

plaie. Si l'on néglige de le faire d'emblée, et qu'une hémorragie secondaire se produise, on devra aller à la recherche de l'artère dans la plaie en voie de guérison et pratiquer la ligature isolée de chacun des bouts du vaisseau. Actuellement, grâce à l'ischémie artificielle du membre, cette ligature dans la plaie est presque toujours possible. D'après ma propre expérience, le pronostic de ces hémorragies s'est considérablement amélioré grâce à la *méthode antiseptique et à la précaution de maintenir continuellement le membre dans une position élevée pouvant aller jusqu'à la suspension verticale*. Dans ces dernières années, j'ai observé un assez grand nombre de cas de ce genre, et je n'ai pas eu à combattre une seule hémorragie secondaire.

La compression de l'artère brachiale est beaucoup moins sûre dans ces cas; tantôt on comprime l'artère contre l'humérus au niveau de la partie moyenne du bras, tantôt on fléchit le coude à angle aigu suivant le procédé qui a été conseillé surtout par ADELMANN dans ces derniers temps.

Un procédé peu sûr dans ses résultats, est celui qui consiste à pratiquer la double ligature, c'est-à-dire à lier le bout central du vaisseau blessé ainsi que l'autre artère de l'avant-bras, par conséquent la cubitale s'il s'agit d'une blessure de la radiale. On comprend qu'il en soit ainsi étant données les communications qui existent entre l'interosseuse et les artères en question. Un moyen déjà plus sûr dans ces cas, c'est la ligature de l'artère humérale, mais, ici encore, les insuccès ont été fréquents. Lorsque l'hémorragie provient de la radiale, il y aurait avantage à lier l'artère brachiale au-dessous de l'origine de l'humérale profonde (MARTIN).

Quant aux anévrismes des artères de l'avant-bras, on cherchera à en obtenir la guérison par la compression de l'artère brachiale ou par la flexion du coude. La méthode la plus sûre est, ici encore, celle d'ANTYLLUS, c'est-à-dire l'incision du sac et la double ligature; parfois seulement on fera bien de donner la préférence à la ligature de l'humérale, suivant la méthode de HUNTER, à savoir lorsqu'un anévrisme de la radiale s'étend à une grande hauteur entre les muscles de l'avant-bras. Quelques petits anévrismes ont été guéris également au moyen d'injections d'ergotine (V. LANGENBECK).

La **ligature de ces artères** dans la continuité a été pratiquée assez souvent, et, en général, facilement lorsqu'elles n'offraient pas d'anomalies.

Parmi ces anomalies mentionnons la division prématurée de la radiale, qui se trouve alors située superficiellement et accompagne le plus souvent la veine céphalique. Dans d'autres cas l'artère est d'une étroitesse anormale, ou bien elle contourne le radius déjà au-dessus de l'articulation du poignet, pour se porter à la face dorsale de la main. De même la cubitale est parfois superficielle, double ou anormalement grêle.

Pour lier l'**artère radiale** à la partie supérieure de l'avant-bras, on fait une incision le long du bord interne du long supinateur. Dans la

profondeur on écarte ce dernier muscle du grand palmaire, et l'on aperçoit alors l'artère sur les tendons du rond pronateur et du long fléchisseur propre du pouce. En dehors de l'artère se trouve le rameau superficiel du nerf radial. Ce même procédé sert à trouver l'artère jusqu'au milieu de l'avant-bras; ici encore, c'est le long supinateur qui est le meilleur guide pour la recherche du vaisseau, ce dernier étant en rapport direct avec le bord interne de ce muscle¹.

La ligature de la radiale se pratique ordinairement à l'endroit où l'on a l'habitude d'explorer le pouls. On fait au-dessus de l'articulation du poignet, une incision intéressant la peau et l'aponévrose superficielle, le long du bord externe du grand palmaire. Deux veines accompagnent l'artère, tandis que le nerf médian et le nerf radial sont à une certaine distance de l'artère.

