

avoir à se départir de cette règle, lorsqu'on sait que le blessé restera plus ou moins longtemps sans traitement, et que l'on se trouve dans l'impossibilité d'appliquer un pansement antiseptique quelconque; on aurait alors à discuter la question de savoir s'il ne vaudrait pas mieux, pour conserver la vie des blessés, avoir recours plus souvent soit à l'amputation, dans les cas graves, soit à la résection, lorsqu'un projectile a simplement ouvert l'articulation ou a blessé aussi les os, mais sans produire des désordres considérables. Si l'on est appelé à traiter des blessures de ce genre déjà infectées, on parviendra, sans doute, le plus souvent à se rendre maître de l'infection par l'arthrotomie et le drainage, par la désinfection des foyers de suppuration articulaires et péri-articulaires, à l'aide de solutions d'acide phénique, de sublimé et l'application d'iodoforme dans la plaie, enfin par l'extraction des corps étrangers, qu'il s'agisse de projectiles, de lambeaux de vêtement ou de fragments osseux détachés. La résection peut être aussi indiquée, dans certaines circonstances, lorsque les extrémités articulaires sont fortement broyées et infiltrées de pus, ou que leur ablation permet seule de donner aux liquides un libre écoulement et de désinfecter convenablement la plaie. Dans quelques rares cas seulement on devra procéder d'emblée à l'amputation, à savoir lorsqu'une suppuration abondante de l'articulation, avec décomposition putride du pus, a déjà donné lieu à des symptômes généraux graves.

Nous reviendrons plus loin sur les résultats définitifs de la résection dans ces cas, et nous donnerons ici seulement quelques chiffres se rapportant à la mortalité des individus opérés sans antiseptie. D'après la statistique de BILLROTH, la résection du coude, en temps de guerre, a donné une mortalité de 20,6 0/0, tandis qu'elle a été de 33,3 0/0 pour les amputations du bras. Les statistiques d'autres chirurgiens donnent des résultats analogues. DOUTRELEPONT a trouvé pour la résection une mortalité de 12 0/0 seulement et SALZMANN donne les chiffres 18,32 0/0 pour la résection et 35,9 0/0 pour l'amputation du bras. DOMINIK se basant sur les opérations pratiquées pendant la guerre franco-allemande, et surtout sur les résultats obtenus du côté des allemands, a soumis récemment à une révision la statistique de la mortalité à la suite de ces interventions. Tout d'abord il trouva, d'après les chiffres antérieurs à 1870, une mortalité de 46,8 0/0 pour le traitement expectatif-conservateur, de 21,1 0/0 pour la résection du coude, et de 33,3 0/0 pour l'amputation du bras. Par contre, dans la guerre franco-allemande, d'après les calculs de cet auteur, la mortalité se monta à 23,8 0/0 pour la résection et à 38,0 0/0 pour l'amputation. Jusqu'ici on n'est pas parvenu à donner une statistique de la marche des formes graves de blessures du coude par armes à feu traitées sans opération dans les dernières guerres, car précisément pour cette articulation, la résection est devenue la règle. Les chiffres fournis jusqu'à présent (62 0/0 DEMME, 60 0/0 SALZMANN) n'ont certainement

aucune valeur. Mais tout chirurgien a acquis l'impression que ces cas non opérés justifient presque l'opinion de LARREY, d'après laquelle les blessures du coude par armes à feu avec fracture grave des extrémités articulaires ont un pronostic, sinon plus mauvais, en tout cas guère meilleur que les blessures analogues de l'épaule. D'après nos connaissances actuelles, le danger de mort, lorsqu'on n'observe pas les règles de l'antiseptie, est décidément moindre à la suite de la résection qu'en l'absence de toute intervention.

