

La forme syphilitique de l'arthrite du coude doit être traitée tout d'abord par les moyens anti-syphilitiques ; en outre, on instituera un traitement local consistant dans le râclage, la résection etc., comme dans les cas de tuberculose articulaire.

Dans les diverses affections de l'articulation du coude dans lesquelles on doit s'attendre à voir se produire un état de roideur ou d'ankylose, on fera bien de maintenir l'avant-bras fléchi au moins à angle droit. Un coude ankylosé dans l'extension ne peut être qu'embarrassant. Pour faire disparaître une roideur ou ankylose dans cette position, on aura recours aux moyens habituels, et de préférence à la pression des mains pendant l'anesthésie chloroformique. Après avoir ainsi fléchi le coude à angle droit, on l'immobilise dans un appareil. En imprimant peu à peu à l'avant-bras des mouvements passifs de plus en plus étendus, on réussit aussi parfois à fléchir l'articulation tout en lui conservant sa mobilité dans le sens de l'extension. Pour faire disparaître un état de roideur et ramener l'avant bras dans l'extension, on peut aussi se servir d'appareils analogues à ceux que l'on emploie pour l'articulation du genou. L'attelle imaginée par BIDDER répond particulièrement bien à ce but. La résection peut être indiquée dans les cas d'ankylose complète à angle obtus ou dans l'extension. Une autre question qui se pose ici, est celle de savoir s'il est permis de pratiquer la résection du coude ankylosé à angle droit dans le but de rendre à l'articulation sa mobilité. Bien qu'une intervention de ce genre donne parfois de brillants résultats, nous ne saurions la conseiller d'une façon générale, car on n'a pas la certitude que l'opération ne sera pas suivie d'une nouvelle ankylose, et, d'autre part, une articulation ballante peut être la conséquence d'une excision étendue des extrémités osseuses. VOGT a attiré l'attention sur certaines contractures myogènes du muscle biceps qui se produisent quelquefois et dont la cause, dans certains cas, doit être cherchée dans une myosite d'origine syphilitique. Dans les formes bien caractérisées de cette affection, l'articulation du coude, bien qu'elle ne présente aucun signe d'arthrite, tend à prendre peu à peu l'attitude de la flexion, et à chaque tentative de ramener l'avant-bras dans l'extension, le tendon du biceps fortement tendu se dessine sous les téguments. Il est rare que l'on rencontre alors de véritables gommés. Une ténotomie sous-cutanée met fin parfois à la contracture, et dans un cas la guérison a été obtenue par le traitement antisiphilitique. Dans d'autres cas, d'après les observations de VOGT, la cause de la contracture réside dans une affection syphilitique de l'articulation ou de la bourse séreuse du biceps. Enfin on a admis qu'une contracture douloureuse pouvait être la conséquence d'une affection nerveuse chez des individus en puissance de la syphilis. Pour ma part, je ne dispose d'aucune observation de ce genre. On aura recours, dans ces cas, aux moyens mécaniques combinés avec le traitement spécifique.

Parmi les contractures de l'articulation du coude, on a encore décrit le **cubitus valgus** et le **cubitus varus**. Le **cubitus varus** (NICOLADONI) paraît reconnaître toujours une origine traumatique. Cependant N. admet aussi que le rachitisme peut jouer un rôle étiologique. Il est probable qu'il s'agissait d'une fracture articulaire dans laquelle la solution de continuité de l'os passait en dedans, par la partie interne du cartilage épiphysaire de l'humérus et en dehors par la diaphyse. La conséquence de cette fracture est, en effet, une ossification prématurée de l'épiphyse et une cessation de l'accroissement en longueur de la région épiphysaire interne. L'axe de rotation de l'articulation prend ainsi une direction oblique, le cubitus s'infléchit vers la ligne médiane du corps, et il se produit une asymétrie de la trochlée et de l'olécrâne et un épaissement de l'humérus au-dessus de la fossette coronoïdienne.

V. LESSER a décrit une déformation qui, par son aspect extérieur, n'a, il est vrai, qu'une lointaine analogie avec le genu valgum ; elle a été déjà observée maintes fois, probablement chez les individus à ligaments très lâches, et consiste dans la possibilité d'étendre le coude bien au-delà des limites normales, dans l'hyperextension. L'olécrâne glissait alors sur la trochlée, et le radius subissait une subluxation en arrière.

