

couche musculaire jusqu'à l'os, en rasant le bord de la manchette. Faites rétracter.

*Quatrième temps.* — Troisième section circulaire ayant pour but de diviser les fibres musculaires adhérentes à l'os et qui n'ont pu être entraînées en haut. Portez la lame obliquement, le tranchant dirigé en haut.

*Cinquième temps.* — Prenez un bistouri pour diviser les quelques fibres musculaires qui ont pu échapper au couteau ; décollez légèrement le périoste en le reportant en haut, afin d'avoir une surface osseuse parfaitement nette. Mettez une compresse fendue à deux chefs.

*Sixième temps.* — Sciez l'os en tenant la scie perpendiculaire à la surface de section.

*Septième temps.* — Hémostase et pansement. Pratiquez la réunion immédiate avec drainage. Rapprochez les bords de la manchette dans le sens vertical pour faciliter l'écoulement des liquides par le drain.

### CHAPITRE III

#### AFFECTIONS CHIRURGICALES DE LA RÉGION DU COUDE.

Les affections chirurgicales de la région du coude, et j'entends sous ce nom toutes celles qui confinent à l'articulation, tiennent une place considérable en clinique, en raison de leur fréquence, de la multiplicité des lésions, de la difficulté du diagnostic et de l'importance du traitement.

On y observe sans doute des plaies, des contusions, des inflammations et des lésions organiques (ces dernières extrêmement rares), mais ce qui domine de très haut la pathologie de cette région, ce sont les fractures et les luxations que le praticien rencontre à chaque instant.

Les *plaies* du coude, surtout celles de la région antérieure, empruntent un caractère particulier à la présence des vaisseaux et nerfs dont la situation est si superficielle qu'elle les expose aux blessures plus que partout ailleurs. Il est à peine besoin d'insister sur les plaies chirurgicales produites pour pratiquer la saignée du bras, tant cette petite opération est délaissée de nos jours. Je rap-

pelle seulement pour mémoire que la piqûre doit porter de préférence sur la veine médiane céphalique et non sur la médiane basilique, qui n'est séparée de l'artère humérale que par l'expansion aponévrotique, parfois très mince, du muscle biceps.

La blessure de l'artère s'observait jadis communément, ainsi que l'anévrysme qui en était souvent la conséquence. Si une saignée du bras devenait nécessaire, et que la médiane basilique fût la seule veine apparente du pli du coude, le praticien devrait, à mon sens, suivre la pratique suivante. Après avoir rendu la veine aussi saillante que possible par une compression circulaire exercée sur le bras (assez légère cependant pour ne pas interrompre la circulation artérielle), au lieu de piquer la veine à travers la peau avec une lancette d'une façon en quelque sorte aveugle, il serait préférable de pratiquer d'abord à la peau parallèlement à la veine et à sa surface une petite incision de un demi-centimètre, de découvrir la veine et de l'inciser à ciel ouvert sans aucun danger de la traverser de part en part.

Dans le cas où l'artère humérale n'est que piquée, il suffit d'appliquer en ce point un bandage compressif, de fléchir l'avant-bras sur le bras et de placer le membre sur un plan incliné, la main plus élevée que le coude.

Si l'artère était largement ouverte ou complètement divisée, il faudrait la découvrir et mettre une ligature au-dessus et au-dessous de la blessure (pour la ligature de l'humérale, voir *Anat. topogr.*, 4<sup>e</sup> édit., p. 518).

A la suite des blessures de l'artère humérale, il est fréquent de voir apparaître un anévrysme ; tantôt c'est un anévrysme diffus primitif, tantôt un anévrysme faux consécutif. La région est également bien disposée pour le développement de l'anévrysme artério-veineux. Ces anévrysmes avec leurs variétés, étant ordinairement la conséquence de saignées malheureuses, sont devenus beaucoup moins fréquents. Lorsqu'ils ont résisté aux moyens ordinaires, le seul traitement consiste à lier l'artère au-dessus et au-dessous du sac, ou de la communication veineuse, s'il s'agit d'un anévrysme variqueux.

Dans le cas où l'un des trois gros nerfs qui passent dans cette région serait sectionné, on pratiquerait la réunion immédiate des deux bouts. La piqûre des nerfs superficiels cutané interne et musculo-cutané est susceptible de donner naissance à des névralgies ultérieures très rebelles. J'ai dû pratiquer cette année (1886)

à l'Hôtel-Dieu une résection du musculo-cutané pour un cas de ce genre.

