

On observe dans l'aisselle des kystes sébacés, des lipomes, etc., qui ne diffèrent pas de ceux des autres régions.

L'artère axillaire peut être affectée d'anévrysmes spontanés. La compression digitale étant à peu près impossible, on aurait recours d'abord aux injections coagulantes ou à l'électrolyse, et en fin de compte à la ligature de la sous-clavière en dehors des scalènes.

CHAPITRE II

AFFECTIONS CHIRURGICALES DU BRAS.

Toute affection du membre supérieur située entre l'articulation de l'épaule et celle du coude appartient au bras.

Les *plaies du bras* ne présentent rien qui demande une description particulière. Si la blessure occupait la face interne, il se pourrait que l'artère humérale fût intéressée, d'où la nécessité de lier les deux bouts dans la plaie.

Dans le cas où le nerf médian serait en même temps sectionné, on pratiquerait la réunion immédiate des deux bouts en suivant les règles que j'indiquerai en étudiant le poignet, région où ce genre de plaie est assez commun.

Je n'ai rien à dire des contusions du bras, si ce n'est que le choc peut porter directement sur le nerf radial et déterminer une paralysie de ce nerf. Je m'occuperai plus loin de cet accident comme complication des fractures.

Le bras est l'une des régions où l'on observe le plus souvent les ruptures musculaires, et celles-ci portent sur le corps du muscle biceps. On reconnaît l'affection à l'existence d'une saillie assez volumineuse, lisse, arrondie, se durcissant et subissant un mouvement de locomotion lorsque le muscle se contracte. Au-dessous de la saillie existe une dépression. Cette lésion pourrait être confondue avec une hernie musculaire, mais on la distinguera en ce qu'il est possible de placer le doigt entre les deux bouts écartés du muscle. Je ne vois aucun traitement rationnel à opposer à cette blessure.

On rencontre au bras des phlegmons, des abcès, qui ne diffèrent pas de ceux des autres régions.

L'humérus peut être atteint d'ostéite, de carie, de nécrose ; je

me contente de rappeler que, si l'on veut nettoyer un foyer de carie, ou bien extraire un séquestre, c'est sur la face externe du bras que devra porter l'incision ; en pénétrant entre le biceps et le brachial antérieur, on évitera la rencontre des organes principaux du membre.

Les lésions organiques du bras s'observent rarement et ne présentent d'ailleurs aucun caractère spécial. En présence d'un anévrysmes de l'humérale, on aurait d'abord recours à la compression digitale sur l'axillaire. En cas d'échec, il faudrait recourir aux injections coagulantes ou à l'électrolyse, et enfin à la ligature. Celle-ci devrait porter sur l'axillaire, mais, pour éviter plus sûrement le retour du sang dans la poche, il serait bon de placer également une ligature au-dessous d'elle.

Ce serait aussi la conduite à tenir dans le cas d'anévrysmes artérioso-veineux : ligature au-dessus et au-dessous de l'orifice de communication de l'artère avec la veine. L'intervention n'est d'ailleurs pas toujours utile, si la lésion se borne à une simple phlébartérie.

Lorsque, pour une cause quelconque, vous pratiquerez l'hémostase sur l'artère humérale, rappelez-vous que celle-ci présente souvent une bifurcation prématurée dans l'aisselle et qu'il existe alors au bras deux artères humérales.

Fractures du bras. — Ce que la chirurgie du bras présente de spécial se rapporte presque exclusivement aux *fractures de l'humérus*.

Les fractures du bras sont très fréquentes, et reconnaissent presque toujours comme cause un choc direct. Elles peuvent cependant se produire par contraction musculaire, dans une lutte, par exemple, entre deux individus qui essayent leurs forces respectives. Il suffit parfois du moindre effort musculaire pour produire la fracture : ainsi chez une femme l'accident se produisit pendant un mouvement du bras en arrière pour relever la robe : mais c'est qu'alors l'os était préalablement altéré par un dépôt de tissu cancéreux ou sarcomateux. Cette fracture rentre dans le cadre des fractures spontanées, comme celle qui se produit à peu près constamment à une certaine période de l'évolution du sarcome de la tête humérale dont j'ai parlé plus haut.

