

pli du coude en *médiane céphalique* et *médiane basilique*. C'est cette veine surtout qui offre souvent des anomalies. Tous ces vaisseaux sont situés sous la peau, et, par conséquent, dans les conditions habituelles, ils ne sont pas en relation immédiate avec les vaisseaux et nerfs situés plus profondément. Ainsi, en particulier, la veine médiane basilique qui est plus ou moins parallèle à l'artère brachiale, est séparée de cette dernière, à l'état normal, par l'expansion aponévrotique du biceps, car l'artère passe au dessous de ce feuillet fibreux, le long du bord interne du tendon du muscle en question. Le nerf médian de son côté passe à quelques lignes en dedans de l'artère humérale, entre celle-ci et l'épitrachlée. Mais on sait que l'artère brachiale offre souvent des anomalies. Ainsi elle peut passer tout entière sur l'expansion aponévrotique du biceps et, par conséquent, dans le voisinage de la veine basilique, ou bien, en cas de division précoce de l'artère humérale, c'est tout au moins l'artère radiale qui se trouve située à côté de la veine choisie pour la saignée.

D'après ces données anatomiques, c'est la veine céphalique qui convient le mieux pour la phlébotomie, car c'est en s'adressant à ce vaisseau que l'on est le plus sûr d'éviter des lésions importantes des autres parties constituantes de la région (artère humérale, nerf brachial cutané interne). Mais cette veine est rarement d'un fort calibre; aussi se décide-t-on le plus souvent à prendre pour la saignée la veine médiane basilique. On devra seulement, par un examen attentif, s'assurer que l'artère brachiale ne se trouve pas située à côté de la veine. On évite le brachial cutané interne en donnant à l'incision du vaisseau une direction longitudinale.

Lorsque l'opération est pratiquée avec une lancette, on place le membre dans l'extension ou une légère flexion, le malade étant assis ou couché. Avant l'opération on applique au-dessous du milieu du bras une bande que l'on fixe au moyen d'un nœud, de façon à pouvoir l'enlever facilement. Cette bande doit être suffisamment serrée pour empêcher le retour du sang veineux sans entraver la circulation artérielle. On applique ensuite la pointe de la lancette, sous un angle de 45°, contre le vaisseau que l'on fixe au moyen du pouce, et on la plonge d'un seul coup à travers la peau et la paroi antérieure de la veine, de façon à ouvrir cette dernière dans une direction longitudinale ou un peu oblique. On agrandit l'incision en retirant l'instrument. Si la veine fuit devant la lancette, on la ramène au niveau de la plaie cutanée, et l'on fait une nouvelle ponction du vaisseau. On aura soin d'exciser les petits lobules graisseux qui se présentent dans la plaie. Il peut arriver qu'aucune goutte de sang ne s'écoule parce que le malade a une syncope. On le couche alors horizontalement et même, dans certaines circonstances, on fait placer la tête plus bas que le tronc. Le sang peut aussi ne pas s'écouler parce que la bande n'a pas été appliquée convenablement, de façon qu'elle opère une constriction trop forte, ou, par contre, insuffisante. Parfois des mouvements imprimés à la main favorisent l'écoulement du sang. Dans d'autres cas, le vaisseau a subi une torsion, et il en est résulté un défaut de parallélisme entre la plaie de la veine et celle des téguments. Dans ces conditions on voit bientôt se produire un hématome sous-cutané.

Pour arrêter l'écoulement du sang on enlève la bande compressive, et l'on recouvre la petite plaie d'une compresse que l'on fixe à l'aide d'une bande. Il est nécessaire d'immobiliser le membre pendant plusieurs jours, dans une

écharpe et de prendre les précautions antiseptiques d'usage. Le moyen le plus sûr de prévenir l'infection, c'est de nettoyer avec soin le terrain opératoire à l'aide d'une solution phéniquée, de n'opérer qu'avec des instruments parfaitement désinfectés, et, une fois l'opération terminée, d'appliquer un petit pansement de Lister. On évite ainsi sûrement la phlébite et la pyémie consécutives à la saignée.

