

luxation commune du coude... Mais la palpation de la région olécranienne d'un coude luxé révèle la cupule radiale en dehors et au-dessous, loin du sommet olécranien. Au contraire, dans le décollement épiphysaire vrai ou fracture sous-tubérositaire, le doigt sent le fragment condylien en place également en dehors de l'olécrâne, mais à une faible distance de cette apophyse. »

Complications. — Les complications des luxations du coude en arrière sont : les fractures des apophyses articulaires et péri-articulaires, la rupture des téguments, la déchirure des vaisseaux et des nerfs.

Les fractures portent sur l'olécrâne, l'apophyse coronoïde, la trochlée et l'épitrôchlée, la tête du radius.

La fracture de l'olécrâne siège au niveau du pédicule de cette apophyse; c'est une fracture transversale, généralement produite de la manière suivante : dans une chute sur la paume de la main, le cubitus bascule en arrière, le bec de l'olécrâne arc-boute contre la face postérieure de l'humérus, et la face antérieure de la trochlée distend les ligaments antéro-internes. Si ces derniers résistent quelque peu, l'olécrâne cède.

Plus fréquente serait la fracture de l'apophyse coronoïde qui succéderait ou bien à un véritable arrachement dont le tendon du brachial antérieur serait l'agent, ou bien à la pression directe et verticale exercée par la trochlée sur le crochet coronoïdien. Pingaud pense que la fracture se produit le plus souvent de cette dernière façon, car elle s'accompagne quelquefois d'une fêlure verticale qui partage en deux parties inégales la tête du radius. Or cette fêlure est évidemment due à la pression verticale exercée par l'extrémité inférieure de l'humérus sur la tête radiale.

Dans les mêmes conditions on a aussi, mais beaucoup plus rarement, observé le détachement de la trochlée qui est alors entraînée en arrière par le crochet cubital (Laugier). Enfin l'arrachement de l'épitrôchlée signalé par Granger et par Raëis⁽¹⁾ est une complication exceptionnelle de la luxation du coude en arrière; elle relève peut-être du traumatisme direct qui accompagne la chute sur le coude.

La rupture des téguments, simple ou compliquée de lésion des vaisseaux ou des nerfs, a été observée à la suite de traumatismes considérables. Elle se voit surtout chez les enfants (Malgaigne). C'est tantôt une simple déchirure de la peau sans issue de l'os au dehors, tantôt une perforation des téguments avec saillie de l'extrémité humérale qui apparaît à nu ou recouverte par le nerf médian et l'artère humérale.

B. Ball a vu une fois l'olécrâne déchirer les téguments et faire saillie à la région postérieure du coude.

L'artère humérale est quelquefois rompue, et ses deux bouts se rétractent, laissant le médian à cheval sur la trochlée.

Quant aux faits de déchirures sous-cutanées des nerfs sans qu'il y ait plaie et issue des os à l'extérieur, ils sont extrêmement rares et n'entraînent que des paralysies localisées généralement peu étendues⁽²⁾.

Traitement. — Les auteurs s'accordent à reconnaître que dans les luxations récentes du coude en arrière tous les moyens de réduction réussissent. C'est

(1) Cités par Pingaud, *loc. cit.*, p. 520.

(2) POTHERAT, Congrès de chirurgie, 1896.

qu'en effet le déplacement articulaire n'est maintenu que par la contraction musculaire dont une traction relativement peu énergique a raison. Les méthodes employées sont : la traction, la pression, la flexion ou bascule.

La *traction*, qui est le moyen le plus ordinairement employé, peut se faire de différentes façons. Elle peut être exercée : au niveau du poignet, l'avant-bras et le bras étant dans l'extension ou pour mieux dire dans la demi-flexion (position habituelle du membre luxé). Elle peut porter sur la partie supérieure de l'avant-bras. Mais, dans les deux cas, son action est la même et se borne à faire glisser la coronoïde le long du versant postérieur de la trochlée et la petite tête radiale derrière le condyle huméral jusqu'au moment où il suffit de la moindre impulsion de l'avant-bras en avant pour remettre les surfaces articulaires en place. La traction peut être employée seule, mais on lui associe généralement la pression.