Ces deux genres de déformation n'ont, du reste, pour le moment, aucune importance pratique.

§ 81. — **L'arthrite déformante** n'est pas rare au coude. Cette articulation peut être affectée dans l'arthrite déformante poly-articulaire, mais il n'est pas rare non plus d'observer la forme mono-articulaire. Dans l'échelle de fréquence elle vient à peu près en troisième ligne (hanche, genou, coude). Dans la première forme on observe d'abord pendant longtemps une gêne des mouvements, dans différentes directions, puis on voit survenir une tuméfaction des extrémités articulaires, laquelle se montre surtout de bonne heure au niveau de la tête du radius ; quant à la forme mono-articulaire qui succède principalement à des traumatismes de l'articulation guéris d'une façon vicieuse, elle se complique en outre, le plus souvent, d'une déformation traumatique de la région du coude. Presque toujours l'articulation contient des corps étrangers en partie tout à fait libres, en partie finement pédiculés. On a, du reste, aussi observé au coude des corps étrangers articulaires qui provenaient presque certainement d'une rupture de certaines parties du rebord cartilagineux, telles qu'une portion latérale du radius ou de la cavité sigmoïde du cubitus (WEICHSELBAUM). Après le genou c'est l'articulation du coude qui est le siège le plus fréquent des **corps libres**. On constate le plus facilement leur présence entre le radius et le bord latéral du cubitus, et c'est dans cette région également que l'on réussit ordinairement le mieux à les extirper (opération antiseptique).

§ 82. — Dans le voisinage de l'articulation du coude se développent parfois des **processus inflammatoires** ayant pour point de départ certaines parties déterminées de la région. Dans le tissu conjonctif lâche qui recouvre l'olécrâne, existe une bourse séreuse assez grande, mais dont l'étendue est cependant sujette à des différences individuelles. Cette bourse est constante chez les enfants et chez les adultes. Par contre, la bourse séreuse située plus profondément entre l'insertion du tendon du triceps et l'olécrâne, est plus inconstante et ne se rencontre même pas dans tous les cadavres d'adultes (GRUBER).

Ces deux poches séreuses sont le siège de processus inflammatoires bien connus, de nature soit aiguë, soit chronique; mais c'est la bourse superficielle qui est le plus fréquemment affectée d'inflammation aiguë, à la suite d'une lésion traumatique, d'un furoncle, etc. On observe alors une rougeur diffuse et une tuméfaction de la région postérieure du coude, bientôt suivies de la formation d'un abcès. L'inflammation de la bourse séreuse profonde donne lieu à des symptômes plus graves. Cette affection (*bursitis acuta olecrani*) se présente sous la forme d'un phlegmon partant de la pointe de l'olécrâne pour se propager, suivant les irradiations de l'aponévrose profonde, vers la face dorsale du bras et particulièrement du côté de l'avant-bras. Parfois le pus se fait jour au dehors loin de la bourse séreuse soit au bras, soit à l'avant-bras. Une incision précoce sur la tubérosité de l'olécrâne met, en général, promptement fin aux symptômes inflammatoires. Après avoir lavé la cavité de l'abcès avec des solutions désinfectantes, on applique un pansement antiseptique.

L'hygroma et **l'hématome** de la bourse séreuse rétro-olécrânienne ne sont pas non plus tout à fait rares; on les observe surtout chez les individus qui, dans leur travail, sont obligés de s'appuyer beaucoup sur les coudes; ils se présentent sous la forme de tumeurs arrondies plus ou moins étendues. Beaucoup de ces tumeurs ne causent aucune souffrance, et les individus qui en sont affectés ne songent nullement à consulter un médecin. Si elles atteignent de grandes dimensions et sont une cause de gêne, on essayera la ponction suivie de l'injection d'acide phénique. Quant aux hygromas anciens et volumineux avec dépôts fibrineux et prolifération cellulaire des parois, on ne peut les faire disparaître que par l'incision du sac et le grattage de la surface interne de ce dernier, opération qui sera suivie de l'application d'un pansement antiseptique.