Enfin on peut lier également la branche terminale de la radiale à l'endroit où ce vaisseau, après avoir passé sous les tendons long abducteur et court extenseur du pouce, arrive dans l'espace situé entre le long abducteur et le long extenseur du pouce (tabatière anatomique). Une incision dans cet espace met à nu tout d'abord la veine céphalique et le nerf radial. On pénètre ensuite entre les tendons et l'on trouve l'artère sur le trapèze.

L'**artère cubitale**, vu sa situation profonde à la partie supérieure de l'avant-bras, ne se prête guère à une ligature dans cette région. A la partie moyenne de l'avant-bras on arrive sur le vaisseau par une incision longitudinale le long du bord externe du muscle cubital antérieur. On écarte ce dernier muscle du fléchisseur superficiel. L'artère repose sur le fléchisseur profond dans la ligne d'incision; elle est côtoyée par deux veines satellites, tandis que le nerf passe plus en dedans, sous le cubital antérieur².

Au-dessus de l'articulation radio-carpienne on fait une incision à travers la peau et l'aponévrose, le long du bord externe du cubital antérieur. On trouve l'artère au bord du tendon de ce muscle, tandis que le nerf passe en dedans du vaisseau, derrière le tendon.

B. PROCESSUS INFLAMMATOIRES DE L'AVANT-BRAS ET DE LA RÉGION DU POIGNET. TUMEURS.

§ 98. — La périostite et ostéomyélite aiguë des os de l'avant-

1. Rappelons, d'autre part, que l'artère radiale se trouve située sur le trajet d'une ligne qui réunirait le milieu du pli du coude à l'apophyse styloïde du radius. (Note du traducteur.)

2. La portion sous-musculaire de l'artère se dirige très obliquement en bas et en dedans dans le tiers supérieur, puis devient verticale dans le reste de l'avant-bras. Une ligne allant de l'épitrôchlée à la face externe du pisiforme, correspond exactement à l'interstice qui sépare le muscle cubital antérieur du fléchisseur superficiel. (Note du traducteur.)

bras n'est point une affection rare. Il est intéressant de voir, particulièrement chez les enfants, des nécroses du cubitus s'étendre jusqu'à l'articulation du coude et déterminer une suppuration de cette dernière, sans qu'il en résulte une gêne considérable des mouvements une fois le séquestre enlevé. J'ai observé, pour ma part, un cas de ce genre, et VOLKMANN a rapporté l'observation d'un de ses malades chez lequel le cubitus se régénéra d'une façon très complète, si bien que l'articulation recouvra un haut degré de mobilité. J'ai aussi rencontré plusieurs fois de petits foyers ostéomyélitiques dans les extrémités articulaires du coude. Tantôt ces foyers s'étaient fait jour à l'extérieur et avaient laissée intacte l'articulation, tantôt ils s'étaient ouverts dans l'articulation, et avaient provoqué le développement d'une arthrite aiguë suppurée ou d'une inflammation subaiguë se rapprochant plutôt de l'arthrite fongueuse.

Mais beaucoup plus souvent, on observe de petits foyers chroniques intra-osseux, de nature tuberculeuse, dans le voisinage des extrémités articulaires. C'est ainsi que l'on rencontre assez fréquemment, dans l'olécrâne et l'extrémité articulaire du cubitus, des foyers circonscrits de nature tuberculeuse ostéomyélitiques, qui très facilement déterminent une arthrite secondaire du coude. Des gommés ont été aussi observées quelquefois dans les parties osseuses situées superficiellement. Les résections dans la continuité des os longs sont de nos jours assez généralement abandonnées, tandis qu'autrefois on les pratiquait dans les cas de nécrose et de lésion traumatique des os de l'avant-bras. En ce qui concerne les lésions traumatiques, nous savons que, même dans les cas de fracture comminutive étendue, on obtient plus sûrement la guérison, avec production d'un cal suffisant, lorsqu'on se contente d'enlever les esquilles détachées que lorsqu'on a recours à la résection; il en est de même dans les cas de nécrose; on attend ici qu'un étui osseux se soit formé autour du séquestre, puis, le long des fistules, on se fraye un accès vers ce dernier au moyen de la gouge et du marteau, et l'on en opère l'extraction.