Le diagnostic d'une fracture du bras est en général si facile qu'il saute aux yeux, et les malades vous disent eux-mêmes : J'ai le bras cassé. Il n'en est cependant pas toujours ainsi.

Il faut d'abord faire une exception pour les enfants. Il est de règle en effet chez eux que la fracture est sous-périostique, aussi peut-elle facilement passer inaperçue, surtout s'il s'agit d'un tout petit enfant incapable de fournir aucun renseignement. Le périoste est si résistant à cet âge de la vie qu'il fournit une gaine suffisante pour maintenir les fragments en place : donc il n'y a pas de déformation appréciable. L'enfant souffre, pleure et ne peut remuer son petit bras. C'est à vous d'explorer attentivement les divers segments du membre et de rapporter la douleur à son véritable siège, ce qui n'est pas toujours facile. Est-ce la clavicule, le coude, le poignet ou le bras ? Souvent même les parents ne peuvent le dire, car, le moindre mouvement réveillant la douleur, on n'en peut saisir le point de départ. Laissez donc le bras de l'enfant immobile et explorez chacune de ses parties à l'aide d'une douce pression, et vous arriverez à déterminer le point douloureux.

Fixez alors l'épaule d'une main et, saisissant le coude de l'autre, portez le bras dans l'abduction, vous constaterez l'existence d'un mouvement anormal sur le trajet de l'os ; c'est à peu près le seul signe, mais il est suffisant pour affirmer la fracture. Ne comptez pas sur la crépitation, qui fait souvent défaut.

Le bras de l'enfant est si court que vous pourriez confondre la mobilité anormale avec celle qui se passe dans l'articulation de l'épaule, aussi fixez cette dernière solidement.

Le traitement est des plus simples : j'emploie ordinairement de l'ouate appliquée sur la peau, une lame de carton mouillé qui forme gouttière et une bande.

J'ai déjà dit, à propos des fractures de la tête humérale, que la fracture du corps de l'os pouvait occuper le tiers moyen, le tiers supérieur et le tiers inférieur. S'il est très facile de reconnaître la première, il ne l'est pas toujours autant pour les deux autres.

La fracture du tiers moyen de l'humérus sert en quelque sorte de type à la description des fractures en général, c'est-à-dire que tous les signes s'y rencontrent : déformation considérable du membre qui s'accroît et se modifie lorsque le malade contracte ses muscles ; crépitation bruyante, à moins que les fragments ne chevauchent fortement l'un sur l'autre, mais vous avez alors un raccourcissement considérable du bras qui est comme tassé et ramené vers l'épaule ; mobilité anormale. Cette mobilité est si pro-

noncée que vous la voyez se produire rien qu'en touchant le malade ou si vous lui dites d'essayer de soulever le bras. Le meilleur moyen de la produire sans occasionner de douleur est de passer la main à plat sous le membre et de le soulever légèrement : le bras s'incurve aussitôt au niveau de la fracture, dont les fragments font un angle saillant sous la peau.

La simple inspection du membre et cette recherche de la mobilité anormale suffisant pour reconnaître la fracture, ne vous livrez pas à d'autres manœuvres plus violentes, dans le but, par exemple, d'obtenir la crépitation, ce qui n'a d'autre résultat que de faire souffrir le malade.

La fracture du tiers supérieur se présente avec des signes moins accusés que ceux de la précédente. D'abord le foyer de la fracture est recouvert par le muscle deltoïde, dont l'épaisseur est parfois très considérable, surtout chez les travailleurs, et ce sont eux qui sont le plus souvent blessés. La déformation est donc moins accusée. Par la même raison, l'exploration directe est beaucoup moins facile et, supposez qu'il survienne en plus un épanchement sanguin volumineux, elle devient à peu près impossible. Le fragment supérieur étant très court et rapproché de la jointure, il peut y avoir incertitude pour savoir si les mouvements se passent dans l'articulation ou dans la fracture. Enfin, si les fragments s'abandonnent, ce qui est la règle, et que le fragment inférieur se porte en dedans vers l'aisselle, ce qui est encore la règle, le blessé présente quelques signes pouvant en imposer pour une luxation de l'épaule.

Il est donc nécessaire que le praticien apporte tous ses soins au diagnostic de cette variété de fracture. Je pense toutefois qu'on y peut arriver, assez facilement même dans la grande majorité des cas, à l'aide des signes suivants.

