

Nous n'insisterons pas sur le diagnostic général de ces formes, et ne passerons pas en revue la série des affections articulaires avec lesquelles on pourrait les confondre. Mais, en présence d'une hydarthrose, surtout lorsqu'elle sera double, intermittente, et coïncidera avec des épaisissements de la synoviale, des plaques fibreuses, un blindage de la séreuse, lorsque les mouvements seront peu gênés et que la pression ne réveillera pas de douleur sur l'interligne, il faudra songer à la syphilis héréditaire ou acquise. Un traitement approprié, l'iodure de potassium porté à la dose de 6 grammes par jour, suffira pour établir le diagnostic; la guérison prompte de l'arthropathie, la disparition de l'hydarthrose, viendront prouver qu'il s'agissait d'une manifestation de la vérole.

VII

CORPS MOBILES ARTICULAIRES

Peu d'affections présentent une plus abondante synonymie : Cruveilhier les nomme *corps étrangers organiques*; Samuel Cooper, *cartilages libres*; Velpeau, *cartilages mobiles*; Nélaton, *corps étrangers mobiles et flottants*; ce sont les *pierres articulaires* de A. Paré et les *arthrophytes* de Panas.

La première mention bien nette date de 1558 : elle est due à Ambroise Paré; sept ans après, Wagner, un médecin allemand, rencontra une « pierre articulaire » dans la jointure d'un bœuf; en 1691, Pechlin en enleva une dans un genou, et Monro, en 1726, trouva un corps flottant dans l'articulation fémoro-tibiale d'une femme pendue dont il faisait l'autopsie. Peu après, Morgagni, Simpson, d'Édimbourg, en citent de nouvelles observations. Depuis, les cas se sont multipliés et, parmi les travaux modernes, nous signalerons seulement la thèse de Morel-Lavallée, l'article de Panas dans le *Dictionnaire de Jaccoud*, et les recherches de Virchow consignées dans sa *Pathologie cellulaire*.

Anatomie pathologique. — Pathogénie. — On divise les corps mobiles en deux variétés : les arthrophytes *extra-articulaires* et les arthrophytes *intra-articulaires*. Les premiers sont de médiocre importance; ils naîtraient le plus souvent de la capsule et

se logent dans le tissu sous-synovial; parfois un pédicule assez long leur donne une certaine mobilité; on peut les déplacer légèrement; d'habitude ils sont peu gênants, pas douloureux, et ne nécessitent que d'une manière exceptionnelle une intervention chirurgicale. Mais ils pourraient, d'après Laennec, se coiffer de la synoviale, proéminer dans la séreuse et même y devenir libres; ils ne seraient que le premier degré des corps mobiles.

Les arthrophytes intra-articulaires ne flottent pas indistinctement dans toutes les jointures : on les rencontre surtout dans le genou, puis vient le coude et, très loin derrière ces deux séreuses, la synoviale de la hanche, du cou-de-pied, de l'épaule et de la mâchoire. D'ordinaire ils sont libres; mais ils peuvent être fixés aux parois de la cavité par un pédicule long ou court, unique ou double, grêle ou épais, faible ou résistant. Il n'est pas rare de les voir logés dans des aréoles de la séreuse, dans des cryptes qui font hernie à travers la capsule et s'avancent dans le tissu péri-articulaire.

Le nombre des arthrophytes contenus dans la jointure est variable; en général on n'en rencontre qu'un, mais il y en a parfois 2, 3, 4, et l'on cite une observation où la séreuse en renfermait jusqu'à 200; peut-être s'agit-il, dans ces cas, d'arthrite déformante. Leur volume est en sens inverse de leur nombre; ils sont presque aplatis, ovalaires, et rappellent une amande, une fève, un morceau de savon aminci par l'usage. Leur aspect dépend de la variété à laquelle ils appartiennent, car, sous le nom de corps étrangers mobiles, on a rassemblé des lésions fort disparates. Ne trouve-t-on pas, côte à côte, des concrétions articulaires déposées autour d'un corps étranger venu du dehors, d'une pointe d'aiguille par exemple, des esquilles osseuses, des lamelles de cartilage détachées, les unes et les autres, de l'épiphyse ou de sa couche de revêtement, des ecchondroses et des ostéophytes? enfin des franges synoviales hypertrophiées, parsemées de cellules cartilagineuses ou inscruées de sels calcaires? A vrai dire, chacune de ces formes est loin d'avoir la même fréquence.