Un autre point important dans une plaie du coude est de savoir si la plaie pénètre ou ne pénètre pas dans la jointure. La solution est parfois difficile, s'il s'agit d'une plaie étroite, à moins qu'il ne s'écoule de la synovie. Dans tous les cas, il ne faut pas chercher à s'en assurer avec un stylet. Dans le doute, comportez-vous comme si la plaie était pénétrante : faites l'occlusion et immobilisez le coude sous une couche d'ouate ; vous pourrez ainsi prévenir l'arthrite traumatique.

Comme toutes les parties du corps, le coude est exposé aux plaies contuses, mais il est bon de signaler ici celles qui occupent la face postérieure, et spécialement la région olécrânienne. D'abord l'olécrâne est si rapproché de la peau que cet os et le périoste qui le recouvrent sont souvent en même temps contusionnés et consécutivement atteints d'ostéo-périostite. De plus, entre l'olécrâne et la peau existe une bourse séreuse constante qui, se trouvant quelquefois ouverte, s'enflamme et donne naissance à un phlegmon du coude.

Pour ces diverses raisons, réservez donc le pronostic lorsque vous observerez une de ces plaies, et apportez au traitement une attention particulière.

Les inflammations de la région du coude sont loin d'être rares ; c'est même l'un des sièges de prédilection de la tuberculose articulaire.

Tantôt c'est une arthrite franchement inflammatoire, soit traumatique, soit de cause génitale. Vous n'aurez pas de peine à la reconnaître : gonflement et empâtement de la région, douleurs spontanées vives, mais surtout exagérées par le moindre mouvement de l'articulation. La présence du liquide se révèle en ce que les deux dépressions qui siègent de chaque côté de l'olécrâne sont remplacées par deux saillies.

Le seul traitement à faire aussitôt que possible est d'immobiliser la jointure avec un appareil ouaté silicaté. Les douleurs sont en général calmées presque tout de suite, mais il convient de laisser l'appareil en place pendant longtemps, souvent deux à trois mois.

Un point capital dans l'application de l'appareil et dont nous constatons assez souvent l'omission, c'est la position à donner au membre. Rappelez-vous en effet que, s'il est très rare d'observer

la suppuration dans l'arthrite aiguë du coude, il est de règle au contraire d'observer, après guérison, une grande raideur qui peut aller jusqu'à l'ankylose, et il en faut prévenir vos malades. Or un coude ankylosé dans la position rectiligne rend le bras presque inutile, tandis qu'ankylosé à angle droit et surtout à angle aigu il rend encore de grands services. Si le bras est allongé au moment de votre intervention, et que vous ne puissiez le fléchir sans provoquer les plus vives douleurs, endormez le malade. Je m'occuperai d'ailleurs plus loin dans un paragraphe spécial, vu l'importance pratique du sujet, de l'ankylose du coude.

L'arthrite tuberculeuse ou tumeur blanche du coude ne présente pas de caractères cliniques spéciaux sur lesquels je doive m'arrêter. Si, au début, il est permis de se faire illusion et de croire à une arthrite simple, la marche de la maladie ne tarde pas à fixer le diagnostic, et vous observez les signes ordinaires des tumeurs blanches.

Le praticien est souvent embarrassé sur la conduite à tenir dans ce cas. Voici comment, à mon avis, il faut procéder.

Je suppose l'affection au début : il existe un certain empâtement du coude, si la synoviale est le siège primitif de la maladie, ou bien un point douloureux au niveau d'une des saillies articulaires, si le tubercule s'est d'abord développé dans le tissu osseux. Faites une application de pointes de feu et immobilisez le bras sans plus tarder avec un appareil ouaté. Maintenez votre appareil une quinzaine de jours environ ; nouvelles pointes de feu et nouvel appareil. Continuez ce traitement pendant un temps variable suivant la marche de l'affection, en mettant un intervalle plus ou moins grand entre la levée de chaque appareil. Opposez-vous pendant tout ce temps à l'usage du bras. Mais le coude va s'ankyloser, vous objectera-t-on à chaque instant. Bienheureux lorsqu'une arthrite tuberculeuse est guérie au prix d'une ankylose dans une bonne position !