La *pression* consiste à refouler en avant l'olécrâne déplacé. La force appliquée sur cette apophyse est transmise à la coronoïde dont la face antérieure disposée en plan incliné glisse sur le versant postérieur de la trochlée. Aussi cette manœuvre est-elle souvent suffisante à elle seule pour amener la réduction. Desault l'employait ainsi : se plaçant derrière le malade, il embrassait la face antérieure du bras fléchi avec ses deux mains croisées en avant, et attirait l'humérus en arrière, tandis que ses deux pouces appuyant sur l'olécrâne le poussaient en avant.

La *flexion* ou bascule, employée de tout temps et connue sous le nom de procédé de Cooper, consiste à se servir du bras de levier considérable fourni par l'avant-bras pour écarter la coronoïde de la trochlée et permettre le refoulement en avant des os de l'avant-bras. Pour cela un point d'appui volumineux est interposé entre la face antérieure de l'humérus et les os de l'avant-bras à quelque distance au-dessous de l'articulation du coude. Puis on force la flexion de l'avant-bras sur le bras. Le point d'appui des os de l'avant-bras étant au-dessous de l'articulation du coude, l'olécrâne et l'apophyse coronoïde auront tendance à s'écarter de l'humérus, à mesure que le chirurgien rapprochera le poignet du bras, et cet écartement permettra, à la moindre impulsion d'arrière en avant, de ramener le crochet sigmoïdien en place.

Les différentes manœuvres que nous venons de passer en revue ont toutes donné des succès. On a aussi réduit les luxations du coude en arrière en ayant recours au procédé conseillé par Pingaud. Il consiste à forcer l'extension de l'avant-bras sur le bras, au point de produire une flexion dorsale pendant que des tractions sont exercées sur le poignet, et que le chirurgien repousse l'olécrâne en avant; j'ai eu recours à cette manœuvre avec succès.

La luxation peut cependant présenter au bout de peu de jours des difficultés de réduction et ne pas céder aux premières tentatives.

La méthode qui nous semble alors préférable est la suivante : le malade étant couché et endormi, le bras est écarté du corps et porté dans l'abduction, l'avant-bras en supination est fléchi à angle droit sur le bras. Une alèze nouée sur le tiers inférieur du bras sert à faire la contre-extension, tandis qu'un bracelet extenseur est appliqué au-dessus du poignet. La traction étant ainsi disposée et commencée, le chirurgien se place en arrière du bras, croise ses doigts sur la partie antérieure de l'humérus qu'il attire en arrière, tandis qu'avec ses pouces il projette l'olécrâne en avant suivant le procédé de Desault.

Si cette manœuvre ne réussit point, le chirurgien se trouvera bien d'imprimer

à l'avant-bras, pendant la traction, des mouvements alternatifs de pronation et de supination. Ils suffisent quelquefois à dégager brusquement la coronoïde et à amener la réduction.

Une fois la réduction obtenue, le chirurgien ne doit pas oublier que la partie la plus délicate du traitement commence, et que le rétablissement des mouvements de la jointure doit être surveillé de près.

Suivant l'étendue du gonflement et de l'épanchement sanguin péri-articulaire, l'articulation sera immobilisée pour un nombre de jours variable dans un appareil plâtré, mais dès le cinquième jour, et au plus tard vers le huitième jour, nous pensons que l'appareil devra être défait et le chirurgien communiquera au membre des mouvements de flexion, d'extension, de pronation et de supination. Le membre sera alors maintenu dans une écharpe de Mayor et soumis chaque jour à un massage régulier.

Lorsque la luxation est compliquée, le traitement présente quelques différences.

Y a-t-il fracture de l'olécrâne, de la coronoïde ou de la tête du radius, la difficulté est de conserver la réduction obtenue. Si l'on abandonne le bras dans une écharpe de Mayor, ou si on l'entoure d'un bandage ouaté légèrement compressif, le déplacement se reproduit aussitôt. Il faut donc maintenir les os en place en immobilisant le bras et l'avant-bras fléchi à angle droit dans un appareil plâtré. Cette immobilisation a pour inconvénient de provoquer des raideurs articulaires considérables, quelquefois même une véritable ankylose. Aussi pourra-t-on, dès le douzième jour, lever l'appareil pour imprimer quelques mouvements à la jointure, mais il ne saurait y avoir de règle précise à cet égard, et le chirurgien, suivant les cas, verra s'il doit prolonger ou abrégier la durée de l'immobilisation.

