

arrière ; nous n'avons pas à y revenir, les autres variétés sont exceptionnelles. Voici les symptômes des plus importantes de ces dernières :

Luxations latérales. — *Luxation complète en dehors.* — Avant-bras demi-fléchi sur le bras, en forte pronation, placé de champ, radius en haut, cubitus en bas. En dedans fait saillie l'extrémité inférieure de l'humérus où on reconnaît facilement, de dedans en dehors, l'épitrôchlée, la trochlée, le condyle, l'épicondyle ; en dehors le long du bord externe de l'humérus on reconnaît aisément les extrémités supérieures des os de l'avant-bras. Raccourcissement du membre, saillie des tendons du biceps et du triceps.

Luxation en dedans. — Avant-bras légèrement fléchi, en pronation ou en supination, diamètre transversal du coude un peu augmenté. Pas de saillie de l'olécrâne en arrière. L'épitrôchlée est embrassée par le crochet cubital qui empêche qu'on la sente par la palpation ; on reconnaît, à la partie interne du coude, la partie interne de la cavité sigmoïde du cubitus qui dépasse en dedans l'épitrôchlée. En dehors saillie de l'épicondyle et du condyle que la tête du radius a abandonnés pour se mettre en rapport avec la moitié articulaire externe de la trochlée ; cette tête saillie en avant ; quelquefois le ligament annulaire étant déchiré, le tête du radius peut faire saillie en arrière de la trochlée.

Luxation en avant : elle est incomplète ou complète.

Luxation en avant incomplète : étranglement du membre supérieur au-dessous des tubérosités humérales. En arrière fosse olécrânienne vide, en avant on sent, par la palpation, deux saillies formées par la tête radiale et l'apophyse coronoïde. Le membre est allongé de toute la longueur de l'olécrâne. L'avant-bras est étendu ou un peu fléchi sur le bras ; il est tantôt fixe, tantôt très mobile.

Luxation en avant complète : même attitude du membre ; en avant l'avant-bras paraît allongé, le bras raccourci ; c'est l'inverse en arrière ; en réalité le membre est raccourci.

En arrière on reconnaît, par la palpation, toutes les particularités anatomiques de l'extrémité inférieure de l'humérus, en avant, au-dessus du pli du coude, l'olécrâne en dedans, le radius en dehors. Ces luxations en avant se compliquent parfois de fracture de l'olécrâne, de la coronoïde, de l'épitrôchlée.

Si la luxation des deux os de l'avant-bras sur l'humérus ne rentre dans aucun des types précédemment décrits, il faut encore penser aux *luxations divergentes*, dont la variété la plus commune est la *luxation antéro-postérieure* qui se traduit par un énorme gonflement, des mouvements de latéralité fort étendus, des mouvements de flexion et d'extension limités et douloureux, du raccourcissement du membre, et enfin, par la présence de la tête du radius devant l'épicondyle et du cubitus en arrière de la trochlée. L'apophyse coronoïde est en général fracturée.

L'existence de la *luxation isolée de l'extrémité supérieure du cubitus en arrière* n'est pas démontrée.

Nous avons, dans le chapitre consacré aux traumatismes du coude dans l'enfance et dans l'adolescence, parlé de la subluxation de la tête du radius en avant, subluxation à laquelle on donne, encore, le nom de luxation du radius par en bas, ou par élongation. A côté de cette lésion il faut placer la *luxation proprement dite de la tête du radius en avant*, relativement fréquente, elle se voit surtout dans l'adolescence, rarement chez l'enfant et l'adulte, exceptionnellement chez le vieillard. L'exploration du coude montre un vide, une dépression au-dessous du condyle, et on trouve, par le palper, la tête du radius dans le pli du coude, en avant et en dedans de l'épicondyle. L'avant-bras est dans une position intermédiaire à la pronation et la supination, un peu déjeté en dehors, et la flexion sur le bras ne peut se faire au delà de l'angle droit. Avec de tels signes le diagnostic s'impose.

Quant aux luxations exceptionnelles de la tête radiale en arrière, en dehors, leur diagnostic se tire de la situation de cette tête par rapport au condyle ; rappelons, en terminant, que la luxation en dehors s'accompagne quelquefois de fracture du radius ou du tiers supérieur du cubitus et

qu'il faut, par conséquent, ne jamais oublier d'explorer le squelette de l'avant-bras.