Inutile de dire que pendant tout ce temps vous prescrivez les reconstituants sous toutes les formes et le séjour au bord de la mer, si cela est possible.

Mais malgré un traitement rationnel la maladie a fait des progrès incessants : il est survenu des abcès autour du coude, des trajets fistuleux se sont établis, le stylet pénètre sur des surfaces osseuses cariées. Bien qu'à cette période la guérison puisse

encore s'obtenir, surtout lorsque le malade n'a pas été traité convenablement jusqu'alors, je pense toutefois que le plus sage est de recourir à la résection du coude, car il y a beaucoup plus de chances pour que la maladie augmente encore, et cette opération, peu grave par elle-même, donne de si bons résultats fonctionnels, qu'il me paraît préférable d'y recourir plutôt que de tenter les chances douteuses d'une guérison spontanée, ne fût-ce que pour soustraire le malade aux dangers de l'épuisement et de la généralisation.

Enfin, plus tard encore, le coude est tout entier désorganisé; les ligaments latéraux sont détruits, on obtient des mouvements anormaux et il se produit de nombreux craquements dans la jointure. La résection s'impose alors, à moins même qu'il ne soit trop tard et qu'une amputation du bras ne soit devenue la seule ressource.

Quel que soit l'âge du sujet, la résection du coude, quand elle est possible, doit toujours être préférée à l'amputation; et ce précepte est surtout applicable aux enfants.

Voici le procédé qu'il convient de suivre pour pratiquer la *résection du coude* :

Pour que cette belle opération donne tous ses fruits, deux conditions opératoires sont nécessaires : la première est de conserver le tendon du triceps, afin que le malade puisse jouir plus tard des mouvements actifs d'extension, résultat, jusqu'à M. Ollier, considéré comme impossible; la seconde est de conserver le nerf cubital.

Je résumerai brièvement les divers temps opératoires qui doivent se succéder.

Le malade est endormi, la bande d'Esmarch appliquée. Le bras repose par sa face interne sur un plan résistant à hauteur convenable pour que l'opérateur soit assis.

1° Incision latérale externe. Nélaton la faisait rectiligne, mais il est préférable, suivant le conseil de M. Ollier, de la couder en forme de baïonnette à sa partie moyenne, de façon à se rapprocher le plus possible de l'insertion du tendon du triceps, dont le détachement est ainsi rendu plus facile. Cette incision commence à 4 centimètres au-dessus et se termine à 4 centimètres au-dessous environ de l'interligne articulaire.

2° Détacher les deux lèvres de la plaie. Ce temps difficile et

long est une œuvre de patience; servez-vous surtout de la rugine et du détache-tendon de M. Ollier; le moins possible du bistouri; détachez les muscles de leurs insertions; détachez surtout avec soin le tendon du triceps (c'est le temps le plus difficile de l'opération); conservez la continuité avec le périoste de l'olécrâne. Pendant la dissection de la lèvre antérieure de la plaie l'articulation radio-humérale a été largement ouverte.

3° Passez au-dessous du col du radius une sonde de Blandin et sciez ce col avec une petite scie à main. Il n'y a pas lieu de se préoccuper du tendon du biceps, qui s'insère plus bas sur la tubérosité bicapitale du radius.

4° Saisissez le bras d'une main, l'avant-bras de l'autre, et imprimez à l'articulation un mouvement latéral interne suffisant pour luxer le cubitus qui vient faire saillie au dehors, à la place laissée libre par l'ablation de la tête radiale. Non seulement cette manœuvre facilite la résection du cubitus, mais elle dégage encore le nerf cubital et rend la blessure de ce nerf si impossible qu'on ne doit pas même le voir au cours d'une opération bien faite. Désinsérez alors le muscle brachial antérieur de l'apophyse coronéide, en rasant la face inférieure de cette apophyse jusqu'à sa base. Sciez le crochet cubital.

5° Il ne reste plus que l'humérus qui tient par ses attaches épitrochléennes : détachez avec grand soin les tendons en rasant l'os, car le nerf cubital est tout près. Sciez l'humérus au niveau de la dépression olécrânienne; arrondissez les angles latéraux.

6° Enlevez la bande d'Esmarch et faites l'hémostase après avoir nettoyé le champ opératoire des parties fongueuses, s'il en existe. Lavez soigneusement à la solution phéniquée forte.