L'accident le plus désagréable qui puisse survenir dans la phlébotomie, c'est la **blessure de l'artère humérale**. On reconnaît cette lésion à l'écoulement en jet d'un sang rouge clair. Il n'en résulte pas toujours un anévrisme comme le prouvent les cas bien constatés de blessure de l'artère qui ont guéri grâce à un traitement rationnel. DIEFFENBACH conseillait d'agrandir la plaie cutanée, puis d'en rapprocher les bords à l'aide de sparadrap, et d'appliquer sur la région un tampon de charpie imprégné d'albumine et fixé à l'aide d'une bande de flanelle trempée dans cette même substance.

DIEFFENBACH conseillait, d'autre part, de ne pas comprimer l'artère humérale au niveau du bras, mais il nous semble plus sûr, après avoir enveloppé l'avant-bras d'une bande de flanelle et avoir assuré la compression antiseptique de l'artère blessée, d'exercer également une compression de ce vaisseau le long du bras au moyen de compresses languettes fixées par des tours de bandes. *La position élevée du membre favorisera beaucoup la guérison de la plaie de l'artère en produisant une diminution de la pression sanguine. Si l'hémorragie ne s'arrête pas au bout de peu de temps, on ira à la recherche du vaisseau dans la plaie, et on le divisera entre deux ligatures.*

L'hémorragie s'arrête cependant assez souvent d'elle-même, et la plaie cutanée guérit, mais bientôt l'apparition d'une petite tumeur plus ou moins arrondie et animée de pulsations, prouve que l'on a affaire à un **anévrisme**. Le plus souvent on entend à l'auscultation un bruit net de souffle ou une sorte de bourdonnement.

Dans quelques cas la plaie de l'artère est suivie d'un **anévrisme artériel simple**, tandis que dans d'autres, il existe un orifice de communication entre l'artère piquée et la veine. Suivant que dans l'anévrisme artérioso-veineux, le maximum de dilatation et de flexuosité porte sur la *veine* ou sur l'*artère*, on dit que l'on a affaire à une **varice anévrismale** ou à un **anévrisme veineux ou variqueux**. Le courant sanguin artériel dilate les parois veineuses et augmente la tension de ces dernières. D'autre part, dans l'artère elle-même, le courant veineux entre en conflit avec le courant artériel; grâce à la stagnation du sang qui en résulte, l'artère se dilate, se distend peu à peu, et par suite de l'irritation mécanique continue que subit le vaisseau ainsi dilaté, ce dernier devient le siège d'une inflammation chronique ayant pour conséquence un épaississement de ses parois.

Lorsque l'anévrisme est complètement développé, on peut encore en obtenir la guérison par la compression digitale, par une forte flexion de l'avant-bras ou en ayant recours à un compresseur (PITHA). Mais on aura soin, en cas d'insuccès, de ne pas persister trop longtemps dans

l'emploi de ces moyens, vu la grande richesse en anastomoses que présente la région du coude.

Parmi les diverses opérations qui ont été pratiquées en vue de la guérison de ces anévrismes, c'est la ligature, selon la méthode de Hunter, qui offre le moins de chances de succès, bien qu'un certain nombre de malades aient été guéris par la simple ligature de l'artère brachiale. Elle devra être réservée aux anévrismes simples et aux anévrismes communicants de peu d'étendue. Par contre, dans les cas plus graves, nous conseillons d'avoir recours à l'incision du sac après ligature des différents vaisseaux qui s'y rendent, et avant tout des bouts supérieur et inférieur de l'artère humérale. Cette opération n'offre guère de difficultés, à condition qu'elle soit pratiquée avec l'aide de la méthode d'hémostase d'Esmarch.

Lorsqu'il s'agit de faire une transfusion, on met à nu d'abord le vaisseau par une incision cutanée. Puis on l'isole des parties molles sous-jacentes et l'on passe au-dessous un fil double. Entre ces deux fils on ponctionne le vaisseau, et par la petite ouverture ainsi pratiquée, on introduit du côté central de la veine la canule destinée à l'introduction du sang. Pendant que la canule est à demeure, on empêche le sang veineux d'arriver de la périphérie en soulevant le fil placé au-dessous de l'incision du vaisseau.

§ 76. — **La ligature de l'artère humérale, au pli du coude**, est une opération très simple. On fait dans cette région, le long du bord interne du biceps, une incision pénétrant peu à peu à travers la peau et l'expansion aponévrotique du muscle que nous venons de mentionner, sans blesser les veines sous-cutanées. On trouve tout près du bord interne du tendon du biceps, l'artère accompagnée de deux veines. Le nerf médian qui passe plus en dedans, à une certaine distance de l'artère, est facile à éviter.