La luxation peut être compliquée de déchirures des téguments avec issue de l'humérus à travers la plaie. Si, après avoir soigneusement nettoyé avec des liquides antiseptiques l'extrémité osseuse saillante au dehors, on peut en obtenir la réduction, on drainera la plaie, on immobilisera la jointure et la guérison sera obtenue avec une raideur persistante plus ou moins grande. Si au contraire la réduction est impossible, il faut réséquer l'extrémité humérale qui fait saillie au dehors. Weinman, Evans (1) ont eu recours à cette pratique et s'en sont bien trouvés.

Si en même temps l'artère humérale est rompue, on pratiquera dans la plaie la ligature des deux bouts du vaisseau divisé, après avoir réduit ou réséqué la portion osseuse qui a perforé les parties molles. Déjà A. Brard, Vidal de Cassis, Malgaigne concluaient résolument dans ce sens, et l'on ne saurait plus aujourd'hui agiter, en pareil cas, la question d'une amputation que conseillaient Monteggia et Boyer.

Alors même que la déchirure du médian coexiste avec la rupture de l'humérale, nous croyons, contrairement à Pingaud, que la conservation doit être tentée. Après réduction et ligature des deux bouts de l'humérale divisée, le chirurgien fera immédiatement la suture du nerf, et ce n'est que la main forcée par un sphacèle imminent qu'il se résoudra à l'amputation.

(1) Cités par Pingaud, *loc. cit.*, p. 523.

VARIÉTÉS EXCEPTIONNELLES

A. — LUXATIONS LATÉRALES

Ainsi que le fait remarquer Denucé, le véritable signe d'une luxation latérale est que l'apophyse coronoïde reste en avant, et le bec olécrânien en arrière du plan vertical passant par l'épicondyle et l'épitrôchlée, malgré le déplacement des os de l'avant-bras sur un des côtés de l'humérus. Ce signe permet de séparer les luxations latérales des luxations en arrière et sur les côtés que nous avons étudiées.

1° LUXATIONS EN DEHORS. — La luxation est complète ou incomplète. La première est cliniquement évidente, la seconde prête beaucoup plus à l'erreur et est tout à fait rare.

Luxation en dehors complète. — Vaguement indiquée par les anciens, l'existence de la luxation du coude complète en dehors a été établie d'une façon indiscutable par les observations de Delpech, Malgaigne, Nélaton, de Bruyn, Denucé. Au moment où écrivait Pingaud, il avait réuni 13 cas de la luxation complète en dehors; Stimson, recueillant les différents faits publiés depuis lors, a porté leur nombre à 25. Cahier en a ajouté quelques autres.

DUPUYTREN, Leçons orales, t. I, p. 151. — BOULEY, *Bull. de la Soc. anat.*, 1857, p. 101. — NÉLATON, *Pathologie chirurgicale*, t. II, p. 391, 1^{re} édit. — NEILSON, *Lancet*, 1844, II, p. 559. — ROBERT, *Gaz. des hôp.*, 1849, p. 180. — SOULÉ, *Gaz. méd.*, 1849, p. 717. — VERNEUIL et TRIQUET, *Gaz. des hôp.*, 1851. — PIOGEY et DUBREUIL, *Gaz. des hôp.*, 1851, p. 50. — DENUCÉ, Thèse de Paris, 1853. — FLAUBERT, *Idem.* — PUECH, *Gaz. des hôp.*, 1859, p. 454. — SISTACH, *Bull. de la Soc. de chir.*, 1866, p. 520. — VARICK, *New-York med. Record*, 1867, t. II, p. 587. — ANDREWS, *Ibid.*, 1875, p. 720. — VON PITHA, *Pitha und Billroth's Chirurgie*, t. IV, Abth. II B, p. 71; 4 cas. — HATRY, *Lyon médical*, 1876, t. XVIII, p. 15. — WYLIE, in *Hamilton Fract. and Dis.*, p. 698. — BERTIN, *Union méd.*, 1876, p. 609. — OSBORNE, *New-York hosp. Gaz.*, 1879, p. 615. — MASON, *New-York med. Record*, 1880, t. XVII, p. 597; 2 cas. — TOWNE, *Ibid.*, p. 525. — ECKWURZEL, *Phil. med. and surg. Reporter*, 1881, t. XXXV, p. 58. — MEARS, *Phil. med. Times*, 1880-1881, t. XI, p. 89. — JOHNSON, *Trans. Mo. State med. Assoc.*, 1880, p. 53. — BATTISCOMBE, *Lancet*, 1886, II, p. 507 (bibliographie empruntée à Stimson). — GORDON, *British med. Journal*, 8 février 1896. — SIMPSON, *Lancet*, 1794, t. II, p. 385. — WIGHTMANN, *Lancet*, vol. II, p. 655, 1894.

