

suites de l'opération, ou peu de temps après. Mais il est à noter que les 51 dernières résections n'ont donné aucune mort.

Ces chiffres sont plus que suffisants pour faire admettre définitivement dans la pratique chirurgicale la résection du poignet. Fort de ces résultats, et s'appuyant sur la possibilité d'obtenir par la méthode sous-périostée la reproduction de l'articulation sur son type normal, M. Ollier conclut, en ce qui a trait aux arthrites fongueuses, à la résection hâtive, dès l'apparition de la suppuration. Ces conclusions ne sont, bien entendu, applicables qu'à l'adulte, et non aux jeunes enfants chez lesquels il faut toujours, avant d'en venir à une opération chirurgicale, épuiser tous les procédés de la chirurgie conservatrice, immobilisation, compression, destruction des fongosités par les cautérisations profondes au fer rouge, etc. Quant à l'amputation de l'avant-bras, elle reste comme une dernière ressource, pour les cas où les désordres sont trop graves ou trop étendus pour qu'on puisse espérer le rétablissement utile des fonctions après la résection; ou bien encore, dans les cas où il s'agit de malades trop âgés, ou dont l'état général est trop grave pour qu'ils puissent faire les frais de la réparation.

III

AFFECTIONS INFLAMMATOIRES ET TROUBLES DE NUTRITION DU COUDE

1° PHLEGMONS DU COUDE

La région du coude est fréquemment le siège d'inflammations phlegmoneuses dont les unes ne sont que la propagation d'inflammations nées au bras, ou bien plus souvent encore à l'avant-bras et à la main. Mais les seules inflammations phlegmoneuses qui doivent nous occuper ici, sont celles qui prennent naissance dans la région du coude elle-même. Elles reconnaissent des causes diverses; elles peuvent tenir à la phlébite, et c'est là une cause qu'on rencontrait beaucoup plus souvent autrefois, du temps où florissait la saignée. Mais, comme l'a bien montré M. Rabourdin dans sa thèse⁽¹⁾, leurs deux origines principales sont : d'une part, les inflammations de la bourse séreuse rétro-olécrânienne, d'autre part, les adénites épitrochléennes.

a. *Inflammations de la bourse séreuse rétro-olécrânienne.* — Rien n'est plus fréquent que de rencontrer l'hygroma de la bourse séreuse rétro-olécrânienne, caractérisé par l'épaississement des parois de la poche, l'existence de liquide, de grains hordéiformes dans son intérieur. Sous l'influence d'une inflammation lymphangitique dont le point de départ est le plus souvent dans une inoculation septique de la main ou de l'avant-bras, on peut voir cet hygroma chronique passer à l'état aigu. Une autre cause d'inflammation aiguë de cette bourse séreuse, c'est l'existence d'un traumatisme, soit qu'il s'agisse de contusions ou de froissements répétés, comme ceux qui s'exercent dans certaines professions, soit qu'il y ait eu ouverture de la bourse séreuse par une plaie, ou par inoculation septique. Ce dernier accident peut donner naissance à un phlegmon diffus

(1) RABOURDIN, *Recherches sur les phlegmons du coude.* Thèse de doct. de Paris, 1875.

des plus graves. Un des cas les plus remarquables que nous ayons observé dans ce genre, c'est celui d'un égoutier qui, ayant été traîné pendant quelque temps sur les coudes dans l'intérieur de l'égout, eut une ouverture de la bourse séreuse rétro-olécrânienne droite. Il en résulta une inoculation septique et un phlegmon diffus qui, parti du coude, se généralisa à la face interne du bras et à la paroi correspondante du thorax, et mit le malade à deux doigts de sa perte. Que la bourse séreuse soit demeurée intacte, ou qu'elle soit ouverte par un trajet fistuleux étroit, le pus s'accumule dans son intérieur, et si l'on n'intervient pas pour lui donner issue, il fuse dans le tissu cellulaire voisin pour devenir le point de départ d'un phlegmon qui, d'abord limité à la région postérieure du coude, se diffuse plus tard, soit du côté du bras, soit vers l'avant-bras. Tels sont les rapports intimes qui existent entre la bourse séreuse et l'articulation du coude elle-même, qu'on pourrait craindre l'envahissement de cette articulation, si le pus n'était promptement évacué. Il convient donc, en pareil cas, de faire un large débridement de la bourse séreuse suppurée, suivi des contre-ouvertures nécessaires, du drainage et de lavages antiseptiques. Ici, comme dans toutes les inflammations phlegmoneuses du membre supérieur, les bains antiseptiques prolongés peuvent trouver une utile indication.