Les concrétions intra-articulaires sont rares et ne doivent pas être rangées parmi les arthrophytes; il en existe quelques exemples authentiques, et Schaw, en 1855, retira du genou d'une servante une masse dure qui s'était stratifiée autour d'un tronçon d'aiguille. Les esquilles cartilagineuses, libres dans la synoviale, ne sauraient

être niées, et les observations de Vidal de Cassis, Gendrin, Tarnier et Malherbe sont d'une incontestable netteté. Mais, outre que ces faits sont exceptionnels, ils ne rentrent qu'indirectement dans la classe des corps étrangers véritables. Nous en dirons autant des débris de cartilage étudiés par Broca, et qui provenaient d'une nécrose partielle du revêtement diarthrodial.

Les arthrophytes proprement dits ne ressemblent guère à ces concrétions, à ces esquilles ou à ces séquestres. Il en existe deux variétés : les corps étrangers non organisés et les corps étrangers organisés : les premiers sont mous et ressemblent à du riz cuit, à certaines pâtes en forme de graines de courge, crevées dans le bouillon ; ils sont blanchâtres et friables ; le doigt les écrase facilement ; leur centre est parfois creusé d'une cavité. Hunter et plus tard Velpeau les faisaient naître des masses fibrineuses abandonnées dans la synoviale par un épanchement sanguin. Cette opinion tend à revivre, et beaucoup admettent qu'il s'agit là de strates de fibrine déposées à la surface de la séreuse enflammée ; ces fausses membranes sont détachées par les mouvements de la jointure, elles s'enroulent sur elles-mêmes et constituent ces graines arrondies et libres dans la cavité. Ils décèlent une synovite tuberculeuse et l'on a découvert des bacilles dans leur substance.

Les corps étrangers organisés naîtraient surtout du tissu fibreux capsulaire et sous-synovial, des franges de la séreuse, du périoste le plus voisin de la jointure, et enfin du cartilage diarthrodial. Cette dernière variété, admise par Virchow, est regardée par Panas comme rare ; il ne croit guère à cette ecchondrose devenue libre par rupture de son pédicule ; cependant il en serait ainsi quelquefois, et une masse hyaline, née du cartilage diarthrodial, un noyau fibreux dérivé de la capsule ou du tissu sous-séreux, une exostose émanée du périoste peuvent, selon la théorie de Laennec, refouler la synoviale et s'en coiffer, proéminer dans la cavité, s'y pédiculiser et s'y libérer de manière à devenir corps flottant.

Les corps mobiles articulaires naissent presque tous des franges de la synoviale. Ces franges sont constituées par un tissu conjonctif jeune, parsemé de rares cellules cartilagineuses et recouvert d'une couche épithéliale ; ces éléments prolifèrent et l'organe hyperplasié, à la fois cartilagineux et osseux, forme, dans la cavité synoviale, une tumeur saillante appendue à la paroi par un mince pédicule ; le

pédicule se rompt et le corps devient mobile. Cette pathogénie ne saurait être contestée et l'on a pu suivre, dans certaines jointures, tous les intermédiaires entre la frange normale et l'arthrophyte flottant. Ne voit-on pas, sur la plupart d'entre eux, une cicatrice déprimée, un hile qui marque le point d'attache primitif à la séreuse articulaire ?

