

mion, sous l'épine de l'omoplate, c'est-à-dire dans la portion la plus externe de la fosse sous-épineuse. Elle présente les mêmes symptômes que la luxation sous-acromiale, à part la situation de la tête humérale qui est portée plus en dedans.

(b) La luxation *sus-coracoïdienne*, très-rare aussi, est celle dans laquelle la tête de l'humérus luxée par-dessus le ligament acromio-coracoïdien, répond en dehors au bord interne de l'acromion, recouvre en dedans l'apophyse coracoïde et confine en haut à la face inférieure de la clavicule.

COMPLICATIONS DES LUXATIONS SCAPULO-HUMÉRALES.

1° Fractures articulaires. Il en est de plusieurs sortes : la grosse tubérosité de l'humérus est arrachée quelquefois soit en partie, soit en totalité ; elle peut être écrasée seule ou avec une portion de la tête humérale. Dans quelques cas, la luxation est compliquée d'une fracture du col anatomique de l'humérus, et conséquemment d'une séparation de la tête humérale. Le plus souvent alors, si la luxation n'est pas réduite, la tête de l'humérus contracte des adhérences avec les parties voisines, ou s'enkyste sans donner lieu à aucun accident ; elle ne se réunit pas avec la diaphyse. Quand il existe une complication de ce genre, il faut néanmoins tenter la réduction de la luxation. Si cette réduction n'est pas faite, on combat les phénomènes inflammatoires, et après la disparition de toute phlegmasie, on rend au membre le plus de mobilité possible par des exercices fréquents.

2° Fractures non articulaires. Celles qui occupent l'acromion, l'apophyse coracoïde, le corps de l'omoplate, ne contre-indiquent pas la réduction de la luxation, et doivent être traitées après cette réduction par les moyens ordinaires. La fracture du col chirurgical de l'humérus exige également la réduction de la luxation. Lorsque celle-ci n'est pas faite, le plus souvent la tête de l'humérus reste séparée de la diaphyse, et l'on cite comme exceptionnel le fait observé par Ribéri d'une consolidation opérée dans ces circonstances.

3° Paralysie. Elle est due probablement à la pression exercée par la tête de l'humérus sur le plexus brachial. Elle débute en général par de l'engourdissement ; elle n'apparaît quelquefois qu'au bout de quelques heures, ou même de plusieurs jours, à partir du moment de l'accident. L'étendue en est variable ; elle peut être bornée au deltoïde, aux extenseurs de la main et des doigts ; elle atteint rarement la sensibilité tactile du membre. Lorsqu'elle persiste après la réduction de la luxation, il faut user de frictions stimulantes, appliquer des vésicatoires que l'on panse avec la strychnine, et avoir même recours à l'électricité.

4° L'issue de la tête de l'humérus à travers les téguments a été vue par Hey, A. Cooper, Scott, Morel-Lavallée, Gorré. Dans un cas unique jusqu'ici et observé par Prochaska, la tête de l'humérus avait *perforé* un espace intercostal et s'était logée dans la *cavité thoracique*.

X. LUXATIONS DU COUDE.

L'articulation du coude est formée par trois os : l'humérus, le cubitus et le radius. Ces deux derniers sont unis ensemble par leur extrémité supérieure, en même temps que chacun d'eux est uni à l'humérus. Tantôt les deux os de l'avant-bras se déplacent simultanément sur le bras en conservant leurs moyens d'union ; tantôt l'un des deux se déplace à la fois sur l'humérus et sur l'autre. Nous avons donc à étudier les luxations simultanées des deux os de l'avant-bras, et les luxations isolées soit du cubitus, soit du radius.

A. LUXATIONS SIMULTANÉES DES DEUX OS DE L'AVANT-BRAS.

Il en existe neuf variétés ; l'ensemble en est présenté dans le tableau suivant :

Luxations en arrière..	{ 1°	Luxation complète de l'avant-bras en arrière.
	{ 2°	— incomplète.
Luxations en dehors..	{ 3°	— incomplète en dehors.
	{ 4°	— en arrière et en dehors.
	{ 5°	— complète en dehors.
Luxations en dedans..	{ 6°	— incomplète en dedans.
	{ 7°	— en arrière et en dedans.
Luxations en avant...	{ 8°	— en avant { incomplète.
		— complète.
Luxations par rotation.	{ 9°	— du cubitus en arrière et du radius en avant.