Nous renvoyons aux paragraphes suivants l'étude des *lésions traumatiques de l'articulation du coude*.

B. PROCESSUS INFLAMMATOIRES DE LA RÉGION DU COUDE.

§ 77. — Dans notre description des fractures des extrémités articulaires, nous avons déjà fait remarquer que ces lésions sont très souvent suivies de processus inflammatoires de l'articulation du coude. L'épanchement sanguin qui se produit dans la cavité synoviale et l'irritation due aux fragments déplacés des extrémités articulaires, surtout si l'on a pas soin de bien immobiliser le membre, ont bien souvent pour conséquence des affections inflammatoires, tantôt légères, tantôt graves, de l'articulation du coude. Dans les formes légères de traumatisme, au sang épanché s'ajoute une certaine quantité de liquide séreux, et le plus souvent alors la synoviale devient le siège de proliférations; il se forme un pannus qui, en l'absence d'un traitement rationnel,

donne lieu, dans la suite, à des synéchies partielles des surfaces articulaires. Parfois aussi la lésion traumatique est suivie d'une synovite tuberculeuse avec toutes ses conséquences. Lorsqu'une violence traumatique capable de produire une luxation, par exemple l'hyperextension, s'épuise avant que les surfaces articulaires aient cessé d'être en contact réciproque, la **distorsion** ou **entorse** qui en résulte, s'accompagne aussi le plus souvent d'un épanchement sanguin intra-articulaire, et le traitement doit être institué de façon à éviter toute inflammation de l'articulation, à cause des graves conséquences qu'elle peut avoir au point de vue fonctionnel. Il en est de même dans les différentes luxations du coude.

De même que les lésions traumatiques sous-cutanées entraînent à leur suite le plus souvent les formes légères d'inflammation articulaire, les **fractures et luxations compliquées de plaies** sont fréquemment suivies directement des formes les plus graves d'arthrite suppurée et putride. Dans les luxations nous avons mentionné, comme complication rare, la perforation des parties molles du pli du coude par l'extrémité inférieure de l'humérus. Le même accident peut se produire dans les fractures siégeant directement au-dessus des condyles, lesquelles sont assez souvent compliquées d'une lésion de l'articulation. Plus fréquemment, il est vrai, ces formes d'arthrite sont dues à des fractures comminutives directes par violences traumatiques graves, qui ouvrent largement l'articulation, détruisent les parties molles de la région, et aggravent considérablement le danger de l'ouverture de l'articulation par la présence d'esquilles détachées qui ont pénétré dans les tissus péri-articulaires. Nombre de fractures articulaires par cause directe, et particulièrement celles de l'olécrâne, se compliquent secondairement d'une arthrite suppurée, par suite du sphacèle des parties molles qui ont subi le choc traumatique. Dans un cas où la fracture n'avait donné lieu, tout d'abord, qu'à un simple épanchement sanguin dans l'articulation, j'ai vu se produire, dans la suite, une destruction par gangrène des parties molles et de la capsule à la face postérieure du membre; une arthrite suppurée en fut la conséquence.

Nous avons encore à mentionner les blessures de l'articulation par instruments tranchants et piquants; elles peuvent guérir avec conservation parfaite des mouvements, mais, d'autre part, elles peuvent être suivies de la suppuration et de la destruction de l'articulation.

Tout particulièrement fréquentes sont les **blessures de la région du coude, par armes à feu**. Les plaies de l'articulation par projectiles de guerre n'offrent des difficultés de diagnostic que dans les rares cas dans lesquels la balle a pénétré dans l'avant-bras ou le bras, à une certaine distance de l'articulation; elle peut alors avoir déterminé des lésions osseuses s'étendant jusque dans l'articulation, ou n'avoir produit jusqu'au niveau de cette dernière qu'une plaie des parties molles pour briser ensuite l'apophyse coronoïde, la tête du radius ou aussi l'épiphyse humérale, voire même toutes les extrémités articulaires. Mais la plupart des plaies du coude par coups de feu intéressent directement l'articulation; tantôt le projectile fait sauter un condyle ou l'olécrâne, tantôt il produit des fractures transversales ou longitudinales s'étendant jusqu'au delà de