Dans les blessures de l'articulation du coude par instruments tranchants, se pose la question de savoir si l'on doit simplement fermer la plaie par suture ou s'il convient de pratiquer d'abord le drainage de la cavité articulaire. Les plaies tout à fait récentes et absolument propres, par exemple celles qui sont dues au bistouri du chirurgien, peuvent naturellement être réunies complètement par la suture. Par contre, dans les cas douteux, il est toujours préférable de ne pas fermer entièrement la plaie, mais de la laisser en partie ouverte et de la drainer. En règle générale, on devra laver tout d'abord la cavité articulaire avec des solutions désinfectantes (acide phénique, sublimé). S'il existe déjà une forte hémarthrose, et que l'on redoute un épanchement inflammatoire, on fera bien d'établir d'emblée d'autres orifices de drainage. L'endroit le plus propice sous ce rapport est l'espace situé au-dessus de l'olécrâne à la face postérieure de l'articulation, de chaque côté du triceps, et parfois il sera bon de faciliter l'écoulement des liquides par la suspension du membre. Il va sans dire que, dans toutes ces interventions, on devra se conformer aux principes de l'asepsie et de l'antiseptie, et qu'un pansement antiseptique sera appliqué sur la région du coude. (Pour le traitement de l'arthrite suppurée traumatique, voir § 80.)

§ 79. — **L'hydarthrose aiguë du coude** n'est pas très fréquente. Je l'ai observée plusieurs fois, à la suite d'une distorsion de l'articulation. Parfois aussi elle succède à une plaie par instrument piquant ou tranchant, et elle est alors volontiers suivie de suppuration, si elle n'a pas été soumise à temps à un traitement convenable. Le liquide distend tout d'abord la partie de la capsule située au côté externe de l'olécrâne, entre ce dernier et la tête du radius. En outre, on voit apparaître peu à peu une tuméfaction de plus en plus étendue sous le tendon du triceps et de chaque côté de ce dernier, au-dessus de son insertion à l'olécrâne. Les troubles fonctionnels se manifestent bientôt par l'impossibilité de fléchir et d'étendre l'avant-bras au-delà d'une certaine limite. Le malade tient son coude fléchi à angle obtus; il ne peut ni l'étendre complètement, ni le fléchir à angle droit. Les mouvements de pronation et de supination sont aussi limités à un degré variable. Dans un cas j'ai observé une luxation incomplète du radius en avant. **L'hydarthrose chronique** est beaucoup plus rare au coude que dans les autres articulations, et l'on a surtout très rarement l'occasion de rencontrer ici un épanchement séreux

considérable dans la cavité articulaire; le plus souvent il s'agit alors d'une arthrite déformante ou d'une hydarthrose tuberculeuse avec concrétions de fibrine.

L'**inflammation aiguë suppurée spontanée** de l'articulation du coude est une affection rare. Elle accompagne parfois une ostéomyélite de l'humérus ou est symptomatique d'une maladie infectieuse (pyémie, septicémie, blennorragie). Dans d'autres cas, la cause de l'affection nous échappe. Ici également, la tuméfaction se montre, en premier lieu, aux endroits mentionnés plus haut. Le plus souvent on ne tarde pas à voir survenir un phlegmon péri-articulaire, et le pus perfore bientôt la capsule. De même que dans les formes chroniques de suppuration dont nous aurons encore à parler, les *orifices des fistules* sont rarement situés du côté de la flexion du coude. Dans la plupart des cas, surtout dans les formes chroniques, la perforation de la capsule paraît s'opérer à l'endroit désigné plus haut, c'est-à-dire entre le radius et l'olécrâne. Cependant on voit aussi, assez souvent, des fistules s'ouvrir de chaque côté du tendon du triceps ou dans la région de l'épitrôchlée.

Mais il arrive aussi que les perforations ne se produisent qu'à la suite de fusées purulentes étendues, de sorte qu'en présence d'un phlegmon aigu développé rapidement, le long du membre, il peut être difficile d'arriver à un diagnostic, en se basant sur la situation des fistules. A l'avant-bras le phlegmon se propage le long des muscles qui recouvrent le radius, et le pus peut n'atteindre la surface qu'au niveau de la main. A la face postérieure du bras le pus se répand dans la gaine de tissu conjonctif du triceps, et se fait jour le long des bords de ce dernier, le plus souvent du côté interne, à une distance variable soit du coude, soit de l'épaule. Pour le diagnostic on devra prendre en considération les fistules qui persistent à la suite de fusées purulentes provenant d'abcès (de forme chronique) de la bourse séreuse de l'olécrâne (voir § 82).