DIAGNOSTIC DES AFFECTIONS ORGANIQUES DU COUDE

Les tumeurs sont excessivement rares à la région du coude. L'*ostéosarcome* assez fréquent à l'extrémité supérieure de l'humérus a été cité deux fois sur le cubitus et une fois sur le radius; ce sont là des cas tellement exceptionnels qu'on peut les éliminer dans un manuel de diagnostic. On peut bien aussi rencontrer au pli du coude un *névrome* ayant pour siège le médian; mais ce genre de tumeurs affecte là les caractères qu'elle a sur tous les autres nerfs. Nous n'avons donc qu'à nous occuper des affections inflammatoires assez fréquentes en cette région.

Affections aiguës. — Elles sont ou *périarticulaires* ou *intra-articulaires* et faciles à distinguer les unes des autres.

Les *affections aiguës périarticulaires* sont des *phlegmons* reconnaissables à la rapidité de leur évolution, à la tuméfaction considérable des tissus, à leur rougeur, et à la douleur qu'ils causent, douleurs spontanées et à la pression, peu exagérées par les mouvements de l'articulation qui, s'ils sont limités, le sont par le gonflement et non par le fait même d'une lésion intra-articulaire.

Le tableau d'une *arthrite aiguë* est tout différent; ce sont les mouvements qui font surtout souffrir le malade, le coude est tuméfié, mais cette tuméfaction est beaucoup moindre, siège principalement en arrière et en avant et ne transforme pas toute la région en un manchon œdémateux; enfin la rougeur n'existe pour ainsi pas, ou bien est localisée à la partie postérieure de l'articulation.

Les *phlegmons* sont donc faciles à reconnaître; ils présentent du reste, au coude, les caractères qu'ils ont partout, avec cette différence toutefois qu'ils ont une certaine gravité qui tient à la disposition anatomique de la région. Il existe, en effet, derrière l'olécrâne, une *bourse séreuse* dite *rétro-olécraniennne* qui s'enflamme d'autant plus facilement que cette région est soumise à de nombreux traumatismes et à des

frottements répétés. C'est alors un *hygroma argu* qui peut se résoudre sans passer à la suppuration. Dans ce cas, le diagnostic est facile. Il existe une tuméfaction très nettement fluctuante, douloureuse à la pression, rose à la surface et bien localisée à la bourse séreuse. Quand cet hygroma passe à la suppuration, l'état général devient mauvais, il y a de la température; le gonflement s'étend aux parties postérieure et externe du coude qui deviennent tendues et, pour peu qu'on n'intervienne pas, la poche se rompt et on a affaire à un *phlegmon* par diffusion.

Dans les *phlegmons* du coude, on devra donc toujours porter son attention du côté de la bourse rétro-olécraniennne, et celle-ci pourra être incriminée, lorsque par l'interrogatoire du malade, on se sera rendu compte que la lésion a débuté à son niveau et lorsque la palpation montrera un point beaucoup plus fluctuant et plus douloureux que les autres, correspondant au siège de cette bourse séreuse. Mais certains *phlegmons* du coude peuvent avoir une autre origine; ce sont ceux qui ont pour point de départ le ganglion épitrochléen. On a alors affaire à un adéno-phlegmon dont on retrouve la cause dans une plaie infectée de la main ou de l'avant-bras.

Cet adéno-phlegmon est facile à reconnaître, car il a commencé par une adénite qui a pu être sentie par le malade sous la forme d'un petit corps roulant sous le doigt et de plus le maximum de la tuméfaction, de la rougeur et de la douleur siège au niveau du ganglion épitrochléen, c'est-à-dire à la face interne du coude un peu au-dessus de l'épitrochlée.