b. *Adénite épitrochléenne.* — La seconde variété d'inflammations phlegmoneuses du coude est celle dont le point de départ est dans une adénite du ganglion sus-épitrochléen. Toutes les inflammations lymphangitiques du membre supérieur et surtout celles qui partent d'une inoculation septique des doigts, peuvent occasionner une adénite épitrochléenne. Elle se manifeste sous la forme d'une petite tumeur globuleuse, sensible à la pression, qui, augmentant progressivement de volume, et changeant de consistance sous l'influence de la suppuration, donne naissance à une collection fluctuante. Généralement les phlegmons du coude qui reconnaissent cette origine sont beaucoup plus limités, ont beaucoup moins de tendance à la diffusion que ceux qui ont leur point de départ dans une inflammation de la bourse rétro-olécrânienne. Le siège de l'inflammation à la partie supérieure et interne du coude, les commémoratifs qui permettent de rattacher les phénomènes à une inflammation lymphangitique, l'examen de la main et des doigts qui démontre les traces de l'accident initial, fixent le diagnostic. Quant au traitement, il consiste bien évidemment dans l'ouverture de la collection purulente, dès que son existence est reconnue.

2° ARTHRITES DU COUDE

La fréquence des arthrites du coude est très grande; elles viennent sous ce rapport immédiatement après celles du genou.

Les causes qui leur donnent naissance sont extrêmement variées. Ce sont d'abord le traumatisme sous toutes ses formes, puis le rhumatisme, la blennorragie, la syphilis même. Mais de toutes les causes, la plus fréquente est la tuberculose; sur 140 cas d'arthrites fongueuses, Crocq compte 12 arthrites du coude pour 5 scapulalgies. Quant à la forme que revêt l'inflammation, elle peut être aiguë ou chronique. C'est surtout l'arthrite chronique tuberculeuse que nous aurons en vue dans notre description.

Considérations anatomiques. — Nous rappellerons tout d'abord les expé-

riences de Bonnet qui ont établi la position prise par l'articulation, sous l'influence de sa distension par une injection solidifiable. Cette position est la flexion du coude à angle obtus, à 150 degrés. A la flexion se joint la pronation forcée de l'avant-bras. D'autre part, l'articulation, bridée sur les parties latérales par des ligaments résistants, se laisse distendre seulement en avant et en arrière; mais, à sa partie antérieure, l'articulation nous est cachée par des muscles épais, faisceau des muscles épitrochléens, brachial antérieur, tendon du biceps; aussi nous est-il très difficile de l'explorer de ce côté. C'est donc en arrière, de chaque côté du tendon du triceps, que vient faire saillie la synoviale distendue par du liquide ou par des fongosités. C'est en ce point qu'elle se prête à nos explorations. Rappelons enfin la communication existant à l'état normal entre l'articulation du coude proprement dite et l'articulation radio-cubitale supérieure. Il en résulte que les deux articulations sont envahies simultanément; de là aussi, l'attitude de pronation forcée que nous avons notée sur les articulations distendues par une injection.

Symptômes. — La douleur et la gêne dans les mouvements sont les premiers symptômes qui traduisent l'existence d'une arthrite du coude. Plus tard, il s'y joint du gonflement qui, pour les raisons que nous venons de rappeler, siège surtout sur la partie postérieure de l'articulation. Les caractères de ce gonflement sont différents, suivant qu'il s'agit d'un épanchement liquide, auquel cas on peut percevoir une sensation nette de fluctuation, ou de fongosités reconnaissables à la consistance molle, pâteuse, que donne au doigt leur tissu.

