

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<sup>(1)</sup>, 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.

<sup>(1)</sup> 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'AISELLE

**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

ou au-dessous de l'aponévrose axillaire; de là, la division en phlegmons superficiels, c'est-à-dire sus-aponévrotiques et phlegmons profonds de l'aisselle.

a. *Phlegmons et abcès superficiels.* — Ils siègent soit dans la peau elle-même, soit dans le tissu cellulaire sous-cutané.

1° *Inflammations de la peau.* — Elles constituent les *abcès tubérisiformes* de Velpeau.

Quant aux causes qui leur donnent naissance, on invoque le frottement des vêtements ou des appareils chez les sujets que des fractures ou des inflammations articulaires condamnent au port longtemps prolongé d'appareils et de bandages comprimant la région axillaire. On fait jouer aussi un rôle à l'acreté de la sueur chez les individus malpropres.

Quant au siège même de l'inflammation, tantôt elle occupe les glandes sébacées et donne naissance à un véritable furoncle, constituant une petite saillie acuminée à la surface de la peau; tantôt elle se développe primitivement dans les glandes sudoripares, où elle constitue cette variété d'inflammation à laquelle Verneuil a donné le nom d'*adénite sudoripare*, ou encore *hydrosadénite* (1).

Cette dernière variété reconnaît surtout pour cause l'abondance et l'acreté de la sueur pendant les chaleurs de l'été. Elle débute sous la forme de démangeaisons qui obligent les malades à se gratter; puis on constate à la face profonde de la peau l'existence de petites tumeurs qui peuvent arriver à la résolution, ou qui, passant à la suppuration, contractent des adhérences avec la peau et forment de petits abcès du volume d'une noisette, qui s'ouvrent au sommet d'une éminence acuminée. Ce qui différencie l'une de l'autre les deux variétés d'inflammation que nous venons de signaler, c'est que, dans le furoncle ou abcès des glandes sébacées, la tumeur est primitivement développée dans l'épaisseur du derme, tandis que l'hydrosadénite a son siège primitif dans le tissu cellulaire sous-cutané. Les deux affections ont tendance à la multiplicité des foyers inflammatoires. Du reste, dans l'une comme dans l'autre, le pronostic reste bénin.

Le traitement consiste à raser les poils de l'aisselle et à laver soigneusement la région à l'aide d'un liquide antiseptique. On y laissera en permanence des applications du même liquide. Lorsque la suppuration est formée, il y a avantage, dans les cas d'hydrosadénite, à lui donner issue pour éviter la formation d'abcès trop volumineux. On peut abandonner à elle-même l'ouverture des furoncles de petites dimensions.

2° *Inflammations du tissu cellulaire sous-cutané (phlegmons et abcès sous-cutanés de l'aisselle).* — Ces inflammations peuvent reconnaître les mêmes causes que celles que nous venons d'étudier, c'est-à-dire l'irritation de la peau par la sueur et par la malpropreté, les frottements répétés. Dans bon nombre de cas même, les phlegmons sous-cutanés ne sont autre chose que la propagation de l'inflammation des glandes sébacées et sudoripares, la suppuration ayant dépassé les limites de la paroi glandulaire. D'après Dolbeau (2), le point de départ peut en être aussi dans des angioleucites superficielles du membre supérieur ou du mamelon, propagées dans la région axillaire. Aux causes précédentes, il faut joindre celles qui relèvent de l'état général, comme le diabète et le surmenage.

Ces phlegmons sont remarquables par leur tendance à la diffusion. Ils gagnent

(1) VERNEUIL, *Arch. de méd.*, 1854, 5<sup>e</sup> série, t. IV, vol. II, p. 447-695.

(2) DOLBEAU, art. AISSELLE du *Dict. encycl.*

la face antérieure de la poitrine, en donnant naissance à une rougeur œdémateuse analogue à celle de l'érysipèle: aussi Velpeau donnait-il à cette variété d'inflammation le nom de *phlegmons érysipélateux et diffus*. Ces phlegmons peuvent occasionner des phénomènes généraux graves, leur marche est très rapide; de bonne heure, ils aboutissent à la suppuration qui forme au-dessous de la peau des collections purulentes plus ou moins étendues et qui même, perforant l'aponévrose, peut devenir l'origine de phlegmons profonds. C'est une raison pour intervenir de bonne heure par de larges débridements. Si l'inflammation prend le caractère gangreneux propre au phlegmon diffus, on aura recours au fer rouge pour pratiquer les débridements.

b. *Phlegmons et abcès profonds.* — Ils sont plus rares que les phlegmons superficiels, auxquels ils peuvent du reste succéder, lorsque la suppuration a franchi les limites de l'aponévrose. Mais c'est là une circonstance exceptionnelle; bien plus souvent l'inflammation a son siège primitif au-dessous de l'aponévrose, soit dans le tissu cellulaire profond, soit, ce qui est bien plus fréquent encore, dans les ganglions lymphatiques de la région. Ce sont, en effet, les inflammations du système lymphatique qui représentent la grande cause de ces abcès, qu'il y ait eu primitivement une écorchure de la main ou des doigts, une gerçure du mamelon, une plaie de la région antérieure du thorax ou de la base du cou.