Les *affections aiguës intra-articulaires* sont des *arthrites* qui, au coude, sont relativement rares. Comme à l'épaule, les maladies infectieuses et éruptives peuvent donner naissance à des *arthrites aiguës*; il en est de même d'une plaie articulaire du coude ou d'une violente contusion de la région, mais dans les affections spontanées, deux variétés principales se manifestent avec un véritable caractère d'acuité; ce sont l'*arthrite rhumatismale* ordinaire et l'*arthrite blennorrhagique*: la première, comme nous l'avons dit à propos de l'épaule, diffère de la seconde, parce qu'en général, cette manifestation n'est pas la seule; d'autres articulations sont prises en même

temps ; l'évolution des accidents aigus est en général rapide et l'arthrite se termine rapidement par résolution ou en passant à l'état chronique, mais, sans grande tendance à l'ankylose, tout cela chez un rhumatisant qui peut même avoir présenté des complications du côté du cœur ; tandis que dans le rhumatisme blennorrhagique, une seule articulation est prise ; l'arthrite ne tend pas vers la guérison, mais vers l'ankylose qui est fatale, si on ne prend des précautions pour s'y opposer ; enfin, presque toujours du côté du méat ou de la vulve, on trouve un écoulement qui permet d'affirmer le diagnostic.

Affections chroniques. — Il n'y en a qu'une seule de péri-articulaire qui vaille la peine d'être signalée et encore son diagnostic est facile. C'est l'*hygroma chronique*. Il se reconnaît à sa forme en tête de brioche appliquée, par sa base, sur l'olécrâne, à sa fluctuation bien nette et à l'intégrité complète des mouvements du coude. Enfin, on le rencontre dans les professions qui soumettent la région olécranienne à des pressions ou à des chocs répétés. Il faut savoir que cet hygroma chronique peut s'enflammer et devenir aigu. Dans certains cas il peut même présenter de la crépitation et quelquefois cette sensation particulière que donne la présence de grains riziformes. (Voir *Examen clinique*, p. 28.)

DIAGNOSTIC DE LA TUMEUR BLANCHE DU COUDE

Toutes les variétés d'*arthrite chronique* peuvent se rencontrer au coude, mais l'une d'entre elles l'emporte de beaucoup sur les autres, aussi fréquente à elle seule que toutes les autres réunies, c'est l'*ostéoarthrite tuberculeuse* ou *tumeur blanche du coude*. Quand le clinicien se trouvera donc en présence d'une arthrite chronique du coude, il aura les plus grandes chances pour être en face d'une ostéoarthrite bacillaire, et il devra d'abord, reconnaître si les téguments sont intacts, si la tumeur blanche n'est pas ulcérée ou si elle présente des fistules faisant communiquer l'articulation avec l'extérieur.

1° L'arthrite n'est pas suppurée, ne porte pas de fistules.

— La *tumeur blanche* se reconnaît aux signes suivants : il existe un gonflement très notable de toute la région du coude ayant égalisé les surfaces et fait disparaître les méplats, gonflement qui paraît d'autant plus considérable qu'au-dessus et qu'au-dessous de lui, le bras principalement et l'avant-bras sont très atrophiés. Les saillies de l'olécrâne, de l'épitrochlée et de l'épicondyle ont bien entendu disparu et le membre supérieur a pris une attitude qui devient fixe, due à la contracture réflexe des muscles. L'avant-bras est dans une position intermédiaire entre l'extension et la demi-flexion, faisant avec le bras un angle d'environ 100 à 150°. La main est en pronation plus ou moins forcée.

La palpation fait quelquefois reconnaître de la fluctuation dans les deux points ou au coude elle peut se manifester, c'est-à-dire des deux côtés de l'olécrâne, là où la synoviale arrive en quelque sorte au contact de la peau ; mais, le plus souvent, la sensation qu'on retrouve est celle due à la présence des fongosités. Celles-ci se montrent d'abord au côté externe de l'articulation du coude, là où les lésions se font d'abord sentir et, petit à petit, envahissent tout l'article.

Les pressions directes sont douloureuses, principalement au niveau de la cupule radiale, et c'est en ce point qu'on détermine de la douleur, au toucher, dans les débuts de la maladie ; puis plus tard l'olécrâne, l'épicondyle et l'épitrochlée deviennent sensibles à la pression.

Les mouvements spontanés sont à peine ébauchés par les malades, à cause de la souffrance qu'ils provoquent ; mais les mouvements communiqués sont possibles, quoique pénibles au début de l'affection, dans l'articulation huméro-cubitale aussi bien que dans l'articulation radio-cubitale.