En même temps, on constate l'existence de douleurs à la pression sur les différentes saillies osseuses qui entrent dans la constitution de l'articulation du coude. Cette douleur se rencontrera, suivant les cas, soit sur l'extrémité inférieure de l'humérus, soit sur les parties latérales de l'olécrâne, ou sur la tête du radius. Les études anatomo-pathologiques faites sur les pièces provenant des résections du coude peuvent nous éclairer sur le degré de fréquence de ces diverses localisations.

M. Ollier, dans son *Traité des résections*, nous donne les chiffres suivants : au premier rang, viennent pour la fréquence les lésions du cubitus, portant surtout sur les parties latérales de l'olécrâne; ces lésions ont été rencontrées 76 fois contre 51 lésions humérales. Le radius n'a été trouvé lésé que 12 fois.

Des résultats analogues ont été obtenus par Kœnig. Cet auteur a trouvé, sur 52 résections.

Le cubitus lésé.	22 fois.
L'humérus.	17 —
Le radius.	15 —

La fréquence des lésions cubitales peut encore être invoquée, en dehors des raisons que nous avons données précédemment, pour expliquer le siège des douleurs et du gonflement à la partie postérieure de l'articulation.

Nous avons appelé l'attention⁽¹⁾ sur la fréquence des lésions débutant au côté externe de l'articulation du coude. Cette localisation des lésions peut trouver son interprétation dans ce fait que là convergent tous les mouvements dont l'articulation est le centre, mouvements de flexion et d'extension se passant dans

⁽¹⁾ KIRMISSON, *Leçons cliniques sur les maladies de l'appareil locomoteur; arthrites chroniques du coude*, p. 167.

l'articulation huméro-cubitale, mouvements de pronation et de supination dans l'articulation radio-cubitale. Il n'y a du reste pas de contradiction entre ce siège du gonflement et l'intégrité fréquente de la cupule radiale, les lésions osseuses pouvant porter, soit sur l'extrémité inférieure de l'humérus, soit sur l'olécrâne à son côté externe.

L'articulation du coude envahie par les fongosités ne tarde pas à prendre l'attitude fixe que lui donnent les injections forcées poussées dans sa cavité, c'est-à-dire l'immobilisation dans la demi-flexion, à 150 degrés environ, combinée à la pronation forcée. Cette attitude est rendue fixe par la contracture des muscles péri-articulaires, surtout le biceps et le long supinateur dont les corps charnus forment des cordes tendues, résistantes, faciles à apprécier à travers les téguments sur des membres émaciés. A cette contracture, il faut ajouter l'atrophie des muscles qui est parfois poussée à un degré extrême. Dans les cas où cette atrophie énorme coïncide avec le développement de fongosités abondantes dans la synoviale et dans les tissus adjacents, l'articulation revêt un aspect fusiforme. Le volume du coude paraît monstrueux, comparé au diamètre grêle et aminci du bras.

Avec les progrès du mal, la suppuration fait son apparition. L'ouverture des abcès se fait le plus souvent sur les côtés de l'olécrâne; quelquefois même, le pus dépassant les limites de la synoviale, vient se faire jour en haut et en arrière, entre le triceps et la face postérieure de l'humérus.

Il peut même, en décollant le périoste, remonter à une assez grande hauteur sur la face postérieure du bras. Dans d'autres cas, des orifices fistuleux se forment sur les parties latérales de l'articulation, et, en particulier, à son côté externe, au voisinage de l'articulation radio-cubitale. La suppuration entraîne la destruction des ligaments; d'où l'apparition de mouvements anormaux de latéralité. En même temps, il y a destruction des cartilages articulaires, dénudation et nécrose des extrémités osseuses. Le stylet introduit par les orifices fistuleux pénètre dans l'épaisseur même du tissu osseux, ou permet de rencontrer des séquestres isolés. Les surfaces articulaires tendent à s'abandonner. Le déplacement le plus fréquemment observé, c'est la luxation de la tête du radius en haut et en arrière, sous l'influence de l'attitude de pronation forcée, longtemps continuée.