Votre premier soin doit être d'éliminer la luxation. Or il n'existe en réalité que deux signes pouvant faire confondre cette lésion avec une fracture du tiers supérieur de l'humérus : c'est une certaine déformation du moignon de l'épaule et une saillie anormale dans l'aisselle. Mais en analysant de près cette déformation, on voit qu'elle est loin d'être identique dans les deux cas. Dans la luxation, la peau se réfléchit presque à angle droit sur l'acromion ; dans la fracture, elle décrit une courbe régulière à ce niveau. La dépression du moignon de l'épaule dans la luxation est immédia-

tement sous-acromiale, on peut en quelque sorte saisir cette apophyse entre les doigts; dans la fracture, la dépression siège plus bas, et l'on ne sent pas la saillie de l'acromion. Ayez toujours bien soin, pour étudier ces signes, de comparer entre elles les deux épaules. En portant le membre dans l'abduction, vous exagerez la dépression sous-acromiale, s'il s'agit d'une luxation; aucun effet de ce genre ne se produit dans la fracture.

Quant à la saillie dans l'aisselle, signe à mon avis beaucoup moins important que la déformation du moignon de l'épaule, de deux choses l'une: on la sent très nettement, ou on ne la sent pas bien. Dans le premier cas, on ne peut confondre la tête arrondie de l'humérus avec un fragment anguleux d'un plus petit volume; dans le second, ce signe n'a pas de valeur.

Mais je suppose que par suite d'un gonflement considérable ou d'une surcharge graisseuse vous ne puissiez établir des caractères différentiels suffisants en vous basant sur ces deux signes, vous avez pour la luxation l'écartement du coude du tronc et le changement de direction dans l'axe du bras. J'ajoute qu'il vous sera également souvent possible de constater des signes positifs de fracture, c'est-à-dire la mobilité anormale et la crépitation, en imprimant au membre des mouvements de rotation et d'abduction, l'épaule étant bien fixée. Dupuytren attachait une grande importance au signe suivant: s'il s'agit d'une fracture, vous corrigez assez facilement la déformation de l'épaule, mais après quelques heures vous constatez qu'elle s'est reproduite, ce qui n'a pas lieu dans la luxation.

Il existe sans nul doute des cas dans lesquels le diagnostic différentiel est difficile, surtout lorsque la fracture siège très près de l'articulation, mais je n'en ai pas encore rencontré où il ait été impossible.

La *fracture du tiers inférieur de l'humérus* ne diffère sensiblement de celle du tiers moyen qu'à mesure qu'elle se rapproche de l'interligne articulaire du coude. Située très bas en effet, elle pourrait être confondue avec une luxation du coude, surtout une luxation en arrière. J'insisterai dans le chapitre suivant sur le diagnostic différentiel entre ces deux affections. Je ferai seulement remarquer ici que dans la fracture le rapport entre la pointe de l'olécrâne et les tubérosités humérales n'a pas varié, et que les mouvements de l'articulation sont libres.

Le traitement des fractures du corps de l'humérus est en général facile. S'il existait une fracture compliquée, c'est-à-dire dont le foyer communiquât avec l'air extérieur par une plaie petite, comportez-vous comme dans une fracture simple après avoir lavé et obturé l'orifice cutané. En cas de large plaie avec esquilles, dans les fractures par armes à feu en particulier, nettoyez le foyer de la fracture, enlevez les débris de projectile, les pièces de vêtement, etc., les esquilles; réséquez au besoin l'extrémité des fragments et immobilisez le membre. Si les désordres étaient trop considérables, si les éléments de nutrition et d'innervation du membre étaient détruits, l'amputation immédiate deviendrait la seule ressource.

Pour réduire la fracture, il suffit en général d'exercer une légère extension sur le fragment inférieur, mais le déplacement se reproduit à la moindre contraction musculaire. Il faut donc contenir la fracture après l'avoir réduite. Cependant, lorsqu'il y a peu de déplacement, il m'est arrivé souvent de maintenir le bras dans une gouttière en fil de fer pendant une quinzaine de jours et d'appliquer ensuite un appareil silicaté, afin de permettre la marche.

