

et même devenir le point de départ d'une tumeur blanche. La rupture spontanée de la synoviale et l'infiltration du liquide dans le tissu cellulaire voisin sont très exceptionnelles.

Diagnostic. — Lorsque l'hydarthrose occupe une articulation superficielle, le diagnostic est aisé, mais il n'en est pas de même lorsque l'articulation est profonde.

Il est parfois difficile de distinguer une hydarthrose d'une tumeur blanche peu avancée, cependant les fongosités de la tumeur blanche ne peuvent donner lieu qu'à une fausse fluctuation, et encore ne sera-t-elle appréciable que dans un espace très restreint; elles donnent lieu à des douleurs, et la marche ultérieure de la maladie vient lever tous les doutes.

Quant à remonter aux causes de l'hydarthrose, c'est souvent très malaisé, d'autant mieux que l'hydarthrose a été observée non seulement sous l'influence du froid, du rhumatisme, du traumatisme, mais encore dans une foule d'autres circonstances (blennorrhagie, syphilis, fièvres infectieuses, affections nerveuses, surtout ataxie locomotrice), cette dernière a pour caractère spécial de se produire très rapidement, en 24 heures, et de s'accompagner d'un œdème dur de tout le membre.

Pronostic. — Il est assez sérieux, car la guérison complète d'une hydarthrose est chose rare; souvent elle laisse de la raideur dans la jointure, elle est de plus très sujette à récidiver; enfin l'hydarthrose peut se transformer, bien rarement, il est vrai, en tumeur blanche, en arthrite sèche; elle peut être liée à un corps étranger.

Traitement. — On peut recourir à un traitement général si l'hydarthrose est manifestement rhumatismale ou si le sujet est faible et lymphatique, toutefois il s'agit ici d'une affection essentiellement locale, et c'est directement qu'il faut l'attaquer.

On peut se servir de divers moyens, soit de la *compression*, pratiquée avec de la ouate fortement appliquée sur la jointure

ture par des bandes de flanelle ou avec la bande de caoutchouc, et de l'*immobilisation* avec des attelles plâtrées.

Soit des *révulsifs* tels que : badigeonnages à la teinture d'iode, larges vésicatoires volants fréquemment renouvelés, cautérisation ponctuée ou transcurrente pratiquée avec un fer rougi à blanc (cautère de Paquelin).

Il faut simultanément recourir aux trois moyens réunis : révulsifs, immobilisation et compression.

Les *ponctions capillaires* pratiquées avec un appareil aspirateur sont très à la mode; combinées avec la compression et les révulsifs, elles peuvent rendre service.

Actuellement on va plus loin, si les moyens précédents échouent, après avoir évacué le liquide par l'appareil aspirateur on lave la synoviale avec une solution phéniquée ou sublimée, puis on la comprime et on l'immobilise.

En cas d'insuccès on ouvre largement l'article (arthrotomie), on lave la synoviale avec les solutions phéniquée ou sublimée, puis on draine, on suture et on immobilise la jointure. De nombreux succès ont couronné ces tentatives dans lesquelles une antiseptie rigoureuse et une hémostase soignée sont indispensables.

D. — Corps étrangers organiques des articulations.

Arthrophtes.

On nomme ainsi des produits pathologiques, en général osseux ou cartilagineux, se formant dans les articulations.

Pathogénie. — Les corps étrangers articulaires se rencontrent presque exclusivement chez les adultes, surtout chez les hommes : plusieurs opinions ont été émises sur leur nature :

1^{re} Opinion. — Hunter et Velpeau les croyaient formés *aux dépens du sang épanché dans l'articulation*; on ne saurait admettre de nos jours l'organisation fibro-cartilagineuse d'un caillot; cependant, lorsqu'à la suite d'un traumatisme un épanchement sanguin s'est effectué dans une jointure, la fibrine du caillot peut persister indéfiniment et constituer un corps étranger, mais c'est un fait bien exceptionnel.

2^e *Opinion*. — Pour Laennec, Virchow, etc., les corps étrangers sont le résultat d'une *hypergenèse des tissus extra-synoviaux, os, périoste, cartilage* ; sous une influence inconnue, on voit s'élever de ces divers tissus des végétations qui refoulent la synoviale, s'en coiffent, se pédiculisent, se fragmentent et tombent dans la cavité synoviale.

3^e *Opinion*. — Les corps étrangers seraient le résultat de l'*hypertrophie et de la transformation fibro-cartilagineuse des petites papilles* ou franges qui hérissent la surface profonde des synoviales. C'est l'opinion la plus acceptée.

4^e *Opinion*. — Ce seraient des *fragments osseux ou cartilagineux* séparés par une violence quelconque, et devenus libres dans la jointure.