Diagnostic. — Le diagnostic est fondé sur l'existence du gonflement et des douleurs pendant les mouvements de l'articulation. On peut encore tirer les plus utiles renseignements de l'étude de la sensibilité à la pression directe sur les diverses saillies osseuses de l'articulation. Enfin saisissant à pleine main, d'une part l'humérus, d'autre part l'avant-bras, le chirurgien rapproche brus-

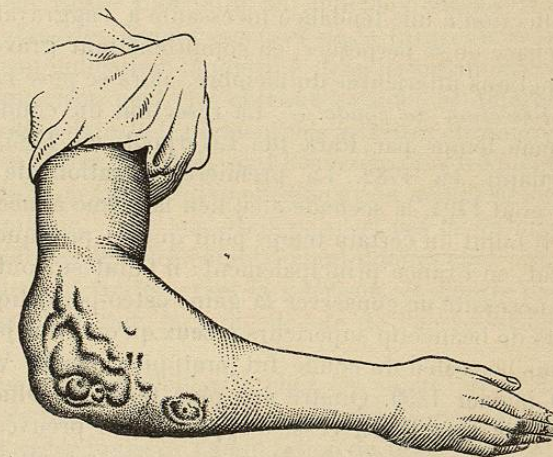


FIG. 46. — Arthrite fongueuse du coude avec ulcération des parties molles. (Fergusson.)

quement les unes des autres les surfaces articulaires, et se rend ainsi compte des douleurs sous l'influence de la pression à distance.

Traitement. — La première précaution à prendre dans le traitement des arthrites du coude, c'est de donner au membre une bonne position qui, dans le cas spécial de cette articulation, doit être la flexion à angle droit combinée à une demi-pronation. Cette position du membre répond à des indications multiples, dont la première est de calmer les douleurs et de modérer l'inflammation. Elle a aussi pour effet de combattre la tendance à la luxation du radius en arrière; enfin, au point de vue de l'ankylose consécutive, qui est toujours à craindre dans les arthrites fongueuses chroniques, elle met le membre dans l'attitude qui est le plus favorable à l'exercice de ses fonctions. En effet, rien n'est plus gênant pour un malade qu'un coude ankylosé dans une position voisine de l'extension complète.

Si, en dépit d'un traitement conservateur bien institué et régulièrement suivi, l'affection a une tendance incessante à l'aggravation, si surtout la suppuration menace de se perpétuer, en compromettant gravement la santé générale et les fonctions ultérieures du membre, alors se pose la question de la résection.

Résection du coude. — La résection du coude a été conseillée presque en même temps par Park (de Liverpool) en 1785, et par Moreau (de Bar-sur-Ornain), en 1782. La première opération de Moreau a été pratiquée le 29 août 1794, la seconde a eu lieu la même année et la troisième en 1797.

Il fallut un certain temps pour que la pratique de cette opération se généralisât, en France principalement; il fallut surtout que Ollier, posant en principe la nécessité de conserver la gaine ostéo-périostique, permit d'obtenir des résultats de beaucoup supérieurs à ceux qu'on avait jusque-là. La première résection sous-périostée du coude fut pratiquée par M. Verneuil à l'hôpital Beaujon, le 29 janvier 1859. Quatre ans plus tard, M. Ollier fit sa première opération. Depuis lors, il n'a cessé d'apporter des preuves anatomiques et cliniques en faveur de sa méthode. Dans ces dernières années surtout, il a fait, dans un mémoire très important⁽¹⁾, la démonstration anatomique de la reconstitution d'une articulation nouvelle sur le type normal, par apport de dépôts osseux de nouvelle formation. Non seulement la forme, mais les fonctions de la jointure peuvent être rétablies à l'aide de la méthode sous-périostée, c'est-à-dire que le coude possède des mouvements très étendus d'extension et de flexion, tandis que les mouvements de latéralité de la nouvelle articulation sont nuls ou très peu marqués. La conservation des mouvements est compatible avec une force considérable dans le membre, qui permet au malade de se livrer à de rudes travaux. Aussi, à l'heure actuelle, la résection du coude peut-elle être regardée à juste titre comme l'une des meilleures opérations de la chirurgie conservatrice.