Très souvent aussi j'ai employé l'appareil de Scultet, en appliquant autour du membre quatre attelles au lieu de trois, comme on le fait à la jambe ou à la cuisse. Je dirai même que c'est la seule de toutes les fractures pour laquelle je me sers encore quelquefois de l'appareil de Scultet. La plupart des chirurgiens ont aujourd'hui recours à la gouttière plâtrée, qui nous rend de si grands services dans les fractures de jambe, mais elle est ici d'une application beaucoup plus difficile, surtout lorsque la fracture siège haut. L'épaule fournit un mauvais point d'appui et le fragment supérieur est si court qu'on a peine à le maintenir. Le meilleur mode d'application de l'appareil plâtré est sans contredit celui de M. le Dr Hennequin. Les attelles plâtrées sont appliquées sur le membre mis dans la rectitude complète par l'extension continue. L'appareil saisit le bras, le coude et l'épaule, dans cette attitude, se dessèche rapidement et immobilise les fragments dans une bonne position (1).

(1) Voici d'ailleurs en détail le mode d'application de l'appareil de M. Hennequin. J'en dois la description à M. le Dr Hamonic.

1^o Position du malade.

On le fait asseoir sur une chaise, on fait passer sous son aisselle du côté malade

La fracture du bras expose le blessé à deux accidents consécutifs qu'il est rare de rencontrer dans les autres régions : la *pseudarthrose* et l'*enclavement du nerf radial* dans le cal.

le plein d'une bande dont on fixe les extrémités à un crochet planté au plafond, ou plus simplement à l'hôpital à une tige de bois, un manche de balai placé sur les tringles supérieures de deux lits voisins. Il faut que l'anse de la bande ainsi disposée soulève autant que possible l'aisselle sous laquelle elle passe.

2° Extension du bras.

On place l'avant-bras à angle droit sur le bras, au moyen d'une bande qui joue le rôle d'écharpe, qui passe sous le poignet et dont on noue les deux chefs derrière la nuque.

On prend alors une bande de 40 centimètres de largeur environ, on en place la partie moyenne sur la face antérieure de l'extrémité inférieure du bras, on conduit les deux chefs en arrière, puis on les ramène en avant après les avoir croisés.

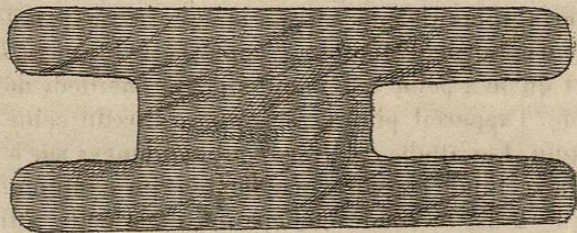
On les croise de nouveau, et les portant du plan horizontal dans le plan vertical, on les conduit sur la face inférieure de l'extrémité supérieure de l'avant-bras fléchi à angle droit. On noue les extrémités de la bande à une certaine distance du coude, de façon qu'entre celui-ci et la bande il existe un espace de 6 ou 7 centimètres, et on fixe à cette sorte d'étrier un poids de 4 kilogrammes environ. Le malade souffre pendant un moment. Pour calmer la douleur on n'a qu'à soutenir le poids, et on ne l'abandonne que peu à peu à lui-même. Telle est la position du malade. Le poids fait l'extension, la bande axillaire fait la contre-extension, et la réduction s'opère d'elle-même pendant qu'on prépare les pièces de l'appareil.

Il est bon de placer, pour éviter la compression, entre l'aisselle et la bande qui passe au-dessous, une couche d'ouate. Il est d'usage pour cela de placer la couche d'ouate entre les deux feuillets d'une compresse repliée sur elle-même. On forme ainsi un petit coussin qui, placé sous l'aisselle, reçoit la bande de la contre-extension dans la rainure qui résulte de l'adossement du coussin à lui-même, par le fait du rapprochement du bras avec le tronc.

Cette position est quelquefois pénible pour le malade, qu'il faut surveiller.

3° Préparation des pièces.