1° LUXATION COMPLÈTE DE L'AVANT-BRAS EN ARRIÈRE. Nous comprenons sous ce nom la luxation dans laquelle, les deux os de l'avant-bras se déplaçant en arrière sur l'humérus, les surfaces articulaires cessent d'avoir toute espèce de rapport les unes avec les autres (fig. 106).

Le cubitus est fortement porté en arrière et en haut ; l'extrémité de l'olécrâne (A) est sur un plan supérieur aux tubérosités de l'humérus (c) ; l'apophyse coronoïde dépasse quelquefois la cavité olé-

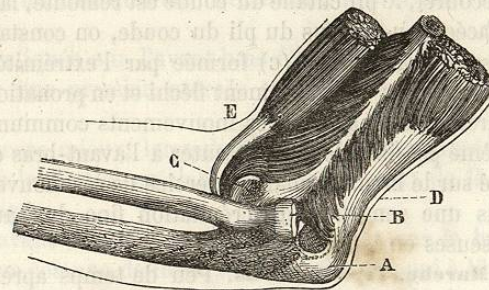


Fig. 106.

cranienne. La tête du radius (B) se trouve derrière le condyle huméral, sur la même ligne que l'épicondyle. Les expériences sur le cadavre semblent démontrer que cette luxation ne peut se produire qu'après une rupture de tous les ligaments de l'articulation, l'annulaire du radius excepté.

Causes. La luxation est produite le plus souvent par une chute sur la partie interne du coude ou sur le bord interne de l'avant-bras, à la faveur d'un mouvement de torsion qui amène l'apophyse coronoïde successivement en dedans, en bas et en arrière. D'autres fois, elle est occasionnée par une chute sur la main, l'avant-bras étant dans l'extension; ou bien encore par un choc violent porté sur la partie antérieure du coude, pendant que l'avant-bras est fortement étendu sur le bras; ou bien enfin par un choc énergique porté sur le bas de l'humérus, en arrière du coude.

Symptômes. Le coude présente une déformation caractéristique (fig. 107);

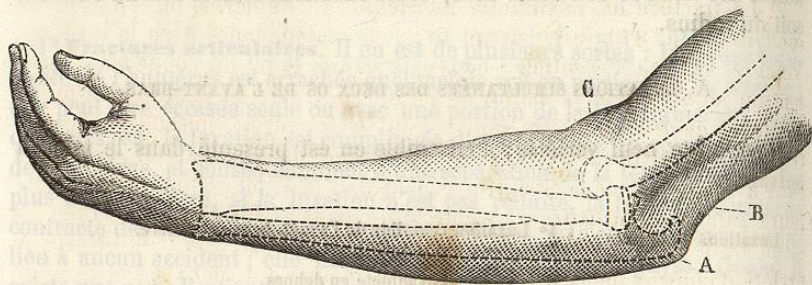


Fig. 107.

le diamètre antéro-postérieur est agrandi; l'olécrâne (A), remonté en arrière de l'humérus, se trouve plus ou moins au-dessus des deux tubérosités humérales, et fait une forte saillie en arrière. A la partie externe de la face postérieure de l'article, on sent la tête du radius dont la cupule avec son bord arrondi est portée en arrière de l'humérus, et que l'on peut faire rouler sous le doigt, en faisant exécuter à la main des mouvements de pronation et de supination. Du côté antérieur de l'article, le bras paraît raccourci, le pli cutané du coude est remonté, la saillie du tendon du biceps effacée. Au-dessous du pli du coude, on constate la présence d'une saillie osseuse transversale (c) formée par l'extrémité articulaire de l'humérus. L'avant-bras est légèrement fléchi et en pronation; les mouvements volontaires en sont abolis; les mouvements communiqués assez étendus; il est même possible de faire exécuter à l'avant-bras des mouvements de latéralité sur le bras. Pendant l'exercice de ces mouvements, on perçoit quelquefois une sensation de crépitation fine due au frottement des surfaces osseuses en contact.