Beaucoup plus rarement, les abcès profonds de l'aisselle se développent comme conséquence de la propagation directe d'une inflammation de voisinage, dont le point de départ est dans une lésion osseuse, des côtes, de l'humérus ou de la clavicule. Enfin, il faut encore faire jouer un grand rôle dans la production de ces phlegmons aux états généraux, diabète, albuminurie, alcoolisme, surmenage. Dépassant les limites de la région axillaire, la suppuration peut envahir la paroi antérieure du thorax et former une de ces volumineuses collections purulentes qui, soulevant le grand et le petit pectoral, constituent le phlegmon sous-pectoral. Reconnaisant le plus souvent comme cause locale une origine lymphangitique, cette variété de phlegmon est fréquemment en rapport avec l'existence d'un mauvais état général.

Lorsqu'il s'agit de phlegmons ganglionnaires, on voit habituellement, à la suite d'une écorchure ou d'une piqûre septique, un ou plusieurs ganglions lymphatiques se tuméfier dans la cavité axillaire. Ils sont sensibles à la pression et sous l'influence des mouvements du membre; puis, ils se réunissent entre eux pour former une tumeur bosselée, qui bientôt adhère à la peau; la rougeur et l'œdème se montrent, et enfin la fluctuation, indice de la formation d'un abcès. Le développement de cette inflammation ne va pas sans donner naissance à des phénomènes généraux; mais ceux-ci, dans les cas d'inflammations circonscrites et dont la nature n'est pas infectieuse, n'atteignent pas généralement une grande gravité.

Au contraire, dans les cas où il s'agit d'inoculations septiques et, en particulier, dans les cas de piqûres anatomiques, on voit les phénomènes généraux prendre une redoutable intensité; cette variété constitue la forme à laquelle Dolbeau a donné le nom de forme grave du phlegmon profond de l'aisselle, qu'on pourrait aussi appeler, suivant la remarque de M. Duplay, forme infectieuse. L'invasion de l'inflammation dans cette forme spéciale est annoncée par un violent frisson. Une fièvre intense, du délire, de la prostration, tous les symptômes d'un état typhoïde accompagnent les phénomènes locaux de l'inflam-

mation, et la mort peut survenir avant que le pus ne soit collecté. Dans d'autres cas où la marche de la maladie est moins foudroyante, un volumineux abcès se forme, et l'on peut voir des fusées purulentes se produire au-dessous de la clavicule ou sous la face profonde de l'omoplate. On a même admis que la suppuration envahissant de proche en proche les différents tissus qui forment la paroi thoracique pouvait se faire jour dans l'intérieur de la cavité pleurale. On sait que c'est à un accident de ce genre qu'a été attribuée la mort de J.-L. Petit, le fils. D'autres faits analogues ont été publiés; en 1878, encore, un auteur anglais, Caton<sup>(1)</sup>, rapportait le fait d'une petite fille de huit ans, chez laquelle un abcès de l'aisselle se serait ouvert dans le poumon. Mais quand on examine ces faits, on voit qu'ils sont loin d'être aussi démonstratifs que le prétendent leurs auteurs. Il arrive, en effet, que des pleurésies purulentes viennent s'ouvrir sur la paroi antérieure de l'aisselle et puissent en imposer pour des abcès ayant suivi une marche inverse. On sait que des adhérences se formant entre les deux feuillets des séreuses les protègent en général contre l'invasion des abcès situés dans leur voisinage. Toutefois, il est un autre mécanisme par lequel les abcès de l'aisselle peuvent retentir sur la plèvre voisine, c'est la propagation de l'inflammation par la voie lymphatique. Deux fois nous avons vu se développer une pleurésie par ce mécanisme chez des malades atteints de suppuration axillaire. Velpeau, Richet, Dolbeau ont rapporté des faits semblables.