Mécanisme. — Le crochet cubital se portant de dedans en dehors abandonne complètement les surfaces articulaires humérales, et, après avoir contourné le condyle, vient se placer de champ contre le bord externe de l'humérus qu'il embrasse

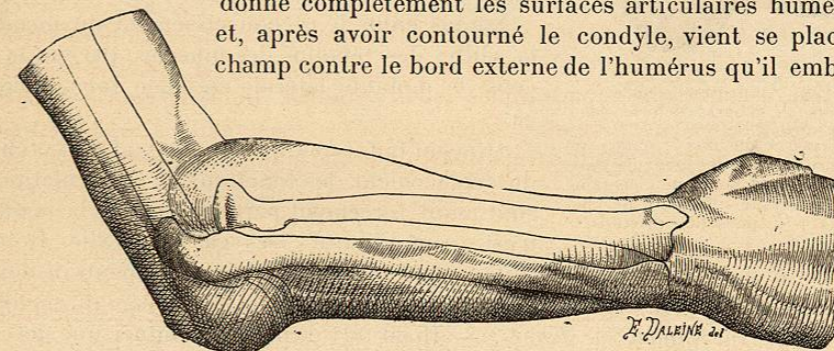


FIG. 41. — Luxation en dehors complète. (Nélaton.)

dans sa concavité; la tête du radius, déplacée en avant et en dehors, est appliquée contre la face antérieure de l'humérus (fig. 41).

Suivant le degré de la violence qui produit le déplacement, les os de l'avant-bras occupent une position plus ou moins élevée sur le bord externe de l'humérus et la cavité sigmoïde cubitale embrasse ce bord au-dessus de l'épicondyle, ou bien à son niveau. Le radius qui précède le cubitus fait saillie plus ou moins haut. Il y a donc deux degrés de la luxation complète en dehors que Denucé a désignés sous les noms de luxations sous et sus-épicondyliennes.

On admet le *mécanisme* suivant : une chute a lieu sur le coude fléchi ou étendu, la violence a pour effet d'infléchir violemment l'avant-bras en dehors, d'amener la rupture des ligaments et l'écartement des surfaces articulaires en dedans. Si à ce moment une impulsion nouvelle communiquée à l'avant-bras le porte directement en dehors, les ligaments externes se rompent à leur tour et livrent passage aux os de l'avant-bras. Le crochet cubital contourne le condyle huméral et vient embrasser le bord externe de l'humérus.

Les *causes* de ces luxations sont le plus souvent des chutes sur la partie interne du coude ou des chocs portant sur l'extrémité supérieure et interne de l'avant-bras, puis des chutes sur la main, le bras étant étendu. L'observation de Mears nous montre un homme qui fut frappé à la partie supérieure et interne de l'avant-bras par une charpente, le bras étant dans la flexion.

Symptômes. — La déformation de la région du coude est énorme et caractéristique. Il y a une dislocation évidente de l'articulation du coude, et la palpation permet facilement de reconnaître de dedans en dehors l'épitrôchlée, la trochlée, le condyle et l'épicondyle.

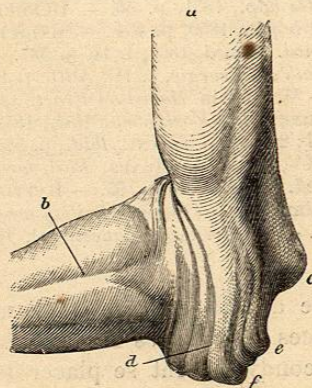


FIG. 42. — Luxation complète du coude en dehors (déformation).

a, face interne du bras. — b, face antérieure de l'avant-bras [devenue interne. — c, sommet de l'olécrâne. — d, extrémité inférieure de l'humérus. — e, épitrôchlée (Denucé).

Denucé, montrent dans ces conditions la conservation des mouvements de flexion et d'extension à un degré suffisant pour permettre un bon usage du membre.

Luxation incomplète en dehors. — Il est fort difficile de donner une description de cette luxation. Cliniquement, elle a été souvent confondue avec la luxation en arrière et en dehors (les symptômes appartenant à cette dernière lui ont été souvent rapportés), et anatomiquement on s'accorde mal encore sur la position occupée par les os déplacés.