7° Mettez un drain dans toute la hauteur de la plaie et réunissez par première intention. Enveloppez le membre d'un pansement antiseptique et immobilisez à angle obtus dans une gouttière de carton mouillé.

La conduite ultérieure que vous aurez à tenir varie suivant la cause qui a nécessité la résection. On pratique en effet la résection du coude dans trois circonstances très différentes : pour un grave traumatisme, un coup de feu, par exemple, ayant désorganisé la jointure; pour une tumeur blanche; pour une ankylose du coude (je reviendrai plus loin sur cette dernière indication).

S'il s'agit d'une tumeur blanche, il sera sans doute préférable

d'obtenir une nouvelle articulation douée des mouvements actifs de flexion et d'extension, mais c'est en définitive secondaire : l'important est de guérir, et bienheureux encore, si on peut obtenir un bras utile par une ankylose du coude dans une bonne position ! Donc il ne faut rien faire dans ce cas pour obtenir des mouvements prématurés, mais au contraire maintenir le membre dans une immobilisation complète, prolongée aussi longtemps qu'il sera nécessaire.

S'il s'agit d'une résection traumatique, et surtout d'une résection pour ankylose (résection orthopédique), tous les efforts du chirurgien doivent tendre à obtenir une néo-articulation. Il ne craindra pas, en conséquence, d'imprimer de bonne heure des mouvements aux fragments, et il emploiera même l'extension continue pour les écarter les uns des autres et obtenir une cicatrisation isolée. C'est dans ces cas surtout que la conservation des agents actifs du mouvement, c'est-à-dire des muscles, joue un rôle capital.

Pour n'avoir pas à revenir sur la médecine opératoire de cette région, je placerai ici quelques considérations sur la *désarticulation du coude*.

Et d'abord cette désarticulation est-elle une opération pratique ou simplement un exercice d'amphithéâtre ? Certains auteurs lui préfèrent l'amputation à la partie inférieure du bras ; je ne suis pas de cet avis : il faut amputer dans le coude toutes les fois que cela est possible. L'opération est pour le moins aussi facile ; elle n'est pas plus grave ; elle guérit aussi vite et fournit un moignon infiniment meilleur pour l'application d'un appareil prothétique.

Voici le procédé opératoire que je conseille pour la désarticulation du coude :

L'amputation circulaire donne de bons résultats, et, si le praticien n'avait pas assez de confiance en lui-même pour tailler un lambeau, je l'engage à y avoir recours. La peau étant bien rétractée par un aide, faire une section circulaire de la peau à deux travers de doigt environ au-dessous de l'interligne articulaire, relever la manchette en la retroussant au besoin et désarticuler.

Toutefois le procédé de choix est l'amputation à lambeau antérieur. Autrefois nous le taillions directement par transfixion, et le procédé était extrêmement brillant, mais dans ce cas, quelque

soin que l'on mette à rétracter la peau, celle-ci se trouve presque toujours divisée trop au niveau des muscles, et ces derniers forment une hernie difficile à contenir. On peut diviser la couche musculaire par transfixion, mais non la peau. Il faut toujours diviser les téguments de dehors en dedans, les faire rétracter dans une certaine étendue et couper ensuite les muscles, soit de l'extérieur à l'intérieur, soit de l'intérieur à l'extérieur (transfixion), de façon à confectionner un lambeau exclusivement cutané à sa circonférence et doublé de muscles à sa base. C'est d'ailleurs, à mon avis, une règle générale qu'il convient d'appliquer à toutes les amputations à lambeau.

Pratiquons donc l'amputation du coude à lambeau antérieur cutané musculaire.

L'épitrôchlée étant située beaucoup au-dessus de l'interligne articulaire, c'est l'épicondyle qu'il faut prendre comme point de départ de l'incision, si on opère le bras droit, ou la partie interne située en regard de l'épicondyle, si on opère sur le bras gauche.

La peau étant bien rétractée, partez du point que je viens d'indiquer et descendez un peu obliquement vers la face antérieure de l'avant-bras jusqu'à la partie moyenne ; remontez sur le bord opposé jusqu'à un niveau correspondant au point de départ. Disséquez les téguments dans la hauteur de deux travers de doigt environ et coupez ensuite les muscles par transfixion, si vous voulez. Pour cela enfoncez le couteau à la racine du lambeau, faites-le cheminer en rasant les os de l'avant-bras jusqu'au point où la peau est rétractée, et coupez les muscles net en ramenant le tranchant à la perpendiculaire avec l'axe du bras.