Il semble démontré que ces proliférations exubérantes, qui se font aux dépens de tous les éléments constitutifs de l'articulation et qui ont pour résultat des arthrophytes, sont une manifestation de l'arthrite sèche. On constate souvent des altérations de la synoviale, une arthrite subaiguë qui se traduit par un épaississement de la séreuse, une arborisation vasculaire, un épanchement abondant de liquide. On a noté des lésions plus profondes, une érosion des cartilages, un élargissement de l'épiphyse, des stalactites, des ostéophytes osseux. Aussi dirons-nous avec Quénu : En résumé, les corps étrangers articulaires organisés sont, les uns d'origine traumatique, les autres d'origine spontanée : les premiers peuvent être formés d'un lambeau de synoviale, franges adipeuses, dont le pédicule se renfle, ou d'un morceau de ligament arraché, d'un éclat d'os ou de cartilage ; les seconds succèdent à l'arthrite sèche ou à un processus de séquestration.

Étiologie. — On ne sait à peu près rien sur les causes qui déterminent l'apparition des corps mobiles véritables, de ceux qui sont dus à l'hyperplasie des franges synoviales. On affirme qu'ils sont plus fréquents chez les hommes et chez les adultes ; on invoque certaines diathèses, entre autres la goutte et le rhumatisme. Mais n'a-t-on pas en vue les arthrophytes de l'arthrite déformante ? Nous avons parlé, au cours de notre description, des arthropathies syphilitiques, des corps mobiles provoqués par la vérole ; nous en avons signalé plusieurs observations : la guérison rapide obtenue par le traitement spécifique ne laisse pas le moindre doute sur l'origine de ces tumeurs.

Symptômes. — La période de formation de l'arthrophyte est insidieuse, et l'on trouve à peine quelques faits où soit notée un peu de gêne articulaire. Tout à coup, peut-être lorsque le pédicule du corps mobile se rompt, en tout cas à propos d'une migration, d'un changement de place du noyau flottant, le malade ressent une souffrance vive, aiguë, syncopale, dont le siège est une jointure, le coude

ou surtout le genou ; il est forcé de s'arrêter et tombe parfois. La douleur, imputable sans doute à la distension des ligaments, à une petite entorse bien plus qu'à un pincement de la synoviale, cède vite et tout rentre dans l'ordre jusqu'à ce qu'un nouvel accident, semblable au premier, se manifeste à la suite d'un faux pas ou d'un mouvement brusque.

Lorsqu'on examine l'articulation, il n'est pas rare de trouver un léger gonflement, une déformation due à une hydarthrose peu abondante. Une palpation attentive révèle l'existence d'un corps dur qui soulève la synoviale. Mais la moindre pression le fait fuir ; il se dérobe pour disparaître dans quelque cul-de-sac profond de la séreuse où le doigt ne le perçoit plus. Cette mobilité excessive lui a valu le nom de « souris articulaire ». Parfois il est difficile au chirurgien de retrouver l'arthrophyte, mais le patient sait donner à sa jointure la position favorable qui fixe le corps flottant en un point déterminé.

Dans certains cas, lorsque le pédicule n'est pas rompu, l'arthrophyte reste immobile ; il ne se meut du moins que dans de très étroites limites et on le trouve toujours à la même place. Dans d'autres, le lien qui le rattache à la séreuse est brisé, la mobilité est excessive, mais les déplacements les plus étendus ne provoquent aucune souffrance et le malade ne perçoit jamais la douleur aiguë, le pincement syncopal, caractéristiques de certains corps flottants. Parfois on constate, avec l'arthrophyte, tous les signes d'une arthrite sèche, sur laquelle nous ne voulons pas insister de nouveau.

Diagnostic. — Il est peu d'affections articulaires avec lesquelles on puisse confondre les arthrophytes : on a parlé de certains épaisissements de la synoviale signalés par Marjolin et Malgaigne et qu'on rencontre à la partie interne du genou. Ils se développent parfois au cours des hydarthroses, dans le tissu graisseux, au niveau de la réflexion de la séreuse sur l'os ; leur siège particulier, l'absence de douleur subite et de mobilité ne sauraient laisser de doute et écarteront l'idée d'un corps intra-articulaire ; il ne pourrait s'agir que d'un corps extra-articulaire et là n'en est pas la place habituelle.