Marche. Terminaisons. Peu de temps après la production de la luxation, il se manifeste un gonflement considérable de l'articulation. Lorsque la lésion est abandonnée à elle-même, les mouvements du membre sont en grande partie perdus; par l'exercice, le malade arrive cependant à fléchir l'avant-bras. Si la luxation survient dans le jeune âge, les os de l'avant-bras sont arrêtés dans leur développement.

Diagnostic. Lorsque la luxation est toute récente, elle est facile à recon-

naitre; si l'on n'est appelé auprès du blessé qu'à l'époque où le gonflement est déjà survenu, il est possible de confondre cette lésion soit avec une forte contusion du coude, soit avec une fracture de l'extrémité inférieure de l'humérus, soit avec une luxation incomplète des deux os de l'avant-bras en arrière.

1° La luxation diffère de la contusion du coude par l'agrandissement du diamètre antéro-postérieur de l'article, par le soulèvement des téguments et du pli cutané à la face antérieure de la région, par le raccourcissement du membre, et par la possibilité d'incliner l'avant-bras en dehors et en dedans sur le bras.

2° La fracture de l'extrémité inférieure de l'humérus, ou fracture *sus-condylienne* (p. 370), a plusieurs traits de ressemblance avec la luxation. Voici les signes différentiels: dans la fracture, le pli du coude est *au-dessous* ou au *niveau* de la saillie de l'humérus; dans la luxation, le pli du coude est *au-dessus* de cette saillie. Dans la fracture, l'épicondyle et l'épitrôchlée sont en *arrière* de l'axe de l'humérus; dans la luxation, elles font *suite* à cet axe. Dans la fracture, l'épicondyle et l'épitrôchlée ont conservé leurs rapports normaux avec l'olécrâne; dans la luxation, l'olécrâne est situé au-dessus de la ligne qui réunit les deux tubérosités, et projeté en arrière d'elles. A tous ces signes, on peut ajouter que, dans la luxation, on sent, en dedans du coude, la saillie du rebord interne de la trochlée avec une dépression considérable au-dessous.

3° La luxation *incomplète* des deux os de l'avant-bras en arrière diffère de la luxation complète par des caractères qui seront exposés à l'article suivant (p. 508).

Pronostic. Ces luxations ne doivent pas être considérées comme incurables, alors même qu'elles sont anciennes. On en a réduit de deux mois de date (Desault), de trois mois (Blandin), de cinq mois (Roux).

Traitement. Les procédés de réduction varient suivant que la luxation est *récente* ou *ancienne*. Dans le premier cas, on réussit avec les méthodes dites de *douceur* qui sont au nombre de trois: l'*extension*, la *pression*, l'*impulsion* ou *glissement*.

1° L'*extension* seule, pratiquée sur l'avant-bras étendu ou fléchi, est insuffisante, il faut ajouter une pression exercée en sens inverse sur les surfaces articulaires;

2° La *pression* réussit encore mieux, lorsqu'au lieu de la faire précéder de l'extension, on pratique la flexion préalable de l'avant-bras; de là le procédé suivant dû à A. Paré:

Procédé d'A. Paré. L'avant-bras est fléchi à angle droit sur le bras autour d'un poteau ou d'une colonne de lit servant de point d'appui à l'humérus. Une courroie solide est appliquée sur l'olécrâne, et un aide tire sur les chefs de cette courroie dans la direction de l'avant-bras.

Au lieu d'agir sur les os de l'avant-bras par pression directe, on peut opérer cette pression par un mouvement de *bascule*; c'est ainsi qu'on se rend compte des procédés suivants:

Procédé de Roland. Le talon d'un aide est appuyé contre le pli du

coude, et le chirurgien pratique la flexion forcée de l'avant-bras. Au lieu d'employer le talon, le chirurgien peut se servir de son propre genou



Fig. 108.

(fig. 108) ou de l'un de ses *avant-bras*. A. Cooper opérerait la flexion de l'avant-bras luxé autour d'une *colonne de lit*.

3° La méthode de l'*impulsion* ou de *glissement* est réalisée dans le procédé suivant dû à Desault :

Procédé de Desault. L'avant-bras luxé est soutenu par des aides ; les mains du chirurgien sont croisées en avant sur l'extrémité inférieure de l'humérus pour l'attirer en arrière ; les pouces appuyés sur l'olécrâne pour le pousser en avant. Si cette manœuvre ne réussissait pas, Desault la faisait précéder d'une extension sur le poignet, et d'une contre-extension sur l'humérus.

