons résultats.

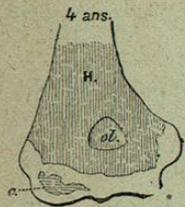


Fig. 188. — Coupe verticale de l'extrémité inférieure d'un humérus de 4 ans (Broca).

**Décollement traumatique de l'épiphysse humérale inférieure.** — Au moment de la naissance, et

jusque vers 4 ans, toute l'extrémité inférieure de l'humérus est cartilagineuse et le décollement peut être total. Mais la diaphyse pénètre bientôt la trochlée, lui fournissant une lame osseuse, la séparant de l'épitrôchlée et tout décollement total devient impossible. Des points osseux paraissent dans le condyle, la trochlée, l'épicondyle et l'épitrôchlée, qui, tout à fait isolée peut se décoller seule. Le point condylien, le premier qui paraisse, est le plus volumineux et forme une

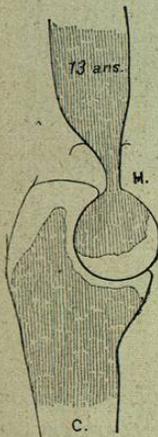


Fig. 190. — Coupe verticale antéro-postérieure de l'articulation huméro-cubitale au milieu de la gorge de la trochlée à 15 ans (Broca).

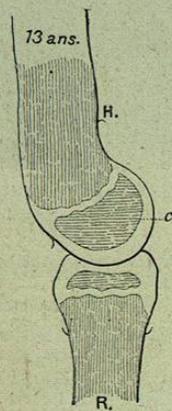


Fig. 191. — Coupe verticale antéro-postérieure de l'articulation huméro-radiale à 15 ans (Broca).

partie de la trochlée, il peut se décoller seul ou avec le bloc des points externes. Le déplacement du fragment en arrière semble la règle. Il suit une chute sur le coude ou la main, un mouvement forcé d'extension ou de flexion, ou un choc rétro-huméral, l'avant-bras étant fléchi et la main reposant sur le sol.

Les symptômes sont ceux d'une fracture sus-condylienne, mais le fragment supérieur contient l'épitrôchlée. Ils rappellent plus encore ceux d'une fracture du condyle externe, et c'est l'âge du sujet, la régularité du fragment à la radiographie qui feront le diagnostic; le coin externe se soude à la diaphyse vers 16 à 17 ans. Le traitement ne diffère en rien de celui des autres lésions traumatiques de l'extrémité inférieure de l'humérus.

Le décollement de l'épitrôchlée ressemble absolument à sa fracture isolée, ici encore c'est l'âge qui fera le diagnostic: l'épitrôchlée se soude vers 16 ans.

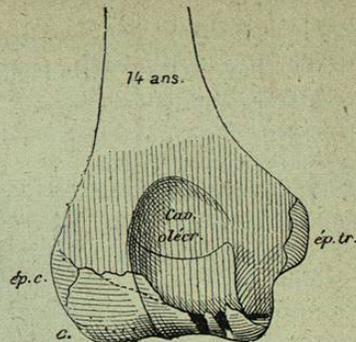


Fig. 189. — Face postérieure de l'extrémité inférieure d'un humérus gauche de 14 ans (Broca).

**Fractures de l'humérus à la naissance.** — Elles comprennent les fractures *intra-utérines*, succédant à des traumatismes subis par la mère dans les derniers temps de sa grossesse. Ils sont beaucoup plus souvent obstétricaux et causés par des tractions ou des torsions exercées sur le membre supérieur, soit dans les présentations de l'épaule (nécessitant une version), soit dans les présentations du bassin, dans l'extraction du bras pour le dégagement de la tête dernière [V. NOUVEAU-NÉ (PATHOLOGIE)].

Les variétés en sont diverses, ce sont tantôt des décollements épiphysaires supérieurs, rarement des divulsions inférieures, assez souvent des fractures des diaphyses.

On les reconnaît aux cris que pousse l'enfant quand on touche son membre et à l'impotence fonctionnelle, qui font rechercher les signes habituels des fractures.

Le *traitement* se fait ordinairement par immobilisation dans une gouttière de gutta-percha. On prend avec de la tarlatane le patron d'une gouttière, ne laissant libre qu'une petite portion de la circonférence du membre et allant de l'épaule au coude. On taille une lame de gutta épaisse de 4 millimètres, d'après ce patron et l'ayant ramollie dans l'eau chaude on l'applique sur le membre à l'aide de quelques tours d'une bande de vieille toile, pendant qu'un aide tire sur l'avant-bras. Dans l'emballage on interpose un tampon d'ouate entre l'appareil et le tronc de l'enfant, sans risquer de restreindre cependant le jeu de la cage thoracique.

On laisse l'appareil 14 jours, car les fractures se consolident beaucoup moins vite qu'on ne le dit; il reste d'ailleurs de la flexibilité pendant longtemps, le cal s'ossifiant très lentement.

L. CHEVRIER.

**HYDARTHROSE.** — L'hydarthrose n'est pas une maladie, mais un syndrome, réalisé dans un grand nombre de cas, caractérisant la présence d'un liquide fluide dans une articulation, sans réaction inflammatoire intense.

**Étiologie.** — La *cause* de l'hydarthrose est dans certains cas *latente*, ou du moins elle nous échappe et on admet qu'elle est symptomatique d'une synovite plastique articulaire, comme l'hydrocèle dite idiopathique est symptomatique d'une vaginite de cause inconnue. C'est de cette hydarthrose à marche chronique que nous nous occuperons seulement.

Les hydarthroses de *cause patente*, dont la marche est très variable, parfois subaiguë, sont décrites ailleurs. La cause de l'hydarthrose peut-être l'*infection* directe par plaie articulaire: *hydarthrose traumatique* (V. ARTHRITE, ARTICULATIONS, PLAIES); secondaire à une infection générale: *hydarthrose infectieuse* (V. ARTHRITE, ARTHRITE TUBERCULEUSE, ARTHRITE SYPHILITIQUE, RHUMATISME), secondaire à la propagation d'une inflammation locale: *hydarthrose par propagation* (V. ARTHRITE, OSTÉITE, HYGROMAS AIGUS, PHLÉBITE, LYMPHANGITE).

La cause de l'hydarthrose peut être *amicrobienne*: *mécanique* (V. ENTORSE, LUXATION, ARTICULAIRES (CORPS ÉTRANGERS), ARTHRITE SÈCHE, ARTHROPATHIE TABÉTIQUE ET HYSTÉRIQUE).

**Lésions.** — La synoviale est le plus souvent amincie et pâle comme « lavée »; elle est parfois rouge, épaissie, ses franges sont plus développées avec réaction du tissu conjonctif sous-synovial; l'épaississement irrégulier peut se faire par plaques, faisant croire à un corps étranger ou à une tuberculose