Étant donnée la possibilité des graves accidents que nous venons de signaler, la nécessité d'une prompt intervention s'impose. Il faut de bonne heure donner issue à la suppuration; on ne se laissera point effrayer par le voisinage des vaisseaux et nerfs axillaires; on se rappellera, en effet, que ces organes importants sont situés sur la paroi externe de l'aisselle, à l'union de son tiers antérieur avec ses deux tiers postérieurs. Pour les éviter, il suffit de tourner la pointe du bistouri vers la paroi interne de l'aisselle et non du côté du bras; on incisera les tissus couche par couche, en s'aidant de la sonde cannelée. L'incision faite, on pratiquera le drainage; si la collection purulente s'étend très loin du côté de la paroi antérieure de l'aisselle, il pourra être nécessaire de faire de côté une contre-ouverture et de passer un drain en anse. C'est en évacuant aussi complètement que possible la suppuration qu'on se mettra en garde contre une complication fréquemment observée, dans les cas où tout le tissu cellulaire profond de l'aisselle a été détruit par le pus, nous voulons parler de la formation des fistules axillaires. Un drainage exact, des injections modificatrices, la compression sont les divers moyens qu'on peut mettre en usage pour combattre ces fistules dont la guérison se laisse parfois longtemps attendre. Une autre complication des suppurations profondes de l'aisselle, c'est la formation de brides cicatricielles qui, reliant l'une à l'autre les deux parois interne et externe de la cavité axillaire, opposent un obstacle aux mouvements d'abduction. Les douches, les frictions, les massages sont les moyens à employer en pareil cas.

#### B. — INFLAMMATIONS CHRONIQUES

A côté des inflammations à marche aiguë que nous venons de signaler, on peut observer dans la région axillaire des collections purulentes qui sont la

<sup>(1)</sup> CATON, *Axillary abscess perforating the thoracic wall; recovery. Med. Times and Gaz.*, 1878, vol. II, p. 412.

conséquence de processus inflammatoires à marche lente. On a noté dans l'aisselle des collections purulentes qui n'étaient autre chose que des abcès métastatiques développés au cours de l'infection purulente.

D'autres variétés d'abcès froids sont ceux qui sont symptomatiques de lésions osseuses du voisinage, lésions des côtes, de la clavicule, de l'humérus, de la colonne vertébrale elle-même, sans parler des abcès de la scapulalgie que nous aurons bientôt l'occasion de mentionner. Rappelons enfin les abcès froids auxquels donnent naissance les pleurésies purulentes, qui viennent s'ouvrir sur la paroi antérieure de la cavité axillaire. Outre les symptômes communs à toutes les variétés d'abcès froids, ceux de cette dernière espèce possèdent encore des caractères qui leur sont propres; ils sont susceptibles de se réduire par la pression; ils subissent aussi des mouvements d'impulsion et une exagération de volume pendant la toux et pendant l'effort.

#### 2<sup>e</sup> ARTHRITES DE L'ÉPAULE. — SCAPULALGIE

Les arthrites de l'épaule sont d'origine variable; fréquemment elles succèdent aux traumatismes de cette articulation, contusions, fractures, luxations; quant aux arthrites spontanées, elles sont assez fréquemment la conséquence du rhumatisme ou de la blennorrhagie.

Nous insisterons seulement ici sur l'arthrite fongueuse ou tuberculeuse, dite aussi *scapulalgie*.

La scapulalgie ou arthrite fongueuse de l'épaule est rare, si on la compare aux arthrites chroniques des autres grandes articulations. Dans son relevé fait en 1855, Crocq ne compte que 5 scapulalgies sur 140 arthrites fongueuses de siège différent. Comparée à la coxalgie, elle est dans le rapport de 5 à 45, ou de 4 pour 15 environ, chiffre qui peut être l'expression de la vérité dans l'âge adulte, mais qui est certainement exagéré, si l'on a égard à l'énorme fréquence de la coxalgie chez les enfants. Billroth n'en a observé que 28 cas sur 1996 exemples de tuberculose articulaire. D'après Townsend, on n'a vu que 21 scapulalgies sur 5244 tuberculoses articulaires à l'hôpital « for Ruptured and Crippled » de New-York. Ces 21 cas comprenaient 11 garçons et 10 filles. L'âge moyen des malades était 12 ans; le plus jeune malade avait 5 ans; le plus âgé 55 ans.

Si nous cherchons à nous rendre compte des causes de cette rareté relative de la scapulalgie, nous pouvons invoquer tout d'abord la loi formulée par Bonnet. D'après cet auteur, une articulation est d'autant plus exposée à devenir le point de départ d'une arthrite fongueuse que sa synoviale est doublée d'un tissu cellulo-adipeux plus abondant. C'est ce qui existe par exemple pour le genou; au contraire, la même condition ne se rencontre pas au niveau de l'articulation de l'épaule. Nous pouvons invoquer en outre la grande mobilité que possède l'articulation scapulo-humérale, mobilité qui lui permet de fuir devant les traumatismes; ajoutons-y l'absence de pressions continuelles entre les surfaces articulaires, telles qu'elles se produisent au membre inférieur pendant la marche et la station.

La scapulalgie est surtout fréquente chez les jeunes gens et dans la première moitié de la vie, jusqu'à l'âge de 50 à 55 ans; on l'observe beaucoup plus rarement chez les enfants. Toutefois M. Péan<sup>(1)</sup> dit l'avoir observée chez un

<sup>(1)</sup> PÉAN, Thèse de doct. de Paris, 1860.