L'**arthrite suppurée du coude** s'accompagne, surtout au début, de douleurs vives et, parfois, d'une fièvre intense. Ces symptômes s'expliquent bien, au point de vue anatomique, par l'étendue limitée de l'espace intra-capsulaire et le défaut absolu d'élasticité des parois de ce dernier. Le danger de cette affection réside dans le développement d'un **phlegmon péri-articulaire**. Les formes métastatiques suivent souvent une marche relativement bénigne. Les autres formes, par contre, ont toutes un pronostic douteux au point de vue fonctionnel. L'arthrite, lorsqu'elle est de longue durée, se complique d'ulcération du cartilage et de carie superficielle, et la guérison avec une gêne considérable des mouvements, sinon avec ankylose, doit être considérée encore comme un bon résultat.

Une affection fréquemment observée et qui se développe spontanément ou à la suite de légers traumatismes, surtout chez les enfants scrofuleux et les personnes âgées tuberculeuses, c'est la **tuberculose** de

l'articulation du coude (arthrite granuleuse, fongueuse, ou l'ancienne tumeur blanche).

D'après les relevés de statistique de BILLROTH, sur 1996 faits de carie des différents segments du squelette, 93 intéressaient les os du coude, 293 les os du genou, 198 les os de la hanche, 150 ceux du pied, 41 ceux de l'articulation de la main et 28 ceux de l'épaule. Parmi les grandes articulations, le coude occuperait donc le quatrième rang, au point de vue de la fréquence des affections qui sont cause de la carie.

Dans un assez grand nombre de cas se développent primitivement une ou plusieurs **affections en foyer dans les extrémités articulaires**. La région épiphysaire, de même que la partie de l'os voisine de l'épiphyse, sont

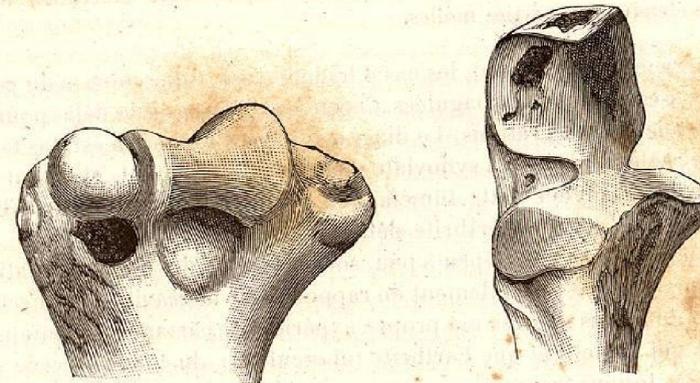


Fig. 15. — Affections en foyers (ostéite granulo-tuberculeuse) des extrémités articulaires. a. Foyer tuberculeux situé au-dessus du condyle en communication avec l'articulation. b. Foyer de l'olécrâne qui s'est ouvert dans la cavité articulaire.

relativement souvent affectées. Dans l'olécrâne on observe des foyers tuberculeux en forme d'infarctus, ou bien des cavités du volume d'un pois ou d'une fève ou plus grandes encore, et remplies soit de granulations molles, soit d'un mélange de ces dernières avec du pus caséux. Dans l'intérieur des granulations on rencontre de nombreux tubercules miliaires. La perforation du foyer dans l'articulation à travers le cartilage est suivie d'une synovite tuberculeuse générale. Tantôt le processus reste limité à l'os primitivement atteint, tantôt il se propage à l'articulation voisine; c'est avant tout la situation du foyer qui décide de l'une ou l'autre de ces alternatives. Il n'est pas rare d'observer des affections de l'extrémité articulaire du cubitus s'étendant au loin jusque dans la diaphyse, et c'est dans ces cas principalement que le processus osseux évolue très souvent en dehors de l'articulation, ou reste extra-articulaire grâce à nos moyens de traitement. Les mêmes affections en foyers se rencontrent également dans la partie épiphysaire de l'humérus. Souvent il ne s'agit que d'un seul foyer, tandis que, dans d'autres cas, il en existe deux ou même un plus grand nombre (voir fig. 15).