

du coude avec toutes ses déformations, avec le déplacement consécutif du radius dont la cupule est atrophiée. Les *ostéophytes* adhérents ou libres qui deviennent des corps étrangers intra-articulaires sont fréquents au coude, ils ne présentent pas les mêmes inconvénients qu'au genou parce que, dit-on, ils ne peuvent s'interposer entre les surfaces articulaires. Ils varient depuis le volume d'un grain de millet jusqu'à celui d'un pois.

Arthrite tuberculeuse. Tumeur blanche du coude. — Disons d'abord que la tuberculose peut débiter par la couche profonde du périoste péri-articulaire, donne naissance ainsi à des *abcès froids* qu'il importe de vider, de curer à fond pour éviter de les voir consécutivement communiquer avec la cavité articulaire ou de voir la synoviale envahie par les tubercules, chose qu'il ne sera pas toujours facile d'éviter, car d'ordinaire la tuberculose osseuse n'est pas restée limitée au foyer de l'abcès froid et a déjà gagné les extrémités osseuses.

La tumeur blanche du coude paraît débiter plus souvent par les os que par la synoviale, les tubercules osseux sont tantôt enkystés, tantôt infiltrés (voir *Arthrites tuberculeuses en général*, t. I^{er}). Si le traumatisme, auquel toujours le malade rattache son affection, n'en est pas l'origine réelle il en est très souvent la cause déterminante. C'est d'abord une gêne douloureuse des mouvements, des douleurs qui deviennent de plus en plus vives; la jointure augmente de volume, le malade immobilise son coude en position légèrement fléchi. Le gonflement augmente à mesure que la synoviale devient fongueuse, les muscles s'atrophient au-dessus et au-dessous de la jointure, ce qui rend le coude fusiforme. Tous les tissus péri-articulaires s'infiltrent à leur tour, ils deviennent lardacés, la peau est luisante. Puis la suppuration intervient, les foyers s'ouvrent à l'extérieur, des fistules par lesquelles s'écoule le pus osseux caractéristique s'établissent. Les symptômes généraux qui accompagnent cet état sont, comme toujours en pareil cas, la fièvre avec ses exaspérations vespérales, la perte de l'appétit, etc.

L'articulation se détruit de plus en plus, les tissus fibreux, les ligaments deviennent lardacés, friables et les os déformés, entourés de stalactites ostéophytiques, se déplacent, le radius est porté en avant. L'état général continue à s'altérer, la fièvre devient hectique, l'infection générale de l'économie survient et le malade succombe. Quelquefois cependant chez les enfants, quand par suite du séjour à la mer, d'une alimentation riche, des toniques de toute nature, on a modifié favorablement le terrain évolutif, la tuberculisation rétrocede et la guérison peut se produire avec ankylose du coude complète ou incomplète.

Traitement. — Après ce que nous avons dit du traitement des arthrites tuberculeuses en général, nous n'avons plus guère à insister ici.

Sans doute l'immobilisation prolongée du coude en demi-flexion et demi-pronation peut amener des guérisons par ankylose. Mais aujourd'hui

d'hui que, grâce aux méthodes antiseptiques, on peut, sans que la vie du malade soit le plus habituellement en danger, aller attaquer le mal dans sa racine, mieux vaut, suivant les circonstances et d'après Ollier, suivant l'âge du malade, pratiquer chez l'enfant les arthrotomies avec curage profond et cautérisation du foyer, et chez l'adulte les résections sous-périostées de toutes les parties malades. Les résultats obtenus sont parfaits au point de vue de la prolongation de la vie, mais au point de vue fonctionnel, quoi qu'en dise Ollier, il est toujours à craindre que l'opération sous-périostée ne laisse elle-même qu'un membre impotent et inutile.

Quand les accidents sont plus graves, quand les malades ne sont pas en état de faire face à la réparation des surfaces abrasées ou évidées, il faut recourir à l'amputation.

Inutile de revenir sur le traitement général.

§ 6. — Ankyloses du coude.

Toutes les affections traumatiques ou nutritives du coude peuvent par suite de causes diverses déterminer une ankylose fausse ou vraie de l'articulation.

En effet, d'une part, l'immobilité prolongée des muscles, l'épaississement, l'induration des ligaments et des couches fibreuses périphériques, la disparition ou l'usure des cartilages avec soudure osseuse consécutive amènent ce résultat. Tantôt ce sont des liens fibreux de nouvelle formation, tantôt de véritables soudures osseuses, espèces de cals qui immobilisent la jointure, ou tout au moins en limitent les mouvements. Les os soudés ne conservent pas leur forme normale, ils sont diminués de volume, résorbés en partie, leur position réciproque s'est modifiée aussi, le radius est placé en avant du cubitus. L'avant-bras légèrement fléchi à angle obtus sur le bras est en pronation partielle, l'usage du membre devient alors très difficile; pour qu'il puisse servir, il faut que l'ankylose soit à angle droit et en demi-pronation. C'est la position que choisissent toujours les chirurgiens quand ils cherchent à obtenir l'ankylose dans les maladies du coude.

Traitement. — Lorsque l'ankylose est récente et fibreuse, les mouvements gradués imprimés au coude avec massage, douches de vapeur, etc., peuvent rendre un certain jeu à la jointure. On a préconisé l'emploi d'appareils spéciaux à redressement lent et continu. J'en ai vu de bons résultats, quand quelques mouvements limités persistaient encore dans le coude.