En dedans, fait saillie sous la peau l'extrémité inférieure de l'humérus tout entière. En dehors, le long du bord externe de l'humérus, on sent les extrémités supérieures du cubitus et du radius. L'avant-bras, demi-fléchi sur le bras, est placé de champ, de sorte que le radius forme son bord supérieur et le cubitus son bord inférieur; il est dans la demi-flexion avec une forte pronation, ou plutôt une demi-torsion en dedans. La face postérieure de l'olécrâne regarde donc directement en dehors (fig. 42).

Notons enfin le raccourcissement du membre, la saillie des tendons des muscles triceps et biceps, la mobilité latérale signalée dans quelques cas.

Stimson fait remarquer que, malgré l'étendue du déplacement, les fonctions de l'articulation ne sont point forcément perdues lorsque la luxation n'est point réduite. Des cas de Wylie, Robert,

Tandis que Malgaigne, réunissant tous les faits connus, a pu rassembler avec peine 5 cas de cette luxation, Denucé 7 et Pingaud 8, Hueter⁽¹⁾ décrit 9 cas personnels de luxations en dehors, dont 6 traités par la résection. Nicoladoni⁽²⁾ donne la relation de 4 cas qui se sont présentés à lui en l'espace de quatre ans et demi, et Sprengel⁽³⁾, de 12 observés de 1875 à 1879. Ainsi que le fait remarquer Stimson, il est probable qu'il y a eu souvent erreur de diagnostic, et que tous les faits publiés ne se rapportent point à la luxation en dehors incomplète.

Au point de vue anatomique, Malgaigne, Denucé, etc., admettent une luxation incomplète en dehors, caractérisée par le transport des os de l'avant-bras directement en dehors; la cavité sigmoïde du cubitus abandonne la trochlée pour venir embrasser le condyle huméral, le radius se déplace en avant et en dehors, et répond par sa cupule à la face antérieure de l'épicondyle.

Pingaud, au contraire, se basant sur les résultats de l'expérimentation cadavérique, déclare un semblable mouvement de translation latérale impossible. Pour lui, la cavité sigmoïde du cubitus, en même temps qu'elle se déplace de dedans en dehors, vient se placer de champ au-dessous de la moitié externe de la trochlée, l'olécrâne répond à la partie postéro-externe du condyle. La tête du radius répond encore au condyle par le tiers inférieur de sa cupule, ou est un peu plus rejetée en dedans vers la ligne médiane, mais il faut que les os soient de champ pour que le déplacement soit stable. Ce déplacement se confondrait presque avec le précédent.

Au point de vue du mécanisme, on n'est pas moins divisé : les uns admettent la production possible de la luxation directe en dehors par l'inflexion latérale externe avec propulsion de l'avant-bras en dehors; les autres, tels que Ross, Roser, Streubel, pensent que les luxations directes en dehors n'existent pas, et qu'elles ne sont que des transformations secondaires de la luxation en arrière et en dehors.

Que la luxation incomplète en dehors soit primitive ou secondaire, relativement fréquente comme le soutiennent Hueter, Sprengel, etc., ou rare comme le veulent Denucé, Pingaud et la plupart des auteurs français, il n'en est pas moins vrai qu'elle existe, démontrée anatomiquement par les pièces de Pinel et de Poumet, par la constatation directe de Sprengel et les opérations d'arthrotomie de Hueter et de Nicoladoni.

La position des os déplacés est la suivante sur la pièce de Poumet : en dedans la trochlée est libre, la cavité sigmoïde portée en dehors embrasse le condyle,

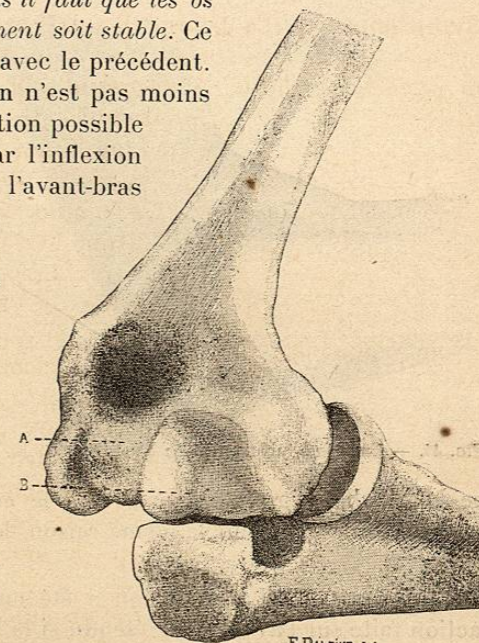


FIG. 43. — Luxation incomplète du coude en dehors.