Les douleurs spontanées existent, mais n'ont pas une grande intensité ; enfin l'état général du malade est plus ou moins bon et un examen attentif permet souvent de reconnaître des signes pulmonaires qui viennent confirmer le diagnostic, de même qu'un interrogatoire minutieux, vient déceler une tare dans les antécédents personnels ou héréditaires du patient. (Voir *Interrogatoire du malade*, p. 7.)

Cet ensemble de symptômes ne se rencontre dans aucune autre lésion de l'articulation.

L'*hydarthrose* du coude est excessivement rare et ne se manifeste que par la fluctuation facile à sentir dans les deux culs-de-sac situés sur les côtés de l'olécrâne. Il y a un peu de gêne des mouvements ; mais ceux-ci sont cependant possibles et à peine douloureux. De plus, cette hydarthrose succède à un traumatisme ou à une attaque de rhumatisme, étiologie facile à mettre en lumière.

L'*arthrite rhumatismale chronique* du coude est surtout marquée par de la douleur et de la gêne dans les mouvements. Quand la maladie n'a pas laissé d'épanchement, les signes locaux sont presque négatifs. Il y a un peu de gonflement, mais à peine notable, quelques craquements quelquefois, et un peu de limitation dans les fonctions de l'articulation. Un interrogatoire soigné permet du reste de reconnaître la poussée aiguë qui a précédé l'état chronique et il existe souvent d'autres articulations un peu douloureuses.

L'*arthrite blennorrhagique du coude*, plus rare dans cette région qu'au genou, qu'au cou-de-pied, qu'à la hanche, qu'au poignet et qu'à l'épaule se reconnaît, lorsque la période aiguë sera passée, à l'ankylose très rapide et plus précoce au coude qu'ailleurs à cause de la nature de cette articulation très serrée. Les commémoratifs montrant la marche de l'affection, la recherche de l'écoulement purulent du côté des organes génitaux, l'âge du sujet permettront de faire le diagnostic.

L'*arthrite sèche du coude* a des symptômes bien tranchés, On la reconnaît d'abord aux craquements qui sont constants et qu'on perçoit avec la plus grande facilité quand on imprime des mouvements à l'articulation, craquements qu'on percevra en même temps dans d'autres jointures, aux genoux, aux épaules, par exemple. Ce sont aussi les changements de volume que subit l'article ; des poussées de liquide se manifestant par de la fluctuation dans les culs-de-sac de la synoviale, alternent avec la sécheresse ordinaire de cette séreuse. Les extrémités osseuses sont de plus déformées, présentant des hyperostoses sur certains points. Enfin, quelquefois même, il existe des corps étrangers articulaires, dont on reconnaît la présence quand on parviendra à les fixer dans un des culs-de-sac apparents de la

synoviale, manœuvre difficile, à cause de leur extrême mobilité.

L'*arthrite syphilitique du coude* ne pourra pas donner le change si on songe à son extrême rareté (on en compte les observations dans la science) et si on se rappelle que ce sont les extrémités osseuses qui sont atteintes, que, par conséquent, on a plutôt affaire à une maladie para-articulaire. Les os sont plus ou moins déformés, hypérostosés, les mouvements sont toujours possibles, plus ou moins limités par les saillies et les déformations des surfaces osseuses, mais jamais douloureux ; enfin, un bon interrogatoire et un examen soigné du patient permettent de reconnaître des traces de l'infection vénérienne.

Les lésions de l'arthrite syphilitique se rapprochent de celles de l'*arthrite d'origine nerveuse* qui se caractérise par son indolence complète et la destruction rapide des surfaces articulaires. Dans ces deux variétés d'arthrite du coude on peut avoir, au début, un épanchement séreux dans l'articulation, épanchement causé par l'irritation de voisinage de l'os malade sur la synoviale.