Dans les luxations *anciennes*, il faut déployer plus de force ; de là le procédé suivant dû à Malgaigne :

Procédé de Malgaigne. L'extension est faite au moyen d'un lacs placé au-dessus du poignet et relié aux moufles. La contre-extension est exercée par l'intermédiaire d'une anse de corde solide qui embrasse une grosse attelle bien rembourrée, élargie en haut, en forme de béquille, pour s'adapter à l'aisselle, et fixée solidement à la face interne du bras. Lorsque l'extension a été faite à un degré suffisant, on complète la réduction par un mouvement de bascule du haut de l'avant-bras, sur le genou ou sur une colonne, en y ajoutant au besoin une pression sur l'olécrâne. La dernière manœuvre doit être exercée avec douceur pour éviter une fracture de l'olécrâne.

La réduction faite, il faut, pour empêcher un nouveau déplacement, maintenir le membre supérieur fixé contre le tronc, l'avant-bras fléchi sur le bras. Dans les luxations récentes, on entoure le coude d'un bandage spiral (fig. 48, p. 348) imbibé d'un liquide résolutif, et pour prévenir la roideur articulaire, on communique des mouvements ménagés à l'avant-bras, après quelques jours seulement d'immobilité.

2° LUXATION INCOMPLÈTE DE L'AVANT-BRAS EN ARRIÈRE. Elle diffère de la luxation complète dans le même sens, en ce que le cubitus est remonté légèrement en arrière sur l'humérus, que la tête du radius a glissé un peu en arrière aussi sur le condyle huméral. Le ligament latéral externe de l'articulation est rompu en partie ; l'annulaire du radius est déchiré.

Les *causes* sont les mêmes que pour la luxation complète ; le plus souvent, c'est une chute sur le côté interne du coude.

Les *symptômes* ont la plus grande ressemblance dans les deux cas, et si

l'on n'y prend garde, on confond facilement les deux variétés. Il y a lieu de tenir spécialement compte des signes différentiels suivants :

Dans la luxation incomplète, le membre mesuré dans une complète extension est d'une longueur égale à celle du côté sain ou même *légèrement allongé* ; les os de l'avant-bras fixés contre l'humérus ne peuvent, comme dans la luxation complète, être portés en dehors, en dedans en arrière et en haut ; la pointe de l'olécrâne est au niveau ou même au-dessous des tubérosités humérales ; l'olécrâne est moins fortement projeté en arrière que dans la luxation complète ; mais le signe véritablement pathognomonique de la luxation incomplète est la saillie *incomplète* de la tête du radius en arrière, le doigt promené sur cette saillie qui soulève la peau du coude ne découvre qu'une partie de la cupule.

La luxation incomplète est tout aussi facile à réduire à l'état récent que la complète ; elle offre plus de chances de réduction que cette dernière lorsqu'elle est ancienne. Les procédés de réduction sont les mêmes dans les deux cas.

3° LUXATION INCOMPLÈTE EN DEHORS. Cette variété rare consiste dans un déplacement des os de l'avant-bras tel, que la tête du radius (r) déborde complètement en dehors la surface articulaire de l'humérus, pendant que l'échancrure sigmoïde (s) du cubitus (c) embrasse la rainure qui sépare le condyle de la trochlée humérale (fig. 109).

Elle est le plus souvent *produite* par une chute sur le côté interne du coude ou sur le poignet.

Elle est *caractérisée* par un élargissement du diamètre transversal de l'articulation ; la flexion légère de l'avant-bras ; la conservation des mouvements de pronation et de supination. En dedans de l'articulation se voit une forte saillie formée par l'épitrachée, et au-dessous une dépression au fond de laquelle il est possible de sentir la trochlée humérale vide. La tête du radius se retrouve en dehors de l'articulation, placée directement sous l'épicondyle ou en dehors et en avant de cette apophyse ; l'olécrâne est déjeté en dehors, et en examinant la face postérieure du coude, on trouve cette éminence éloignée de l'épitrachée et rapprochée au contraire de l'épicondyle.

La réduction est facile ; on l'obtient en soumettant l'avant-bras à une extension combinée avec la rotation de son extrémité supérieure en dehors, après quoi on repousse cette même extrémité en dedans.