A, trochlée humérale abandonnée. — B, condyle déformé, embrassé par le crochet cubital. (Pièce de Poumet, Musée Dupuytren, n° 753.)

(1) HUETER, *Arch. für klin. Chir.*, 1867, t. VIII, p. 155, et t. IX, p. 955.

(2) NICOLADONI, *Wiener med. Wochenschrift*, 1876, p. 570, 599, 640 et 670.

(3) SPRENGEL, *Centralblatt für Chir.*, 1880, p. 129.

le radius est venu se placer en avant au-dessus du cubitus et répond par sa cupule à la partie la plus externe du condyle et surtout à la face antérieure de l'épicondyle » (fig. 43).

Dans le cas de Sprengel ⁽¹⁾, le doigt introduit dans la jointure par un orifice dû à la chute d'une eschare « pouvait reconnaître distinctement la tête du radius placée au-dessous de l'épicondyle, le cubitus était déplacé en dehors, de telle sorte que le versant externe de la cavité sigmoïde embrassait le condyle ».

Dans les six cas rapportés par Hueter, ce chirurgien put constater pendant l'arthrotomie un déplacement analogue à ceux que je viens de rapporter, mais il s'accompagnait d'arrachement de l'épitrôchlée, et le fragment osseux détaché était venu se loger dans la gouttière trochléenne. Imberdis ⁽²⁾, Albert, Dumreicher, Nicoladoni ⁽³⁾, ont aussi observé cet arrachement de l'épitrôchlée.

Symptômes. — Le coude est légèrement fléchi, l'avant-bras en pronation. Le diamètre transversal du coude est augmenté et l'on trouve en dedans une saillie notable formée par la trochlée et l'épitrôchlée.

Lorsque l'épitrôchlée est arrachée, la saillie du bord interne de l'humérus et de la trochlée est encore considérable et peut être facilement reconnue par la palpation. L'épitrôchlée détachée peut quelquefois être sentie mobile au-dessous de la trochlée.

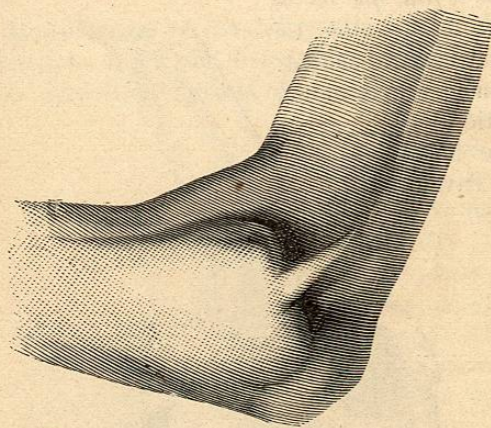


FIG. 44. — Luxation incomplète du coude en dehors.

En dehors est une autre saillie formée par la tête du radius qui débordé un peu l'épicondyle et aussi par l'olécrâne plus rapprochée de l'épicondyle que de l'épitrôchlée.

Lorsque l'avant-bras est dans une flexion légère, l'olécrâne ne dépasse pas sensiblement la ligne transversale qui unirait l'épicondyle à l'épitrôchlée; cependant, il fait en arrière une saillie plus considérable qu'à l'état normal, parce que le crochet sigmoïdien embrasse le condyle et ne s'engage plus dans la fosse olécrânienne; pour la même raison, le mouvement d'extension est limité.

Traitement. — La réduction a été en général facilement obtenue par la traction faite sur l'avant-bras (étendu si la luxation est incomplète, fléchi si elle est complète), jointe à la pression directe de dehors en dedans sur les os de l'avant-bras déplacés. Il faut avoir soin de maintenir l'avant-bras en supination pendant la traction.

2^o LUXATION EN DEDANS. — La luxation en dedans a été bien souvent confondue avec la luxation en arrière et en dedans, de telle sorte qu'il est fort difficile

⁽¹⁾ SPRENGEL, *Centralblatt für Chirurgie*, 1880, p. 150.