On n'aurait recours à une résection partielle que pour le cas où un *néoplasme* provenant de l'un des deux os de l'avant-bras, pourrait être encore enlevé complètement, sans amputation. Pour ce qui concerne le radius, il existe plusieurs observations qui prouvent la possibilité d'extirper la tumeur pendant un temps assez long à partir du début de cette dernière. Le plus souvent, il est vrai, l'amputation du bras est alors nécessaire.

§ 99. — Le **phlegmon de l'avant-bras** se développe le plus souvent à la suite d'une blessure ou d'une inflammation de la main. Nous reviendrons, du reste, sur ce sujet lorsque nous nous occuperons des processus inflammatoires des doigts.

Nous avons encore à étudier ici deux processus pathologiques qui ont

pour siège de prédilection certains tendons et gaines tendineuses, à savoir l'inflammation des longs tendons extenseurs du pouce et l'hygroma de la gaine des fléchisseurs.

La **ténosynovite** (tendovaginite) des tendons du pouce en rapport avec le radius, est presque toujours la conséquence d'un fonctionnement exagéré des muscles correspondants. Cette affection est fréquente chez les blanchisseuses, et le plus souvent elles l'attribuent bien nettement aux efforts qu'elles font pour tordre le linge. Je l'ai observée assez souvent chez des charpentiers qui s'étaient beaucoup fatigués en maniant le perçoir. Les tambours en seraient aussi assez souvent affectés à la suite de leurs exercices (RICHET).

La ténosynovite se reconnaît tout d'abord à la sensation douloureuse qu'éprouve le malade au moment où il cherche à reprendre son travail. La douleur se manifeste particulièrement dans l'acte consistant à saisir et à fixer un objet avec le pouce, ainsi que dans les mouvements d'abduction de ce même doigt. Mais presque toujours le malade remarque, en outre, l'existence d'une tuméfaction douloureuse plus ou moins prononcée, formant une saillie modérée, et commençant à l'apophyse styloïde du radius pour s'étendre de bas en haut sur une longueur d'environ 4 centimètres. D'autre part, son attention ne peut manquer de se porter sur une sensation particulière de crépitation qui se produit lorsqu'il fait mouvoir son pouce. On peut provoquer ce symptôme qui a fait donner à la maladie le nom de **ténosynovite crépitante** (tenalgia crepitans), en saisissant à pleine main l'avant-bras au-dessus de l'articulation du poignet, et en imprimant au pouce des mouvements d'abduction et d'adduction.

Il s'agit évidemment, dans ces cas, d'un épanchement séro-sanguinolent très léger dans la gaine tendineuse, avec dépôt fibrineux sur les parois de cette dernière. Le bruit particulier de cuir neuf que l'on perçoit, est dû au frottement de la surface rugueuse du tendon contre la paroi rugueuse également de la gaine tendineuse; le mécanisme est le même que pour le bruit de frottement de la pleurésie sèche.

Qu'on se garde bien de se laisser entraîner à admettre une fracture en se basant sur ce seul signe de la crépitation. Cette erreur, en effet, a été certainement déjà commise plus d'une fois, d'autant plus que la ténosynovite apparaît subitement, à la suite d'une violence qui, cependant, est toujours très différente de celle qui produit les fractures de l'avant-bras.

Les tendons des extenseurs des doigts seraient aussi assez souvent le siège d'une ténosynovite; par contre, l'inflammation de la gaine des fléchisseurs est beaucoup plus rare.

Aux malades affectés de tendovaginite, on prescrit le plus souvent le repos de la main et l'application de révulsifs tels que l'emplâtre mercuriel, la teinture d'iode, les vésicatoires. Dans ces derniers temps, je suis