4° LUXATION EN ARRIÈRE ET EN DEHORS. C'est un déplacement mixte des os de l'avant-bras qui sont portés à la fois en arrière et en dehors de l'humérus. Il est produit par une chute sur le coude ou sur la paume de la main.

Symptômes. L'avant-bras est fléchi et dans la pronation ; quelquefois



Fig. 109.

étendu ou dans la supination. Le coude est élargi à la fois dans le diamètre transverse et dans l'antéro-postérieur. En dedans, l'épitrôchlée est très-saillante; le bord interne et antérieur de la trochlée soulève la peau du coude en avant. En arrière, on constate une dépression répondant à la trochlée humérale. L'olécrâne est porté à la fois en arrière et en dehors; la face postérieure en est tournée un peu en dehors; le bec de l'apophyse coronoïde repose, soit sur le bord externe de la cavité olécrânienne, soit sur la face postérieure du condyle huméral. La tête du radius déborde plus ou moins complètement l'épicondyle en dehors, de telle façon que cette apophyse est profondément cachée sous les muscles. D'après Malgaigne, la luxation présente ce double caractère qu'elle est *incomplète* en dehors et *complète* en arrière. Ajoutons que les mouvements volontaires de l'avant-bras sont abolis et que les mouvements communiqués sont possibles.

Diagnostic. On peut confondre cette luxation avec la luxation *incomplète* de l'avant-bras en dehors; ou bien encore avec la luxation *complète* en arrière seulement. Pour différencier la luxation en arrière et en dehors de la luxation *incomplète* en dehors, il convient, d'après Malgaigne, de rechercher si le bec coronoïdien se trouve ou non en arrière de l'humérus; dans le premier cas la luxation est mixte, dans le second elle s'est faite en dehors. Cette détermination est facile sur une pièce d'anatomie pathologique; elle nous semble impraticable sur le vivant. Nous croyons que la projection plus ou moins forte de l'olécrâne en arrière des tubérosités humérales est un meilleur guide. — Pour distinguer la luxation en arrière et en dehors de la luxation *complète* en arrière, on a, dans le premier cas, la saillie de la tête du radius en dehors de l'épicondyle.

Traitement. La réduction est aisée; il suffit, pour l'obtenir, de faire pratiquer la contre-extension sur le bras, d'exercer une traction légère sur le poignet du blessé, et de refouler l'olécrâne en bas et en dedans avec les pouces, pendant que les autres doigts embrassent le bas de l'humérus.

5° LUXATION COMPLÈTE EN DEHORS. Quoique cette espèce soit rare, il en existe au moins aujourd'hui dix observations dues à Delpech, J. Cloquet, A. Nélaton, Robert, Soulé, Perrin, Chapel, Denucé, Marcé, Malgaigne.

Anatomie pathologique. Les deux os de l'avant-bras abandonnent la face postérieure de l'humérus, non en ligne directe, mais le radius tourné en avant. Aussi peut-on admettre plusieurs degrés dans ce déplacement. Au premier degré, la tête du radius passée en avant du condyle huméral fait une saillie sensible à la face antérieure du coude, la cavité sigmoïde du cubitus embrasse le bord externe de l'humérus, au-dessous ou au-dessus de l'épicondyle. Au degré extrême, le radius est porté davantage en dedans, l'olécrâne est passé en avant, et la luxation peut ainsi se transformer en une sorte de luxation des deux os de l'avant-bras en avant avec demi-rotation de ces os sur leur axe, de façon que la face antérieure est devenue postérieure et la face postérieure antérieure.

Causes. Ce sont des chutes sur le côté interne du coude, ou bien encore sur la main et l'avant-bras à la fois.

