

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-

quants et tranchants, de même que les fractures peu compliquées de l'articulation, n'exigent la résection que dans certaines conditions déterminées se rapportant à l'intensité de la fièvre et à l'augmentation de la suppuration. Habituellement, comme nous l'avons dit plus haut, dans les blessures de ce genre il suffit de combattre par un traitement antiseptique la suppuration articulaire. Par contre, la résection est certainement justifiée dans les cas de luxation non réduites qui ont compromis à un haut degré l'aptitude fonctionnelle du membre.

2. D'après ce qui précède nous ne pensons pas non plus que la résection soit indiquée dans les cas de suppuration non traumatique de l'articulation. On devra essayer ici tout d'abord le drainage et la désinfection de l'articulation, d'après les règles bien connues, et appliquer un pansement antiseptique; on n'aura recours à la résection que secondairement, dans les mêmes conditions que celles que nous venons de formuler pour les blessures de l'articulation avec suppuration consécutive.

3. **L'arthrite tuberculeuse** du coude (chronique-suppurée-fongueuse) est l'affection qui exige le plus souvent la résection. Nous avons déjà discuté plus haut les conditions dans lesquelles la résection peut être remplacée par le traitement chirurgical local des foyers primitifs, ainsi que de l'affection diffuse de la synoviale, au moyen de la cuiller tranchante et de la gouge, d'une part, des ciseaux et des pinces, d'autre part; nous avons dit à cette occasion qu'à notre avis, l'emploi de l'iodoforme restreindra de plus en plus dans la suite les indications de la résection. Mais comme il s'agit d'une articulation peu accessible aux instruments, on comprend que l'opération dont nous venons de parler, ne permette pas toujours d'enlever toutes les parties malades de la synoviale et des os, comme le fait la résection typique; c'est pourquoi, nous basant sur notre propre expérience, nous croyons devoir engager les chirurgiens à ne pas y avoir trop souvent recours, surtout chez les adultes. En effet, il peut facilement arriver que l'on laisse ainsi échapper le moment propice à une résection, et qu'une récidive se produise insidieusement après la guérison apparente des fistules. Par contre, chez les jeunes enfants, on fera tout d'abord des essais répétés du traitement local avant de se décider à la résection qui, chez eux, constitue toujours une mutilation. Nous avons conseillé également la résection, dans les cas d'arthrite granuleuse sans fistules, ayant résisté déjà longtemps à tous les moyens de traitement.

§ 84. — Dans le paragraphe précédent nous avons posé les indications de la résection du coude, de telle façon qu'il en résulte évidemment que nous ne sommes point d'avis d'enlever à cette opération une partie de son domaine, pourvu que ce dernier se trouve compris dans des limites raisonnables. Actuellement, on le sait, beaucoup d'auteurs ont une tendance à combattre la résection, en se basant sur les attaques dirigées surtout contre les opérations de ce

genre pratiquées chez les blessés par armes à feu (voir articulation de l'épaule). Cette manière de voir ne saurait être attribuée à la gravité de l'opération, car nous avons démontré plus haut que le danger de mort est moindre, à la suite de la résection qu'après l'amputation du bras ou le traitement conservateur appliqué aux blessures graves du coude. De fait, si les auteurs croient devoir rejeter la résection, chez les blessés par armes à feu, en temps de guerre, c'est à cause des mauvais résultats obtenus, à la suite de cette opération, au point de vue de l'aptitude fonctionnelle du membre.

La résection de l'articulation du coude a été pratiquée dès l'année 1782. Bien que l'on compte par centaines les cas opérés jusqu'ici, surtout depuis une cinquantaine d'années, nous sommes encore dans l'incertitude, au sujet des résultats définitifs de cette intervention chirurgicale. Nous ne savons même rien de certain sur les résultats de cette opération, en temps de paix, la statistique n'étant pas basée sur un nombre de faits suffisant. Comme pour toutes les autres articulations, nous avons à porter nos recherches sur trois résultats définitifs différents (nous faisons abstraction des cas dans lesquels la guérison ne s'opérant pas, il ne peut être question que de l'amputation): le premier est la guérison avec une **néarthrose plus ou moins complète**, et, au point de vue fonctionnel, avec une mobilité et une force de l'articulation qui parfois se rapprochent de ce qu'on observe à l'état normal. Tout chirurgien un peu occupé se rappelle avoir obtenu ou vu obtenir des guérisons de ce genre. Mais lorsque le coude réséqué est doué de mobilité, cette dernière ne constitue pas toujours un avantage pour l'opéré. Dans certaines circonstances, en partie connues, en partie encore inconnues, l'opération laisse à sa suite une **articulation flottante**. LOEFFLER a établi ici une distinction assez rationnelle entre l'articulation flottante *activement* mobile, dans laquelle le membre rend des services, et l'articulation flottante *passivement* mobile, dans laquelle le membre est devenu plus ou moins inutile. Dans les mouvements de flexion l'avant-bras se déplace le plus souvent vers le bras, et l'action musculaire se modifie ainsi complètement; grâce au peu de solidité de l'articulation et au changement qui s'est produit dans l'action des muscles, le membre perd beaucoup de sa force, et l'on comprend que tout au moins dans les cas où l'articulation est passivement flottante, le membre perde toute son aptitude fonctionnelle, à l'exception de la main qui, le plus souvent, peut encore être utilisée. En outre, précisément dans ces cas, se produisent volontiers des troubles de nutrition considérables de tout le membre, lesquels doivent être attribués tantôt à une lésion des nerfs (cubital), tantôt à un défaut d'usage de longue durée, tantôt enfin à des troubles trophiques encore inconnus. Enfin mentionnons comme troisième résultat définitif l'**ankylose à angle droit** qui, certainement, est préférable à cette seconde forme de guérison, et qui, dédaignée autrefois, a été considérée, dans ces derniers temps, par beaucoup de chirurgiens, comme un but digne d'être atteint.

Nous ne possédons jusqu'à présent aucun renseignement certain sur la fréquence relative de ces différentes formes de guérison définitive. En tout cas on a jusqu'ici exagéré le nombre des succès, grâce à l'impression laissée par un certain nombre de cas très favorables observés peu de temps après l'opération, et l'on n'a pas tenu suffisamment compte du fait que, parfois, une articulation bien reconstituée et solide peut devenir flottante à une époque ultérieure.