Trouver l'arthrophyte n'est pas toujours facile ; il faut savoir le chercher : au genou, on le rencontre généralement en dedans ou en dehors, sur les côtés de la rotule ; au coude, près de l'olécrane ; à la mâchoire, près du conduit auditif. On s'occupe ensuite de déterminer

son volume, sa forme, le point où il se réfugie. Enfin on se rendra compte de sa nature et de son origine : est-il sous la dépendance d'une arthrite sèche ? — l'étendue des lésions, la multiplicité des jointures atteintes, la déformation des surfaces articulaires, permettront le diagnostic. Une arthropathie syphilitique doit-elle être incriminée ? — le tissu scléro-gommeux sous-synovial, l'hydarthrose concomitante, les altérations de l'épiphyse, des traces non douteuses de vérole en d'autres points, l'efficacité du traitement spécifique, lèveront tous les doutes.

Traitement. — On ne touche pas d'habitude aux corps extra-articulaires et nous ne parlerons ici que du traitement des arthrophytes. Les méthodes sont nombreuses ; on a obtenu quelques succès par l'immobilisation de la jointure et l'application d'un appareil compresseur ; celui de Gooch, sorte de genouillère matelassée qui maintient le corps flottant derrière le tendon du triceps et tend à le faire adhérer à la synoviale, aurait rendu quelques services. Richet fixait l'arthrophyte par un cercle annulaire muni de pointes, variables en nombre et en longueur, qu'on enfonce dans l'arthrophyte « emprisonné comme dans un grillage ». Mais ce procédé échoue souvent, outre qu'il n'est pas exempt de danger.

Nous en dirons autant de la méthode de Goyrand, d'Aix, bien qu'elle ait joui d'une longue faveur. Elle consiste à déloger l'arthrophyte de la séreuse par une incision sous-cutanée ; le corps mobile est refoulé dans le tissu péri-articulaire, où une loge est préparée par le ténotome. On laisse se cicatriser la plaie de la séreuse ; alors seulement on extrait l'arthrophyte, devenu ainsi extra-articulaire, et cette seconde partie de l'opération est innocente. Mais les statistiques publiées par Lamy et par Barwell sont loin d'être favorables : nous y voyons que, sur 79 interventions de ce genre, il y a 48 succès, 25 insuccès et 6 morts. Aussi, depuis la vulgarisation des pansements antiseptiques, a-t-on exclusivement recours à la taille articulaire.

Par une incision directe et large, on arrive sur le corps étranger, qu'on saisit et qu'on extirpe. On applique alors l'appareil ouaté de Guérin et la guérison survient sans complication et même sans raideur articulaire. Nous avons vu les succès obtenus par Verneuil ; nous avons lu les observations rapportées dans les recueils scientifiques : les résultats sont superbes. Ils le sont tout autant avec le Lister. Jalaguier a relevé 112 arthrotomies et il n'y trouve qu'un seul

cas mortel. Il étudie 104 de ces cas seulement, car 8 sont publiés avec des renseignements insuffisants, et voici ce qu'il constate : 89 fois la guérison a été parfaite sans aucune complication opératoire, 12 fois il y a eu de la suppuration articulaire. Quant aux résultats fonctionnels, 54 cas sont qualifiés simplement : guérison; il y a 55 résultats parfaits ou bons, 9 raideurs, 3 ankyloses. La récurrence a été observée; en effet, l'arthrite sèche, qui si souvent engendre les arthrophtes, persiste et provoque la formation de nouveaux corps flottants. C'est dire que l'intervention opératoire ne suffit pas et qu'il faudrait traiter aussi la maladie primitive de la jointure. Les massages, les douches, l'électrisation faradique sont indiqués; malheureusement leur action est bien limitée.