Pour nous faire une idée exacte de la valeur de cette opération, nous ne saurions mieux faire que d'emprunter à M. Ollier sa statistique, telle qu'il nous la donne dans son *Traité des résections*: à la date du 31 décembre 1887, M. Ollier avait pratiqué 169 résections totales ou semi-articulaires du coude, avec 12 morts, dont 10 appartiennent à la période antérieure à l'antisepsie.

Dans cette période, la mortalité oscillait entre 10 et 20 pour 100; elle était, pour M. Ollier, de 15,58 pour 100.

⁽¹⁾ OLLIER, *De la résection du coude. Démonstration anatomique de la reconstitution d'une articulation nouvelle après la résection sous-périostée.* Revue de chir., sept. 1882, n° 9, p. 717.

Depuis 1875, le même chirurgien a pratiqué 105 résections du coude, avec 2 morts immédiates, dont l'une doit être attribuée à une intoxication phéniquée, tandis que l'autre est due à une péricardite tuberculeuse, qui enleva le malade soixante-trois jours après l'opération. Ces chiffres donnent une mortalité qui ne dépasse pas 1,90 pour 100.

De ces 105 malades opérés, 5 sont morts de tuberculose interne avant la guérison complète de la plaie opératoire; 2 ont succombé à des complications indéterminées; 1 a dû être amputé du bras et a guéri; 5 ont été perdus de vue, et enfin 5 étaient opérés trop récemment, au moment où la statistique a été dressée, pour qu'on pût parler du résultat opératoire. Restent 89 malades qui ont guéri avec un résultat orthomorphique et fonctionnel satisfaisant. La résection du coude, grâce à l'antisepsie et à l'introduction dans la chirurgie de la méthode sous-périostée, constitue donc une excellente opération, tant au point de vue de son peu de gravité immédiate que pour l'avantage des résultats orthomorphiques et fonctionnels. Reste à en faire un judicieux emploi; il est bien évident que c'est surtout dans les formes osseuses de la tuberculose articulaire que la résection trouve son indication, tandis que, dans les inflammations fongueuses de la synoviale, la guérison peut être obtenue à l'aide des différents moyens qui sont à notre disposition dans le traitement des arthrites chroniques. D'autre part, il est à noter que les lésions osseuses sont beaucoup plus fréquentes dans le jeune âge; M. Ollier dit n'avoir trouvé qu'une lésion ayant manifestement débuté par la synoviale au-dessous de vingt ans. Mais ce n'est pas là un argument en faveur des résections hâtives chez les enfants, étant donné chez eux la tendance des lésions convenablement traitées vers la guérison, et d'autre part, les inconvénients des résections à cet âge, au point de vue de l'accroissement ultérieur du membre.

Dans des conditions inverses, chez les vieillards, chez les sujets présentant des lésions trop étendues, épuisés par la suppuration ou par des lésions internes tuberculeuses, la résection doit céder le pas à l'amputation du bras. Mais entre ces deux limites extrêmes que nous venons d'indiquer, la résection du coude possède encore un champ d'action très large et dans lequel elle peut rendre aux malades les plus éminents services.

IV

AFFECTIONS INFLAMMATOIRES DE L'ÉPAULE ET DE LA RÉGION AXILLAIRE

1° PHLEGMONS ET ABCÈS DE L'AISSELLE

Division. — Les inflammations ayant pour point de départ les organes qui entrent dans la constitution de la région axillaire peuvent revêtir la forme aiguë et donner naissance à des abcès chauds; ce peuvent être des inflammations chroniques, conduisant à la formation d'abcès froids.

A. — INFLAMMATIONS AIGUËS

Elles comprennent deux grands groupes, suivant qu'elles siègent au-dessus