Symptômes. L'avant-bras est fléchi et en pronation; le plus souvent le membre est raccourci de 2 à 3 centimètres. Le diamètre transversal du coude est agrandi. La face externe du bras, au voisinage de l'article, est dépassée tout à coup en de-

hors par une saillie considérable appartenant aux os de l'avant-bras. La face interne (fig. 110, A) présente au-dessous de l'épitrôchlée (E) et de la trochlée (F), une dépression brusque. A la place de la saillie accoutumée de l'olécrâne existe une surface aplatie sous laquelle on sent la trochlée et la cavité olécrânienne uniquement recouvertes par la peau. La pointe de l'olécrâne (C) rejetée en dehors est considérablement éloignée de l'é-

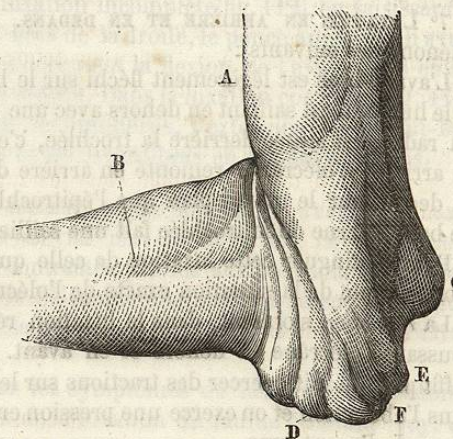


Fig. 110. Luxation complète du coude droit en dehors vue par le côté interne du coude.

pitrochlée; la distance va quelquefois jusqu'à 78 millimètres. L'avant-bras est tordu sur son axe; la face postérieure du membre est devenue externe, la face antérieure (B) interne.

Diagnostic. Il est fondé sur l'agrandissement du diamètre transverse du coude, sur le transport de la tête du radius en avant de l'épicondyle, sur la direction de la face postérieure de l'olécrâne en dehors, ou en dehors et en avant, ou en avant.

Traitement. La réduction s'obtient en embrassant l'humérus des deux mains et en pressant avec les pouces sur l'olécrâne que l'on porte en dedans d'abord, puis en avant. Si la tête du radius était portée fortement en dedans on la rejetterait en dehors, en ramenant la main dans la supination.

6° LUXATION INCOMPLÈTE EN DEDANS. On se rend compte de cette variété par l'étude des symptômes :

L'avant-bras est légèrement fléchi et dans une pronation forcée. L'épicondyle saillant soulève la peau en dehors (fig. 111); au-dessous se trouve une dépression. L'olécrâne (Q) est porté en dedans sur le même plan que l'épitrôchlée embrassée par la cavité sigmoïde; quelquefois il déborde l'épitrôchlée. La tête du radius (R) occupe une situation variable; elle est au milieu du coude, c'est-à-dire au niveau de la trochlée ou bien elle proémine un peu en avant.

Cette luxation est produite par une chute sur le coude ou sur l'avant-bras et la main à la fois.

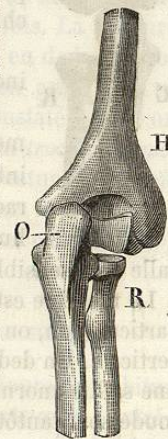


Fig. 111.

Pour en opérer la réduction, il faut faire l'extension sur l'avant-bras, la contre-extension sur le bras, et exercer une pression en sens inverse sur les surfaces articulaires de l'humérus et des os de l'avant-bras.

7° LUXATION EN ARRIÈRE ET EN DEDANS. Elle est caractérisée par les phénomènes suivants :

L'avant-bras est légèrement fléchi sur le bras et en supination. Le condyle huméral est saillant en dehors avec une dépression au-dessous. La tête du radius est située derrière la trochlée, c'est-à-dire complètement luxée en arrière. L'olécrâne, remonté en arrière de 1 à 2 centimètres, est porté en dedans sur le même plan que l'épitrôchlée qu'il déborde quelquefois. Le bord interne de la trochlée fait une saillie en avant et en dedans.

Pour distinguer cette luxation de celle qui se fait en arrière, il suffit de tenir compte de la situation exacte de l'olécrâne.

La réduction s'obtient, dans la luxation récente, par l'impulsion en repoussant l'olécrâne en dehors et en avant. Lorsque cette manœuvre ne suffit pas, on fait exercer des tractions sur le poignet, on porte l'avant-bras dans l'abduction et on exerce une pression en sens inverse sur le bras et sur les os de l'avant-bras.

8° LUXATIONS EN AVANT. Il en existe plusieurs observations dues à Colson,

Leva, Monin, Guyot, Velpeau, Prior. Dans tous ces faits, la luxation était simple, c'est-à-dire sans fracture concomitante de l'olécrâne. Il n'existe que trois cas de luxation compliquée d'une fracture de l'olécrâne.