VIII

TUMEURS MALIGNES ARTICULAIRES

Les tumeurs malignes nées de la synoviale articulaire sont infiniment rares; certains auteurs affirment même qu'il n'en a pas été publié d'exemple authentique, et que si la jointure est atteinte, il s'agit toujours de néoplasmes primitivement développés dans les épiphyses. Aussi serons-nous bref sur l'histoire de ces tumeurs, sarcomateuses d'habitude, et dont l'étude a été faite avec les affections des os.

Nous répéterons seulement qu'on observe ces néoplasmes péri-articulaires, surtout au voisinage des grandes jointures : la hanche, le genou, le coude, le poignet; leur volume est souvent énorme, et la peau distendue, sillonnée de veines bleuâtres, recouvre une tumeur de consistance inégale, d'une dureté ligneuse en certains points, ramollie et fluctuante en d'autres. Dans les premières périodes, le diagnostic en est souvent délicat : on pourrait croire à une tumeur blanche, une ostéo-arthrite fongueuse. Les douleurs spontanées, souvent intenses, et qui persistent malgré le traitement, l'immobilité, la bonne attitude donnée au membre, sont des signes dont il faut tenir compte; mais le plus important est sans contredit l'absence de souffrance lorsqu'on imprime des mouvements à l'articulation; la jointure paraît libre, et sa mobilité normale n'est limitée que par les saillies du néoplasme.

On sait, en effet, que les cartilages diarthrodiaux opposent une

barrière longtemps efficace aux progrès du néoplasme et que la séreuse est respectée; cependant les masses morbides finissent par entrer dans la synoviale; les ligaments sont étirés ou détruits, et des subluxations, des déplacements complets ont été observés dans un certain nombre de cas. On a parlé d'un engorgement ganglionnaire, mais le fait est trop exceptionnel pour aider au diagnostic. Aussi redirons-nous que celui-ci est épineux; nous avons vu un malade dont la tumeur du genou fut examinée par deux de nos professeurs de clinique actuels : l'un tenait pour une tumeur blanche et l'autre pour un ostéosarcome; l'amputation pratiquée d'un commun accord montra le bien fondé de cette dernière opinion. L'amputation est, du reste, le seul traitement auquel on doive recourir lorsque la nature du mal est bien établie.

IX

ARTHROPATHIES HYSTÉRIQUES

Au cours de l'hystérie, les jointures sont parfois prises d'une affection singulière, souvent confondue avec le début d'une tumeur blanche : il y a des douleurs vives, de l'immobilité des surfaces, de la contracture musculaire, de la déformation, des attitudes vicieuses, et le mal dure des mois et même des années sans que l'impotence fonctionnelle s'atténue.

Ces arthropathies, étudiées par Brodie, Paget, Barwell, Robert, Verneuil, Charcot, Ollier, Esmarch, ne s'accompagneraient d'aucune altération matérielle des éléments de la jointure. Certains auteurs, cependant, ont signalé quelques lésions de la synoviale, du cartilage ou de l'épiphyse, lésions peu profondes et qui peut-être seraient secondaires : l'attitude vicieuse, l'immobilité auraient pour conséquence une nutrition imparfaite de l'article; en tout cas, ces désordres ne sauraient expliquer un trouble aussi grave des fonctions du membre.

La hanche, le genou sont les articulations les plus souvent atteintes; mais le poignet, le coude, l'épaule, le pied peuvent être pris. Tout à coup, plus rarement d'une manière graduelle, surviennent la douleur, la claudication; lorsqu'il s'agit du membre pelvien, les muscles en état « de vigilance » se contractent d'abord, et l'attitude vicieuse

s'accuse de plus en plus. En général, les pressions brusques sur la région malade, le heurt des surfaces articulaires ne provoquent aucune souffrance, tandis qu'un effleurement léger de la peau détermine parfois une douleur vive qui ne se limite pas à la jointure, mais s'étend assez loin sur la partie inférieure de l'abdomen, à la fesse, à la cuisse et même à la jambe. Cette hyperesthésie cutanée, qui s'exagère souvent si le malade suit attentivement l'examen auquel on le soumet, a reçu de Charcot le nom de « signe de Brodie ».