On prend une large pièce de tarlatane de 18 ou 20 doubles de 20 ou 22 centimètres de largeur et à l'aide d'un crayon on fait le tracé suivant :



La partie indiquée par les hachures restera pleine, on enlèvera à l'aide des ciseaux la partie restée blanche, de manière à avoir une portion moyenne qui, repliée, formera gouttière, et qui est terminée par deux chefs petits ou supérieurs et deux chefs longs ou inférieurs.

La longueur de ces chefs doit varier suivant les individus, et il est bon avant de faire le tracé d'avoir par des mesures exactes déterminé cette longueur.

En moyenne les chefs supérieurs doivent avoir 25 centimètres; 35 ou 40 sont

Pourquoi une pseudarthrose succède-t-elle aux fractures de l'humérus plus souvent qu'aux autres fractures? Il est bien difficile d'en trouver la cause; on a invoqué le mode d'attache du muscle brachial antérieur et l'interposition entre les fragments d'un faisceau de ce muscle; ce mécanisme est assez rationnel, et cependant une disposition analogue se rencontre à la cuisse, où la pseudarthrose est très rare. On a invoqué aussi la difficulté de bien maintenir les fragments en place, c'est encore possible. Quoi qu'il en soit, une pseudarthrose succède parfois aux fractures de l'humérus sans que l'on sache bien pourquoi, et le praticien doit en être prévenu, car on ne manque pas de l'en rendre responsable.

Il ne faut pas d'ailleurs se hâter de déclarer qu'un membre est atteint de pseudarthrose et confondre cet accident avec un retard

nécessaires aux inférieurs. Mais, je le répète, ces dimensions n'ont rien d'absolu

Il est bon de suturer rapidement les bords de l'appareil pour que le parallélisme des doubles qui le constituent ne se détruise pas.

Cela fait, on prépare du plâtre qu'on gâche comme d'habitude, on met moitié plâtre et moitié eau, et on en imbibe exactement l'appareil, qu'on exprime ensuite le mieux possible. On efface les plis produits par cette manœuvre, on le lisse et on l'applique.

4° Application de l'appareil.

On insinue entre le corps et le bras la partie pleine de l'appareil, qui doit avoir la même longueur que le bras. Il faut que la ligne courbe qui forme sa limite supérieure se place sous l'aisselle, tandis que la ligne courbe qui en constitue la limite inférieure doit correspondre au coude et se trouver un peu au-dessus de l'olécrâne.

Le plein de la tarlatane doit donc former au bras une gouttière interne qui embrasse la moitié ou un peu plus de sa circonférence. Cela fait, les petits chefs de l'appareil sont ramenés et croisés sur l'épaule. Les grands chefs ou chefs inférieurs sont croisés sur la face inféro-externe de l'avant-bras, puis ramenés sur sa face antéro-interne et croisés de nouveau. On peut, si l'on veut, les ramener encore en arrière autour du poignet. Inutile de dire que l'avant-bras fléchi doit être en supination.

Pour éviter la compression des vaisseaux au niveau du coude, M. Hennequin place au-dessous du chef inférieur, qui passe au devant de la partie supérieure de l'avant-bras, et qui la croise à angle aigu, un petit tampon d'ouate allongé suivant l'axe de l'avant-bras.

L'appareil appliqué et maintenu par des aides, on le fixe au moyen d'une bande sèche fortement serrée et on laisse sécher.

On enlève ensuite cette dernière, et on coupe avec des ciseaux la bande qui maintenait l'aisselle et celle qui maintenait les poids, laissant inclus dans l'appareil tout ce qu'on ne peut couper de ces bandes avec les ciseaux.

Une bonne écharpe complète l'appareil, et le malade peut se lever et marcher.

Si la gouttière de l'appareil s'écarte des tissus, ceux-ci se dégouffant, on peut insinuer de l'ouate, et même rapprocher les bords de la gouttière à l'aide d'une bande de diachylon circulaire, comme dans l'appareil de Maisonneuve, et séparée de la peau par du taffetas gommé.

de consolidation. Maintenez un appareil pendant un an, s'il le faut; si, après ce temps, les fragments sont mobiles comme au premier jour, plus mobiles même; s'il n'y a pas trace de cal autour des fragments; si l'extrémité de ceux-ci est lisse et comme arrondie, il faut bien se rendre à l'évidence: la pseudarthrose existe.

Le bras est alors frappé d'impuissance et les muscles sont en général très atrophiés.