⁽²⁾ IMBERDIS, Thèse de Strasbourg, 1858.

⁽³⁾ NICOLADONI, *Wiener med. Wochenschrift*, 1876, p. 571.

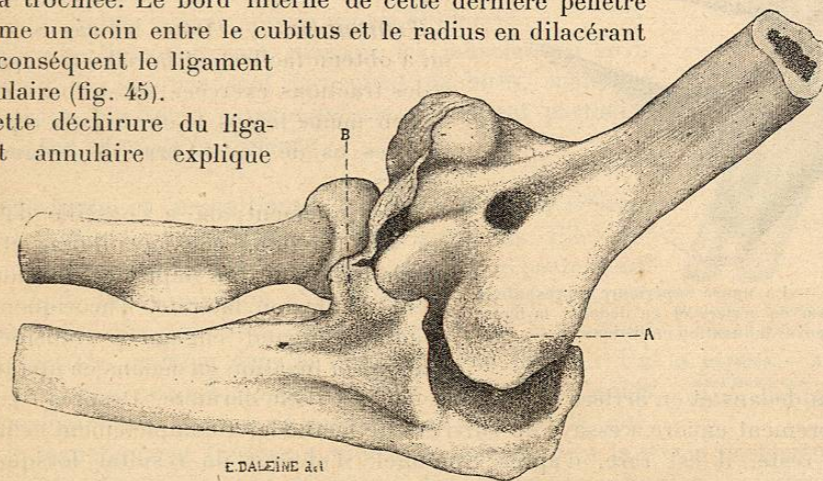
d'être fixé sur son degré de rareté. Pingaud n'avait pu en réunir que 9 cas, tandis que Hahn ⁽¹⁾ et Sprengel ⁽²⁾ en comptent chacun 20.

Les causes de cette luxation sont encore des chutes sur le coude ou sur la main étendue. Le mécanisme reste obscur. Pour Denucé, on obtient sur le cadavre le déplacement en dedans en rompant les ligaments internes, par la flexion forcée latérale externe, suivie d'une forte impulsion de dehors en dedans dès que les ligaments ont cédé.

Pour Pingaud, dont l'opinion est à peu près celle de Hanekroth et de Malgaigne, la luxation en dedans serait consécutive à une luxation postérieure et il faudrait d'abord luxer l'avant-bras en arrière pour lui imprimer un mouvement de torsion en dedans et amener le cubitus sous l'épitrôchlée.

Nous décrirons la position des os déplacés d'après la pièce de Jollivet ⁽³⁾, qui peut être considérée comme le type de cette luxation. La cavité sigmoïde du cubitus placée en dedans de la trochlée encadre l'épitrôchlée; la partie antérieure et interne de la tête du radius s'appuie sur la moitié articulaire externe de la trochlée. Le bord interne de cette dernière pénètre comme un coin entre le cubitus et le radius en dilacrant par conséquent le ligament annulaire (fig. 45).

Cette déchirure du ligament annulaire explique



E. DALEINE del.

FIG. 45. — Luxation du coude en dedans.

A, épitrôchlée encadrée par le crochet cubital. — B, ligament annulaire refoulé par le bord interne de la trochlée qui s'enfonce entre le radius et le cubitus. (Pièce de Jollivet, Musée Dupuytren.)

comment la tête du radius peut quelquefois faire saillie en dessous et en arrière de la trochlée pendant que la cavité sigmoïde encadre l'épitrôchlée. Lorsque le ligament annulaire n'est pas déchiré et que le crochet cubital encadre l'épitrôchlée, la tête du radius vient se placer forcément en avant du bord externe de la trochlée. Alors, le coude étant demi-fléchi, la tête du radius fait saillie en avant, au pli du coude.

Ces deux positions correspondent aux deux variétés de luxations en dedans primitivement décrites par Denucé, la variété radio-antérieure et la variété radio-postérieure. Bien que cette dernière ne soit pas admise par Pingaud, la pièce de Jollivet nous paraît la rendre incontestable.

Symptômes. — Le coude est légèrement fléchi; l'avant-bras, en pronation ou

⁽¹⁾ HAHN, *Schmid's Jahrbuch*, t. CXIX, p. 74, et t. CXX, p. 88.

⁽²⁾ SPRENGEL, *Loc. cit.*, p. 129.

⁽³⁾ JOLLIVET, *Bull. de la Soc. anat.*, 1865, p. 184.