Le diagnostic serait malaisé si ces arthropathies se rencontraient ailleurs que chez les hystériques; mais on retrouvera les autres signes de ce mal, la sensation de boule, de clou, la douleur ovarienne, les plaques anesthésiques et hyperesthésiques, les crises nerveuses, l'irritabilité du caractère, la mobilité et la multiplicité des affections qui peuvent survenir. Et puis la marche de l'arthralgie est particulière : elle ne s'aggrave pas et parfois guérit tout à coup à la suite d'une frayeur, d'une chute, sans raison efficace. Nous avons été consulté un jour pour une jeune fille de dix-sept ans qui, depuis deux ans, était soignée pour une double « tumeur blanche » du genou. Notre diagnostic d'arthralgie hystérique se trouva confirmé un mois plus tard : la malade revint d'un de nos pèlerinages les plus en renom, subitement et absolument guérie.

X

DIFFORMITÉS ARTICULAIRES

On observe parfois, dans les jointures, des modifications permanentes qui altèrent leur forme et troublent leur fonction. Ces lésions peuvent survenir à la suite d'affections articulaires graves, — ce sont les *difformités acquises*; ou bien elles existent dès la vie intra-utérine et on les constate à la naissance, — ce sont les *difformités congénitales*.

1. — DIFFORMITÉS CONGÉNITALES

Les variétés en sont nombreuses, et l'on a décrit les *diastasis*, l'*ankylose*, l'*absence d'une surface articulaire* et les *luxations congénitales*. Nous n'étudierons pas ici les diastasis : on ne les rencontre

qu'au crâne et au niveau de la symphyse pubienne; c'est donc à propos des maladies des régions que l'histoire en sera tracée. L'ankylose est rare, bien qu'on en ait vu dans le tarse et dans le carpe; Philippe Boyer a trouvé, dans un cas, une fusion de toutes les surfaces articulaires de l'économie; presque toujours cette difformité s'accompagne d'anomalies graves. L'absence d'une extrémité articulaire est plus fréquente et les recueils scientifiques en relatent un certain nombre. Mais ces faits n'intéressent guère le chirurgien, impuissant pour les corriger. Nous ne nous occuperons ici que des luxations congénitales.

LUXATIONS CONGÉNITALES

On nomme ainsi les déplacements articulaires qui se produisent pendant la vie intra-utérine. — Certaines luxations survenues après la naissance sont considérées aussi comme congénitales, lorsqu'elles sont préparées par une malformation antérieure à l'accouchement.

Les luxations congénitales sont connues de toute antiquité : Hippocrate avait vu celle de la hanche et celle de l'articulation huméro-cubitale, nommée par lui « coude de belette ». Mais la question n'est mise sérieusement à l'étude que dans notre siècle, où paraissent les travaux de Dupuytren, de Delpech, de Sédillot, de Pravaz père et fils, de J. Guérin. Nous citerons encore la thèse de Robert sur les *Malformations congénitales*, la célèbre discussion en 1866 à la Société de chirurgie, les articles de Broca, de Verneuil, de Bouisson, de Chassaignac, de Trélat et de Valette.

Variétés. — Une classification est nécessaire, car on a confondu, sous le nom de luxations congénitales, des lésions articulaires qui doivent en être séparées.

Et, d'abord, rejetons le groupe des luxations *traumatiques* survenues au cours de l'accouchement et provoquées par des manœuvres maladroites. A. Paré et J.-L. Petit en ont signalé des exemples. Il est vrai que lorsque ces déplacements sont méconnus, ils peuvent en imposer plus tard, même à des chirurgiens instruits, et passer pour congénitaux; mais, pour excusable qu'elle soit, l'erreur n'en subsiste pas moins. Nous distrairons encore des luxations congénitales les déplacements articulaires étudiés par Verneuil, puis par Dally et par nous sous le nom de luxations *paralytiques*. Elles succè-