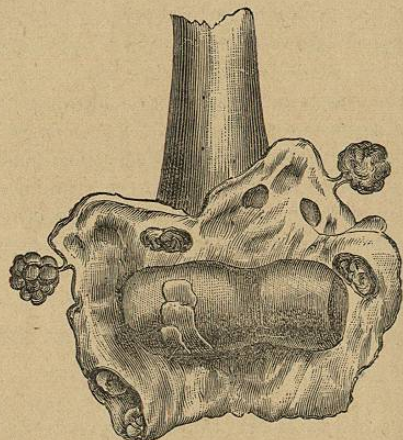


Fig. 60. — Corps étrangers de l'articulation du coude.

ture ; ces fragmentations ont été surtout observées dans les cas d'arthrite sèche.

Il est probable que la pathogénie des corps étrangers est multiple.

Anatomie pathologique. — Les corps étrangers ont été surtout observés au genou et au coude ; leur nombre est très variable ; ils sont en général multiples, on en a rencontré plus de soixante chez le même individu¹ ; leur volume offre

1. Un grand nombre de corps étrangers passent inaperçus pendant la vie : ainsi il

tout autant de variétés : parfois très petits, ils peuvent atteindre, dans d'autres cas, les dimensions d'une amande, ils en ont souvent la *forme*, leur surface est lisse, polie comme celle des galets roulés par la mer ; souvent *libres*, ils sont parfois adhérents par un pédicule ; leur *consistance* est très variable, molle comme la fibrine, élastique comme le cartilage, dure comme l'os ; leur *situation* n'est pas toujours la même, les uns



Fig. 61. — Corps étranger fibreux, pédiculé, de la cavité cotyloïde. (FOUCHER)

sont extra-articulaires, d'autres sont placés dans la synoviale, d'autres enfin font une saillie à peu près égale au dedans et au dehors de la synoviale ; leur *texture* prouve la diversité de leur origine ; les uns sont purement osseux et se rattachent à l'arthrite sèche, d'autres sont fibro-cartilagineux, ou à la fois

est rare, en clinique, d'en trouver plus de deux à trois dans la même jointure, tandis qu'il est ordinaire d'en trouver un grand nombre à l'autopsie.

osseux et cartilagineux, très rarement ils sont constitués par du tissu fibreux ou par de la fibrine. Parfois ils ressemblent aux grains hordéiformes des synovites.

L'articulation occupée par le corps étranger présente souvent quelques lésions : tantôt c'est une hydarthrose, tantôt ce sont les rugosités et la sécheresse de l'arthrite sèche.

Symptômes. — *Début.* — La présence des corps étrangers ne se révèle pas toujours de la même manière, parfois ils s'annoncent tout à coup par une *douleur subite*, dans quelques cas la *jointure se gonfle* peu à peu, dans d'autres le malade présente les symptômes de l'arthrite sèche ; mais dans ce cas, la présence d'un ou de plusieurs corps étrangers dans la jointure n'est qu'un épiphénomène peu important de la maladie principale.

Quoi qu'il en soit, lorsqu'un corps étranger appelle l'attention sur son existence, il est caractérisé par : 1° des douleurs ; 2° des désordres dans les fonctions de la jointure ; 3° de l'hydarthrose ; 4° par la constatation du corps étranger lui-même.

1° *Douleurs.* — Les douleurs liées à la présence d'un corps étranger peuvent présenter de nombreuses variétés, mais il en est une qui leur est spéciale, c'est une *douleur subite et souvent fort vive, se produisant à l'occasion d'un mouvement, souvent pendant la marche.* Elle a été attribuée à l'interposition du corps étranger entre les surfaces articulaires (opinion peu acceptable, si l'on songe à la juxtaposition parfaite de ces surfaces), à la compression ou au pincement de la synoviale (Richet).

Hâtons-nous d'ajouter qu'un grand nombre de corps étrangers ne constituent qu'une légère incommodité et peuvent ainsi passer inaperçus.

2° *Troubles fonctionnels.* — Les mouvements de la jointure peuvent conserver toute leur liberté, être gênés ou même brusquement arrêtés ; ce dernier fait, assez rare, doit être attribué, soit à la douleur, soit à l'interposition du corps étranger entre les surfaces articulaires.

3° L'hydarthrose accompagne assez fréquemment les corps étrangers.

4° *La constatation du corps étranger.* — En explorant le pourtour de la jointure, surtout dans les points où la synoviale est presque sous-cutanée (au genou les parties latérales, surtout le côté interne, au coude les côtés de l'olécrâne), on parvient souvent à distinguer une ou plusieurs *petites tumeurs dures, arrondies, glissant sous le doigt avec une grande facilité* si le corps étranger est libre et renfermé dans la synoviale, car les corps extra-articulaires ou pédiculisés sont bien moins mobiles. Souvent le malade connaît la position qu'il faut donner à la jointure pour rendre le corps étranger plus appréciable.