La luxation de l'avant-bras en avant paraît être la conséquence d'une chute sur la partie postérieure du coude, l'avant-bras étant fléchi sur le bras.

Elle se présente sous la forme de luxation incomplète ou complète :

1° *Luxation incomplète* (fig. 112). Le sommet de l'olécrâne est appliqué sur la partie inférieure de la trochlée humérale ; la tête du radius est placée au-dessous du condyle huméral dont elle est séparée par un intervalle très-sensible. De là les phénomènes suivants :

Le membre est allongé de toute la hauteur de l'olécrâne ; en arrière de l'articulation, on trouve à la place de l'olécrâne une dépression ou gouttière verticale. En dedans et en dehors du coude, les tubérosités humérales font une saillie anormale avec une dépression au-dessous. Les mouvements du coude sont tantôt bornés et douloureux, tantôt très-faciles.

2° *Luxation complète*. Le cubitus et le radius sont remontés en avant de l'humérus, comme on le voit dans la figure 113.

Le bras est raccourci ; en arrière, à la place occupée par l'olécrâne, existe



Fig. 112.



Fig. 113.

un creux profond. Les téguments sont soulevés en avant par la saillie des extrémités supérieures du radius (R) et du cubitus (C).

Le diagnostic de la luxation en avant, complète ou incomplète est facile.

La réduction se fait, dans la luxation incomplète (fig. 112), en saisissant le bras de la main gauche, l'avant-bras de la droite, le pouce appliqué en avant sur l'olécrâne ; on opère ainsi doucement la flexion de l'avant-bras en repoussant l'olécrâne en bas et en arrière. Dans la luxation complète (fig. 113), on pratique la contre-extension sur l'humérus, l'extension sur l'avant-bras fléchi, de manière à porter les os de l'avant-bras en arrière et en bas.

9° LUXATION DU CUBITUS EN ARRIÈRE ET DU RADIUS EN AVANT, OU LUXATION PAR ROTATION DES DEUX OS DE L'AVANT-BRAS SUR LE BRAS. Cette luxation est rare ; les rapports contractés par les surfaces articulaires sont les suivants : le bord externe de l'olécrâne arc-boute au-dessous de la surface articulaire humérale, la tête du radius est située au-devant de l'extrémité inférieure de l'humérus.

Elle est donc caractérisée par les symptômes de la luxation du cubitus en arrière, combinés avec ceux de la luxation du radius en avant (voy. ces deux espèces de luxations, p. 514 et 515). Qu'il nous suffise de mentionner ici que la réduction s'obtient en éloignant d'abord les surfaces articulaires par l'extension et la contre-extension, et en imprimant ensuite à l'extrémité supérieure de l'avant-bras un mouvement de torsion en dehors.

Complications des luxations du coude. Les luxations du coude sont quelquefois accompagnées de *fractures articulaires* qui en rendent le diagnostic et le traitement difficiles. Ainsi la fracture de l'olécrâne se montre parfois dans les luxations des os de l'avant-bras en arrière ; il existe trois exemples de cette fracture dans les luxations en avant. Dans d'autres cas, on a noté une fracture de l'apophyse coronoïde du cubitus, de la tête du radius, ou de cette dernière et de l'apophyse coronoïde à la fois. La fracture du condyle huméral a été vue avec la luxation incomplète en dedans, avec la luxation en arrière et en dedans, avec la luxation en arrière et en dehors, et avec la luxation en dehors. Malgaigne a constaté, dans un cas de luxation en arrière et en dedans, une fracture de la trochlée humérale. Aux complications précédentes, il faut ajouter la fracture des os de l'avant-bras, la rupture des téguments du coude avec ou sans issue de l'humérus à travers la plaie, la rupture de l'artère humérale et celle du nerf médian.

B. LUXATIONS ISOLÉES DE L'EXTRÉMITÉ SUPÉRIEURE DU CUBITUS.

Il en existe deux variétés : dans l'une, l'extrémité supérieure du cubitus se porte en arrière de l'humérus, en conservant ses rapports avec l'extrémité supérieure du radius (*luxation du cubitus seul en arrière*) ; dans l'autre, dont il n'existe qu'un seul fait observé par Malgaigne, le cubitus se déplace à la fois en arrière et en dehors du radius. Il ne sera question ici que de la première variété.