Comme on le voit, dans la majorité des cas, le diagnostic de *tumeur blanche* du coude s'impose ; mais cela ne suffit pas, il faut au point de vue opératoire, rechercher quels sont les os atteints et sur quelle étendue. La palpation de l'articulation montrera que la lésion débute par le côté externe. C'est la pression sur la cupule du radius qui est douloureuse tout d'abord, et cela non pas parce que la tête du radius est prise, mais parce que, par son intermédiaire, on appuie sur la petite cavité sigmoïde du cubitus, point le premier atteint parce qu'il supporte le maximum de pression et de mouvements. La surface articulaire est beaucoup plus petite que celle du radius destinée à s'y mouvoir et elle entre en action dans les mouvements si nombreux de pronation et de supination. Le cubitus est donc atteint le premier et des pressions sur les faces latérales de l'olécrâne permettent de se rendre compte de l'envahissement de la lésion. Dans des cas plus rares, ce sont les pressions sur l'épicondyle, sur l'épitrachée, qui sont les plus douloureuses ; ce qui prouve que c'est par l'humérus que l'affec-

tion a débuté. A une certaine période, tous les points de l'article réagissent à la pression, montrant que toute l'articulation est envahie.

2° L'arthrite est arrivée à suppuration; elle porte des fistules. — Ici le diagnostic s'impose; *ostéomyélite des os du coude* est la seule maladie qui pourrait déterminer de la suppuration profonde avec trajets fistuleux voisins de l'articulation; mais les manifestations ostéomyélitiques sont très rares au coude; car ce n'est pas de ce côté que se trouvent placées les épiphyses fertiles. De plus la direction des trajets fistuleux montrera dans le cas d'ostéomyélite que le pus vient d'au-dessus ou d'au-dessous de l'article et pas de l'article lui-même. S'il y a arthrite, c'est encore une arthrite de voisinage qui devient rarement purulente et qui ne présente pas les caractères de l'arthrite fongueuse bacillaire.

En présence d'une arthrite spontanée avec trajets fistuleux, ou même d'une arthrite sans fistules dans laquelle on a découvert la présence du pus, on peut faire presque avec certitude le diagnostic d'*ostéoarthrite ou de tumeur blanche du coude*.

Quand cette tumeur blanche est suppurée et fistuleuse, les dégâts osseux et ligamenteux sont tels qu'ils se produisent quelquefois une luxation pathologique; la tête du radius se luxé en arrière. Il faudra donc, dans les ostéoarthrites tuberculeuses arrivées à une période avancée, rechercher si l'appareil ligamenteux est encore solide, ce qu'on reconnaîtra à l'absence de mouvements de latéralité et à la position de la tête du radius qui est toujours à sa place.

DU POIGNET ET DE LA MAIN

ANATOMIE CLINIQUE. — EXPLORATION

L'étude anatomique des membres, devient d'autant plus compliquée qu'on se rapproche de leur extrémité; aussi ne donnerons-nous, pour le poignet et la main, que les notions qui nous semblent strictement nécessaires, pour le diagnostic des principales affections chirurgicales qu'on y rencontre.

Les *limites du poignet* sont tout à fait arbitraires; sans nous occuper de ce qu'ont écrit, à ce sujet, les auteurs classiques, nous dirons qu'il a pour limites: en haut, une ligne circulaire qui passe à deux travers de doigt au-dessus des apophyses styloïdes, en bas une autre ligne, également circulaire, qui passe par l'extrémité supérieure du premier métacarpien et par l'apophyse styloïde du cinquième; de cette façon, le squelette du poignet comprend l'extrémité inférieure des deux os de l'avant-bras et tout le carpe. C'est là, nous semble-t-il, ce qu'on doit entendre par *poignet en clinique*; mais nous nous empressons de faire remarquer que, la deuxième rangée des os du carpe, du côté palmaire du poignet, se trouve faire partie intégrante du squelette de la main, car elle est recouverte par la partie supérieure des éminences thénar et hypothénar qui ont pour limite supérieure le talon de la main, c'est-à-dire, le relief que forment ces éminences au-dessus du plan antérieur de l'avant-bras.

Peu important, d'ailleurs, les limites précises du poignet et de la main, impossibles à donner, on le voit, puisque les deux régions empiètent l'une sur l'autre, cherchons à nous orienter sur le poignet tel que nous l'avons compris.

Les os de l'avant-bras présentent, chacun, à leur extrémité inférieure et sur le prolongement de leur bord externe (par