Le diagnostic s'établira grâce aux symptômes que nous venons d'exposer, mais si l'on ne parvient à constater, par la palpation, la présence du corps étranger, le diagnostic restera incertain.

Pronostic. — Très variable, certains corps étrangers n'entraînent aucun accident et peuvent même passer inaperçus (c'est fréquent pour les corps extra-articulaires) ; d'autres, par les douleurs et les poussées inflammatoires qu'ils occasionnent, peuvent compromettre la jointure (c'est ce qui arrive toujours au genou).

Traitement. — Les corps étrangers extra-articulaires réclament bien rarement une intervention chirurgicale.

Les corps intra-articulaires sont dans le même cas, lorsqu'ils ne déterminent ni douleurs vives, ni gêne dans les fonctions du membre ; mais lorsqu'ils compromettent l'articulation, il faut proposer l'intervention.

Lorsqu'on s'est décidé à agir, on a le choix entre deux méthodes.

1° *Fixer le corps étranger dans un point de la jointure.* — On a, en effet, remarqué que du moment où il perdait sa mobilité, il cessait d'être douloureux. Pour atteindre ce but, on a eu recours à la compression pratiquée avec des agglutinatifs, des genouillères, etc. Blandin embrochait le corps

étranger avec une forte épingle qui traversait en même temps la peau et la synoviale ; cette épingle, laissée cinq jours en place, crée des adhérences suffisantes pour immobiliser les corps étrangers : on a également cherché à les broyer.

2° *Extraction des corps étrangers.* — Lorsque le corps étranger est douloureux, gêne les mouvements, il faut l'extraire. L'ouverture de la jointure réclame une asepsie aussi rigoureuse qu'une laparotomie. La région à opérer sera savonnée plusieurs jours à l'avance, recouverte d'un pansement boriqué 24 heures avant l'opération, etc...



Fig. 62. — Anneau de Richet pour fixer les corps étrangers articulaires.

Le corps étranger reconnu, le malade endormi, on incise en n'ouvrant la synoviale qu'après l'hémostase parfaite des parties molles extra-articulaires, le corps étranger mis à découvert, il est extrait plus ou moins aisément. L'extirpation faite, les uns suturent la synoviale et la peau, d'autres drainent, ce qui est prudent dans le cas d'hydarthrose abondante.

Pansement ouaté et gouttière plâtrée.

La guérison opératoire n'est pas toujours suivie du retour au fonctionnement normal de la jointure.

Nous nous bornons à signaler la méthode de Goyrand qui extirpait les corps étrangers en deux temps ; dans le premier il refoulait le corps dans le tissu cellulaire, puis lorsqu'il avait lieu de croire à la cicatrisation de la synoviale, il enlevait le corps étranger logé dans les parties molles. L'asepsie a fait abandonner ce procédé.

ARTICLE II

LÉSIONS TRAUMATIQUES DES ARTICULATIONS

1. — ENTORSE (*intorquere*, tordre).

On donne le nom d'entorse à l'ensemble des phénomènes produits par les mouvements forcés des articulations en tant qu'ils n'ont déterminé ni luxation, ni fracture.

Étiologie. — Les articulations très serrées, comme les ginglymes, sont bien plus exposées aux entorses que les articulations très lâches comme les énarthroses.

En effet, le peu de mouvements des ginglymes expose leurs ligaments et leur synoviale à se tendre, à se déchirer sous l'influence de causes qui, sur une diarthrose, n'eussent point déterminé un effet extra-physiologique.

De toutes les articulations, celle du cou-de-pied y est plus spécialement prédisposée, aussi sert-elle de type à la description de l'entorse ; contrairement à l'opinion générale, l'entorse du pied est presque aussi fréquente dans l'articulation médio-tarsienne que dans l'articulation tibio-tarsienne. Rappelons d'ailleurs que le coude, le genou, le poignet, les vertèbres, que toutes les jointures, en un mot, peuvent être atteintes d'entorse¹.

Les causes de l'entorse sont tous les mouvements forcés ; flexion exagérée du genou, du poignet, rotation des vertèbres, renversement du pied : ce renversement est bien plus fréquent en dehors qu'en dedans, en raison de l'obliquité en bas et en dehors que présente la face supérieure de l'astragale.

Une première entorse prédispose à de nouvelles.

L'entorse est rare chez les enfants, en raison de la souplesse de leur appareil ligamenteux. Chez eux le traumatisme détermine des désordres un peu au-dessus de la jointure, dans la

1. On a voulu établir des variétés suivant le sens dans lequel se fait l'entorse (entorse antérieure, postérieure, interne, externe) ; ce sont là des distinctions théoriques inutiles en clinique.