Je pense qu'il n'y a qu'une seule conduite à tenir dans ce cas: mettre à nu les deux fragments, les aviver par une résection et les maintenir réunis par un point de suture métallique. Le bras est ensuite immobilisé comme pour une fracture récente. Cette opération est simple, facile et absolument exempte de danger.

Dans un cas où la pseudarthrose datait de plusieurs années, j'obtins à l'aide de la suture osseuse un résultat complet. Les deux fragments étaient tenus écartés l'un de l'autre par une bride très résistante, évidemment musculaire, qu'il me fallut diviser pour obtenir le rapprochement, ce qui serait en faveur de la cause par interposition musculaire.

Réduisez donc bien exactement la fracture, c'est sans doute le meilleur moyen d'éviter la pseudarthrose, et sous ce rapport l'extension continue de M. Hennequin me paraît devoir mettre à l'abri de cet accident.

Au moment où le nerf radial passe de la face interne à la face externe du bras, il contourne l'humérus dans la gouttière dite de torsion et se trouve immédiatement en contact avec l'os. Il n'est donc pas surprenant que, si la fracture siège à ce niveau, le nerf se trouve emprisonné et comprimé dans le cal. Toutefois cet accident est relativement rare. On en est averti par la paralysie du radial, qui apparaît peu à peu et augmente à mesure que la consolidation avance et devient complète.

Cette marche progressive de la paralysie, et surtout son apparition à une époque déjà lointaine de l'accident primitif, vous permet d'affirmer qu'il ne s'agit pas d'une contusion ou d'une déchirure du nerf par la cause vulnérante.

La guérison ne sera obtenue que par une opération consistant à dégager le nerf de son enveloppe osseuse. Voici le procédé que je conseille et que j'employai avec succès dans le cas qui m'est personnel.

Commencez par découvrir le nerf au-dessous du cal en pratiquant une incision au niveau de l'interstice qui sépare le long supinateur du brachial antérieur; suivez-le jusqu'à son entrée dans le cal. Attaquez alors ce dernier avec précaution à l'aide de la gouge et du maillet, et transformez ainsi en une gouttière le tunnel que parcourt le nerf. Soulevez celui-ci avec ménagement, car il est aminci et altéré dans sa texture; enlevez pour plus de précaution les bords saillants de la gouttière, afin d'éviter un nouvel enclavement.

Il ne faut pas s'attendre à voir reparaitre tout de suite les fonctions du nerf ordinairement atteint de névrite et soumis à un travail de dégénération, mais elles reviennent à la longue. Il est bon pendant ce temps d'électriser les muscles de l'avant-bras.

En terminant ce chapitre, je dois indiquer comment il convient de procéder à l'*amputation du bras*.

S'il s'agit d'une amputation traumatique, souvent vous n'avez pas le choix du procédé: il faut prendre le lambeau là où existe la peau; toutefois le meilleur est le lambeau externe.

S'il s'agit d'une amputation pathologique, toutes les méthodes sont possibles. D'une façon générale, les méthodes à lambeau et surtout à lambeau unique sont préférables aux autres, mais pour le bras en particulier la méthode circulaire donne de bons résultats, et, comme elle est, je ne dis pas plus facile, si on veut la très bien faire, mais plus à la portée de la plupart des praticiens, je la considère comme la méthode de choix.

Appliquez la bande d'Esmarch à la racine du membre; placez-vous en dedans ou en dehors du membre à votre convenance.

Premier temps. — A trois travers de doigt environ au-dessous du point où vous désirez sectionner l'os, incision circulaire comprenant la peau, la couche graisseuse sous-cutanée et l'aponévrose.

Deuxième temps. — Détachez les adhérences lâches qui unissent l'aponévrose à la couche musculaire, surtout au niveau des expansions intermusculaires interne et externe, pendant qu'un aide retire en haut les téguments qui formeront la manchette; celle-ci n'a pas besoin d'être retroussée, en raison des faibles adhérences qui l'unissent aux parties sous-jacentes.

Troisième temps. — Tenant la lame du couteau bien perpendiculaire à la surface du membre, sectionnez d'un seul coup la

couche musculaire jusqu'à l'os, en rasant le bord de la manchette. Faites rétracter.