Je ne dirai rien de la rupture brusque et violente de l'ankylose, on y a renoncé en présence des accidents survenus, aujourd'hui c'est à la résection, à l'ostéotomie que l'on donne la préférence; suivant la nature des cas, on enlèvera toute l'épaisseur de la jointure soudée, où

l'on se bornera à en réséquer la partie humérale. Lorsqu'il s'agira de transformer une ankylose rectiligne ou obtuse, en ankylose angulaire, on pratiquera une ostéotomie cunéiforme (voir *Ankyloses en général*, t. I).

ARTICLE VI. — AFFECTIONS CHIRURGICALES DE L'AVANT-BRAS.

§ 1. — Lésions traumatiques. — Plaies.

Les *plaies par instruments piquants* de l'avant-bras ne sont pas rares, coups de fleuret, coups d'épée, de couteau, de poinçon, etc.

Celles par *instruments tranchants* sont produites par des coups de sabre, des coups de couteaux, des éclats de verre. Tout comme les précédentes elles sont sans grande gravité, si les nerfs et les vaisseaux ne sont pas atteints. Les tendons sectionnés seront affrontés et suturés. Les os sont quelquefois atteints et plus ou moins sectionnés.

Les plaies par *instruments contondants* sont assez fréquentes dans les ateliers, l'avant-bras peut être pris dans une courroie de transmission, dans une machine quelconque et ses parties molles sectionnées ou arrachées. Les chevaux mordeurs causent souvent des plaies extrêmement contuses aux cavaliers qui les pansent. Les projectiles de guerre peuvent déterminer des plaies des parties molles sans fracture.

On voyait fréquemment, jadis, survenir des phlegmons de l'avant-bras à la suite de toutes ces plaies, aussi recommande-t-on aujourd'hui d'employer toujours les pansements antiseptiques.

Les nerfs sectionnés doivent être suturés après avivement de leurs bouts.

Lorsque les blessures de l'avant-bras atteignent les artères, tantôt, c'est le cas le plus fréquent, la radiale seule est atteinte, assez souvent c'est la cubitale, très rarement l'interosseuse, elles peuvent encore l'être en même temps. Les anastomoses si multipliées des artères du membre supérieur, au niveau du coude, du poignet, dans la paume de la main permettent au sang de revenir facilement par le bout inférieur; aussi, après avoir arrêté momentanément l'hémorragie par la compression, faut-il toujours débrider la plaie, aller à la recherche du vaisseau blessé et en lier les deux bouts. Si la plaie est tellement mâchurée que la découverte de l'artère blessée est impossible, on pourra lier le vaisseau en dehors de la plaie, immédiatement au-dessus et au-dessous de celle-ci. Il est rare dans ces conditions, si la ligature est bien faite, que l'on soit obligé de remonter jusqu'à l'humérale et s'il le fallait on la lierait au-dessus de l'humérale profonde, car celle-ci par ses anastomoses avec le cercle artériel qui entoure le coude ramènerait l'hémorragie par le bout supérieur du vaisseau blessé.

Anévrysmes artériels de l'avant-bras. — Bien rares sont les cas d'anévrysmes spontanés de la région, l'immense majorité de ces lésions sont dues à des piqûres par instrument vulnérant ou par des esquilles, ou à des sections incomplètes des artères.

Ces plaies peuvent donner naissance à un anévrysme diffus, ou à un anévrysme circonscrit. Dans ce dernier cas la tumeur, animée de battements isochrones, d'expansion excentrique, permet de percevoir le bruit de souffle; le volume de l'anévrysme ne dépasse guère celui d'une petite pomme, souvent il est beaucoup moindre, mais en comprimant les nerfs voisins la tumeur peut être cause de fortes douleurs, sa présence gêne de plus les mouvements de l'avant-bras.

Quand la tumeur est petite, quand le vaisseau lésé est d'un faible calibre, la compression digitale suffit pour la guérison; dans les cas contraires, lorsque la gêne du membre est considérable, les douleurs irradiées très vives, on ouvrira le sac après avoir lié le vaisseau au-dessus et au-dessous et l'on se conduira comme nous l'avons déjà souvent indiqué.

§ 2. — Fractures des os de l'avant-bras.

Les deux os, cubitus et radius, sont le plus souvent fracturés simultanément, mais chacun des deux os peut l'être isolément.

Fractures des deux os de l'avant-bras. — Ces fractures très fréquentes sont, quoi qu'on en ait dit, plus souvent dues à des causes directes, coups de bâtons, roues passant en travers de l'avant-bras, etc., qu'à des causes indirectes, la forme anatomique des deux os et leur courbure vers l'axe du membre s'y opposent. C'est dans leurs deux tiers inférieurs qu'ils se brisent d'ordinaire.

Les fractures peuvent être simples, multiples ou comminutives suivant la violence de la force qui les produit; elles sont transversales ou obliques, dentelées d'ordinaire. C'est la direction suivant laquelle agit la force vulnérante qui détermine le sens du déplacement des fragments, mais toujours l'élasticité des muscles pronateurs tend à ramener les deux os fracturés l'un vers l'autre en diminuant ainsi l'espace interosseux.

Chez les enfants, en raison de l'épaisseur du périoste, les fragments peuvent rester en contact et ne pas se déplacer, ce qu'ils font toujours chez l'adulte.

La crépitation est toujours facile à percevoir, quand il y a déplacement, elle ne l'est pas dans le cas contraire, qui pourra être confondu avec une contusion de l'os, ce qui au point de vue ultérieur n'a pas grand inconvénient, le traitement par l'immobilisation étant le même dans les deux cas.

Traitement. — La réduction est facile ainsi que la coaptation, il faut