Relevez le lambeau, divisez transversalement les téguments en arrière au niveau de l'attache du lambeau, et désarticulez en commençant par ouvrir l'articulation radio-humérale. Divisez le ligament antérieur et le ligament interne ; pressez sur l'avant-bras de façon à dégager l'olécrâne de sa cavité et coupez enfin le tendon du triceps. Réunion immédiate et drainage.

Les *affections organiques* du coude sont très rares. Je ne trouve guère à signaler comme spécial à la région que les kystes développés dans la bourse séreuse olécrânienne, hygromas du coude. Ces kystes contiennent parfois des grains semouloïdes qui donnent lieu à une crépitation spéciale. Ils sont susceptibles de s'enflammer, de suppurer ; l'inflammation peut même envahir les

tissus ambiants et produire un véritable phlegmon du coude. Un hygroma suppuré, spontanément ouvert, est souvent suivi de trajets fistuleux dont la guérison nécessite une large incision de la poche.

Quelques vésicatoires volants peuvent avoir raison de cet hygroma. En cas d'insuccès, on aurait recours à l'incision, au lavage de la poche avec la solution phéniquée forte et à l'attouchement de sa face interne, soit avec la teinture d'iode, soit avec la solution de chlorure de zinc à 2 p. 100.

J'arrive maintenant aux lésions du coude communes, c'est-à-dire aux *luxations*, aux *fractures* et à l'*ankylose*.

En présence d'un traumatisme du coude, préoccupez-vous tout d'abord de rechercher s'il existe une luxation : c'est le point capital. Une fois bien fixé à ce sujet, recherchez s'il s'agit d'une fracture, et de l'absence de ces lésions concluez à une contusion ou à une entorse.

L'exploration du coude est difficile. Il est sans doute des cas où le diagnostic saute en quelque sorte aux yeux du praticien, mais il en est d'autres, et ce sont de beaucoup les plus fréquents, où tous les signes doivent être examinés et analysés de très près pour découvrir la vérité, à ce point que des hommes rompus à une longue pratique ne sont pas sans éprouver un certain embarras et peuvent même rester dans le doute sur telle ou telle espèce de fracture, par exemple. Je ne saurais trop recommander de se familiariser avec l'examen du coude sain, car c'est à la comparaison du coude blessé avec le coude normal que vous emprunterez les principaux éléments du diagnostic.

**Luxations du coude.** — Les deux os de l'avant-bras se luxent, en général, ensemble sur l'humérus. Quelquefois cependant ils se luxent isolément, surtout le radius. Une autre combinaison beaucoup plus rare est celle où les deux os de l'avant-bras s'abandonnent et se luxent tous les deux, mais dans un sens différent, le radius passant en avant de l'humérus et le cubitus en arrière.

Lorsque les deux os sont luxés à la fois tout en ayant conservé leurs rapports entre eux (ce qui est, je le répète, le cas de beaucoup le plus fréquent), ils peuvent se porter en sens divers d'après

la direction que leur a imprimée le choc : en avant, par exemple, ou même sur les côtés. Mais la luxation du coude classique, celle que le praticien doit bien connaître, la seule qu'il rencontrera probablement dans sa carrière, est la *luxation en arrière*. Les deux os de l'avant-bras viennent se placer sur la face postérieure



Fig. 60. — Coude à l'état normal. Fig. 61. — Coude atteint de luxation en arrière.

de l'humérus, y font un relief plus ou moins accusé suivant l'épaisseur ou le gonflement des parties qui les recouvrent, et de cette situation nouvelle, facile à se représenter par la pensée, découlent des signes que l'on pourrait presque déduire théoriquement.

Le premier de ces signes est la *déformation*.

Plusieurs caractères la constituent, et l'œil suffit à les constater : c'est une augmentation du diamètre antéro-postérieur du coude,

une saillie anormale formée en arrière par l'olécrâne, une dépression située au-dessus de cette saillie et le changement de rapport entre l'axe de l'avant-bras et celui du bras. On a bien noté encore le relief formé en avant sous les téguments par l'extrémité inférieure de l'humérus, et les auteurs paraissent même y ajouter une grande importance au point de vue surtout du diagnostic différentiel entre la luxation et la fracture : mais ce relief est tellement masqué par le muscle brachial antérieur qu'on en apprécie mal les caractères, et je n'y attache pour mon compte aucune importance, même comme signe de luxation.