Quatrième temps. — Troisième section circulaire ayant pour but de diviser les fibres musculaires adhérentes à l'os et qui n'ont pu être entraînées en haut. Portez la lame obliquement, le tranchant dirigé en haut.

Cinquième temps. — Prenez un bistouri pour diviser les quelques fibres musculaires qui ont pu échapper au couteau ; décollez légèrement le périoste en le reportant en haut, afin d'avoir une surface osseuse parfaitement nette. Mettez une compresse fendue à deux chefs.

Sixième temps. — Sciez l'os en tenant la scie perpendiculaire à la surface de section.

Septième temps. — Hémostase et pansement. Pratiquez la réunion immédiate avec drainage. Rapprochez les bords de la manchette dans le sens vertical pour faciliter l'écoulement des liquides par le drain.

CHAPITRE III

AFFECTIONS CHIRURGICALES DE LA RÉGION DU COUDE.

Les affections chirurgicales de la région du coude, et j'entends sous ce nom toutes celles qui confinent à l'articulation, tiennent une place considérable en clinique, en raison de leur fréquence, de la multiplicité des lésions, de la difficulté du diagnostic et de l'importance du traitement.

On y observe sans doute des plaies, des contusions, des inflammations et des lésions organiques (ces dernières extrêmement rares), mais ce qui domine de très haut la pathologie de cette région, ce sont les fractures et les luxations que le praticien rencontre à chaque instant.

Les *plaies* du coude, surtout celles de la région antérieure, empruntent un caractère particulier à la présence des vaisseaux et nerfs dont la situation est si superficielle qu'elle les expose aux blessures plus que partout ailleurs. Il est à peine besoin d'insister sur les plaies chirurgicales produites pour pratiquer la saignée du bras, tant cette petite opération est délaissée de nos jours. Je rap-

pelle seulement pour mémoire que la piqûre doit porter de préférence sur la veine médiane céphalique et non sur la médiane basilique, qui n'est séparée de l'artère humérale que par l'expansion aponévrotique, parfois très mince, du muscle biceps.

La blessure de l'artère s'observait jadis communément, ainsi que l'anévrysme qui en était souvent la conséquence. Si une saignée du bras devenait nécessaire, et que la médiane basilique fût la seule veine apparente du pli du coude, le praticien devrait, à mon sens, suivre la pratique suivante. Après avoir rendu la veine aussi saillante que possible par une compression circulaire exercée sur le bras (assez légère cependant pour ne pas interrompre la circulation artérielle), au lieu de piquer la veine à travers la peau avec une lancette d'une façon en quelque sorte aveugle, il serait préférable de pratiquer d'abord à la peau parallèlement à la veine et à sa surface une petite incision de un demi-centimètre, de découvrir la veine et de l'inciser à ciel ouvert sans aucun danger de la traverser de part en part.

Dans le cas où l'artère humérale n'est que piquée, il suffit d'appliquer en ce point un bandage compressif, de fléchir l'avant-bras sur le bras et de placer le membre sur un plan incliné, la main plus élevée que le coude.

Si l'artère était largement ouverte ou complètement divisée, il faudrait la découvrir et mettre une ligature au-dessus et au-dessous de la blessure (pour la ligature de l'humérale, voir *Anat. topogr.*, 4^e édit., p. 518).

A la suite des blessures de l'artère humérale, il est fréquent de voir apparaître un anévrysme ; tantôt c'est un anévrysme diffus primitif, tantôt un anévrysme faux consécutif. La région est également bien disposée pour le développement de l'anévrysme artério-veineux. Ces anévrysmes avec leurs variétés, étant ordinairement la conséquence de saignées malheureuses, sont devenus beaucoup moins fréquents. Lorsqu'ils ont résisté aux moyens ordinaires, le seul traitement consiste à lier l'artère au-dessus et au-dessous du sac, ou de la communication veineuse, s'il s'agit d'un anévrysme variqueux.

Dans le cas où l'un des trois gros nerfs qui passent dans cette région serait sectionné, on pratiquerait la réunion immédiate des deux bouts. La piqûre des nerfs superficiels cutané interne et musculo-cutané est susceptible de donner naissance à des névralgies ultérieures très rebelles. J'ai dû pratiquer cette année (1886)