Il n'est pas rare qu'une autre affection se cache sous le tableau clinique de l'hygroma rétro-olécrânien. C'est ainsi que la goutte forme parfois un dépôt, dans la bourse séreuse en question, et la remplit de masses donnant sous le doigt la sensation de crépitation. Le plus souvent on peut s'abstenir de toute intervention opératoire, dans cette forme d'affection goutteuse; ce n'est que dans les cas où une fistule viendrait à se former, que l'on aurait à procéder à l'extraction des masses uratiques, et à traiter l'abcès suivant les règles généralement usitées. Il est encore plus fréquent d'observer sur l'olécrâne un abcès à marche chronique, lequel se développe quelquefois à la suite d'une lésion traumatique des os de la région; les fistules qui en sont la conséquence, guérissent à la suite d'une opération consistant à inciser largement les parois de l'abcès, à mettre à nu l'olécrâne et à enlever les granulations, le cas échéant. **L'inflammation granuleuse-tuberculeuse** de la bourse rétro-olécrânienne a rarement son point de départ dans les parois de cette poche séreuse; le plus souvent, elle est sous la dépendance d'une affection en foyer de l'olécrâne; par conséquent, elle doit être traitée par l'évidement de ce foyer osseux, après débridement du sac et curage de ce dernier pour le débarrasser des fongosités qu'il contient.

VOGT mentionne également des cas d'affection de la bourse séreuse située sur la tubérosité du radius, dans le pli du coude, sous le tendon du biceps. La tuméfaction de cette poche provoquerait une douleur, dans la flexion active du coude combinée avec la supination de la main.

Nous avons déjà fait mention de l'inflammation de la glande cubitale. Nous rappellerons seulement ici qu'à l'époque où l'on pratiquait souvent la saignée, la *phlébite du pli du coude* n'était point un accident rare.

C. OPÉRATIONS PRATIQUÉES SUR L'ARTICULATION DU COUDE.

Résection du coude.

§ 83. — Nous avons déjà insisté toutes les fois que l'occasion s'en présentait, sur les cas dans lesquels la résection du coude nous paraissait indiquée; nous allons seulement en récapituler les indications. Nous considérons cette opération comme étant indiquée :

1. **Dans les lésions traumatiques de l'articulation** intéressant les os, surtout s'il s'agit d'une fracture multiple avec séparation complète de certaines parties des extrémités articulaires. Une pareille lésion peut se produire en temps de paix, à la suite de diverses violences traumatiques. Cependant il n'est pas rare que la solution de continuité de l'os se soit opérée, dans ces cas, de façon que la guérison puisse être tentée sans résection, surtout si la lésion est récente (voir § 78).

C'est ainsi que l'on traitera par la méthode conservatrice les fractures compliquées de l'olécrâne, les fractures sus-condyliennes de l'humérus, avec perforation de la peau, les luxations dans lesquelles la tête articulaire fait saillie hors de la plaie des téguments, pourvu toutefois que la réduction en soit facile et que l'on ne constate pas en même temps d'autres lésions graves des vaisseaux et des nerfs. La méthode conservatrice est plus rarement à conseiller dans les plaies de l'articulation par armes à feu avec destruction étendue des extrémités articulaires. Il sera toujours nécessaire dans ces cas d'ouvrir l'articulation et d'en pratiquer le drainage. Si l'on rencontre alors des fragments osseux détachés, on devra les enlever, et si les os sont brisés en fragments multiples, on réalisera des conditions plus simples par la résection. Il en serait de même à plus forte raison, si l'on avait affaire non pas à une lésion récente, mais à une plaie déjà gravement infectée. On croyait autrefois que l'on n'était pas autorisé à risquer une intervention dans les cas de ce genre, et l'on condamnait toute opération pendant cette période d'infection. Or les expériences faites dans la dernière guerre, ont prouvé que l'opération intermédiaire pratiquée avec les précautions antiseptiques, ne fait pas courir un danger beaucoup plus grand que l'opération primitive. Il y a longtemps déjà que ROSER a démontré la nécessité de l'opération intermédiaire dans un certain nombre de cas, et HUETER en a étendu encore les indications. De nos jours, la méthode de traitement des plaies infectées a fait des progrès si évidents, qu'il importe encore beaucoup plus qu'autrefois de ne pas laisser subsister la doctrine du danger des opérations intermédiaires. Les simples plaies articulaires par instruments pi-