En comparant le coude sain et le coude malade placés dans la même attitude, l'œil permet de constater l'augmentation du diamètre antéro-postérieur, mais il est préférable de les mesurer à l'aide du compas d'épaisseur, de façon à pouvoir traduire la différence en millimètres.

La saillie formée en arrière par l'olécrâne est très appréciable, surtout si l'avant-bras est porté dans une certaine flexion, car dans l'extension la saillie disparaît presque complètement. Le triceps est déprimé au-dessus de l'olécrâne en raison de la saillie que fait cette apophyse : aussi en résulte-t-il une sorte d'encoche très accusée.

Enfin, si l'on place les deux avant-bras dans une position identique par rapport au bras, on voit nettement que les axes de ces deux segments du membre ne se coupent pas au même point, ainsi que le montrent les figures 60 et 61. Ce signe, que ne mentionnent pas les auteurs, me paraît avoir une sérieuse importance clinique.

Après avoir constaté ce que donne la simple inspection, recherchez les signes fournis par le toucher.

A l'état normal, il est facile de trouver l'épicondyle. Immédiatement au-dessous de l'épicondyle, on perçoit une dépression, et au-dessous de cette dépression le relief formé par la tête du radius, ce dont on peut s'assurer en imprimant à l'avant-bras des mouvements de pronation et de supination. C'est par l'étude de ce rapport que j'ai l'habitude de commencer l'exploration du coude : je cherche si la tête du radius est à sa place, si elle pivote sous le doigt, ou bien s'il existe au contraire un vide au-dessous de l'épicondyle.

Recherchez ensuite le rapport de l'olécrâne avec les saillies latérales du coude, c'est-à-dire avec l'épicondyle et avec l'épitrochlée. Ce rapport varie évidemment à l'état normal suivant que le coude

est fléchi ou étendu : aussi mettez le membre sain dans une position identique à celle du côté blessé et recherchez d'abord ce rapport sur le membre sain. Menez une ligne horizontale reliant entre elles les deux saillies latérales : si le membre est demi-fléchi (ce qui est l'attitude habituelle de l'avant-bras atteint de luxation), vous constaterez que la partie la plus saillante de l'olécrâne est située à une certaine distance au-dessous de cette ligne. Exécutez la même recherche du côté blessé, et vous trouverez que l'olécrâne est très remonté, par rapport à cette ligne dont il occupe alors à peu près le niveau. Si le coude était dans l'extension, l'olécrâne remonterait notablement au-dessus de cette ligne.

Ce signe est une preuve absolue du déplacement du cubitus en arrière, et, si vous avez préalablement constaté l'absence du radius de sa place normale, vous pouvez conclure à une luxation complète des deux os de l'avant-bras en arrière.

La saillie de l'olécrâne est facilement appréciable au toucher ; il n'en est pas toujours de même de la tête radiale, surtout lorsqu'il y a beaucoup de gonflement. Cependant, même dans ce cas, en déprimant avec soin les parties molles, on arrive à sentir très nettement la tête du radius située au côté externe de l'olécrâne et à mettre le doigt dans la cupule. Si l'on imprime alors à l'avant-bras un léger mouvement de pronation et de supination, cette tête roule sous le doigt.

J'ai signalé plus haut la dépression sus-olécrânienne visible à l'œil. Appliquez un doigt au niveau de cette dépression, et vous pourrez encore l'exagérer en refoulant le triceps.

L'exploration des mouvements articulaires terminera l'examen et fournira aussi des renseignements précieux. Les mouvements spontanés sont à peu près impossibles et causent au blessé de vives douleurs. J'en dirai autant des mouvements provoqués, qui arrachent d'ordinaire des cris au patient.

Vous pouvez augmenter l'extension de l'avant-bras sans trop de difficultés, mais la flexion rencontre à un moment donné une résistance invincible et ne peut dépasser une certaine limite, ce dont rendent bien compte les nouveaux rapports des surfaces articulaires.

Ce signe possède une grande valeur clinique, et j'estime que, dans les cas où le coude serait envahi par un gonflement tel que les constatations précédentes soient impossibles, il serait suffisant à lui seul pour faire porter le diagnostic de luxation, surtout si l'on y ajoute le suivant.