

en supination, est transporté en dedans. Il est impossible de sentir la saillie de l'épitrôchlée.

Par la palpation on peut reconnaître facilement la cavité sigmoïde faisant relief en dedans et soulevant les muscles épitrôchléens, de telle façon que l'épitrôchlée est masquée.

L'épicondyle, facilement accessible, forme relief en dehors. Au-dessous du condyle est une dépression laissée par le déplacement du radius en dedans. Le diamètre transversal du coude est à peine augmenté. Enfin, il n'y a à la face postérieure du coude aucune déformation rappelant celle de la luxation en arrière; les faces postérieures du bras et de l'avant-bras se rencontrent à angle droit. (Comparez les deux figures 46.)

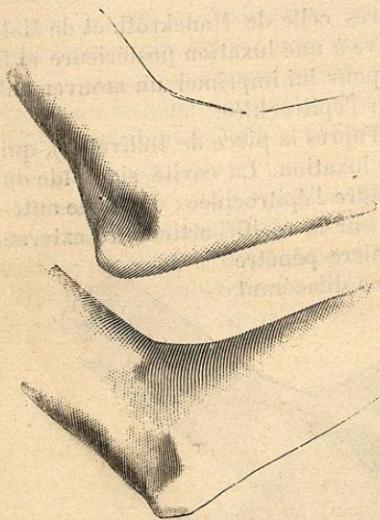


FIG. 46. — La figure supérieure représente la luxation en arrière et en dedans; la figure inférieure, la luxation en dedans.

Traitement. — Dans les cas récents, on a obtenu facilement la réduction, grâce à des tractions exercées sur le bras étendu, en même temps le chirurgien repoussait les os de l'avant-bras de dedans en dehors.

Théoriquement, on a conseillé d'exercer des tractions sur l'avant-bras et en même temps de lui imprimer un mouvement d'inflexion latérale. Théoriquement encore, Pingaud engage à transformer d'abord la luxation en dedans en une luxation en dedans et en arrière et à réduire ensuite cette dernière. Desprès⁽¹⁾, qui dernièrement encore a essayé de suivre cette méthode, a complètement échoué.

Du reste, il est rare, d'après Sprengel, d'obtenir un résultat lorsque la luxation a eu quelque durée. Sur 4 cas, une seule fois la réduction aurait été obtenue après huit semaines.

B. — LUXATIONS EN AVANT

Voici, d'après Stimson, leur bibliographie :

Evers, Monin, Guyot, Wittlinger, cités par STREUBEL, *Prager Vierteljahrschrift*, 1850, II, p. 57, et par MALGAIGNE, *Loc. cit.*, p. 626. — Guerre, rapporté par PINGAUD, *Dictionn. encycl.*, 1^{re} série, t. XXI, p. 708. — Chapel, rapporté par MALGAIGNE, *Loc. cit.*, p. 617, pour une luxation en dehors. — Colson, Leva, rapporté par DEBRUYN, *Annales de chirurgie franç. et étrang.*, 1845, t. IX, p. 44 et 45, et par STREUBEL. — RICHEL, *Arch. gén.*, 1859, t. VI, p. 572. — PRIOR, *Lancet*, 1844, II, p. 566. — ANCELON, *Union méd.*, 1859, t. III, p. 594. — CANTON, *Dublin med. Journal*, 1860, II, p. 24. — SECRESTAN, *Gazette des hôp.*, 1860, p. 598. — CAUSSIN, *Union méd.*, 1861, t. XI, p. 475, et *Bull. de la Soc. de chir.*, 1861, t. II, p. 451. — RICHEL, *Bull. de la Soc. de chir.*, 1858, t. IX, p. 410. — MOREL-LAVALLÉE, *Idem.*, p. 407. — Greenaway, rapporté par HUTCHINSON, *Med. Times and Gaz.*, 1866, I, p. 409. — LANGMORE, analysé dans *New-York med. Record*, 1867, t. II, p. 40. — RIGAUD, *Bull. de la Soc. anat.*, 1870, p. 45. — DATE, *Lancet*, 1872, II, p. 597. — MONS, *Deutsche milit. Zeitschrift*, 1877, p. 401 : rapporté par POINSOT, *Loc. cit.*, p. 951. — KRÖNLEIN, *Deutsche Chir.*, Lief. XXVI, p. 50.

(1) DESPRÈS, *Bull. de la Soc. de chir.*, 1888, p. 510.

Admise par Hippocrate, la luxation du coude en avant fut considérée par J.-L. Petit comme impossible sans fracture de l'olécrâne. Cependant, Colson père, en 1818, eut l'occasion d'observer une luxation en avant sans cette complication; depuis lors, les observations semblables se sont multipliées et Stimson en a pu réunir 20 exemples.

Anatomie pathologique. — Les os de l'avant-bras luxé en avant peuvent occuper deux positions : il y a donc deux degrés dans le déplacement.

Dans le premier degré, luxation dite incomplète, l'olécrâne appuie par sa face supérieure sur la partie la plus déclive de la trochlée; il est maintenu au bout de l'humérus par la tension équilibrée du triceps, du brachial antérieur et du biceps (Denucé). Au second degré, les os de l'avant-bras chevauchent plus ou moins sur l'humérus. La face postérieure de l'olécrâne répond à la fossette coronoidienne ou à la gorge qui sépare la trochlée du condyle; le bord postérieur de la tête radiale appuie contre l'humérus.

Tous les ligaments sont rompus, les muscles qui environnent la jointure sont largement déchirés, mais les faisceaux tendineux, épicondyliens, échappent partiellement aux effets de la violence.

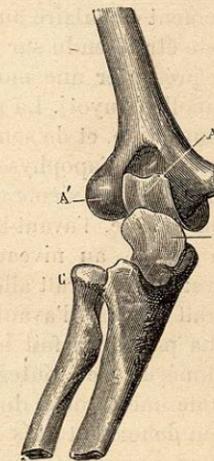


FIG. 47. — Luxation incomplète du coude en avant. A, trochlée. — A', condyle de l'humérus. — B, olécrâne. — C, tête radiale.

Étiologie et mécanisme. — Cette luxation se rencontre chez les jeunes gens de six à vingt ans. Elle succède ordinairement à une chute sur la partie postérieure du coude fléchi, ou à un choc direct sur la partie postérieure de l'olécrâne. Mais dans ce dernier cas la violence est terrible, comme dans le fait de James Prior. « Un homme était occupé à soulever avec un cric un poids considérable : la rupture de la chaîne fait dérouler le tour, et le manche vient frapper si violemment le coude à la partie postérieure, que l'épiphyse humérale passe au travers des téguments en arrière, en même temps que l'avant-bras est chassé en avant. »

Le mécanisme le plus généralement accepté, proposé par De Bruyn, Malgaigne, etc., est le suivant : dans la flexion forcée de l'avant-bras sur le bras, les saillies osseuses ne font aucun obstacle au déplacement en avant, et dans cette position un coup, une chute portant sur l'olécrâne, chasse l'avant-bras en avant. Colson fils pensait que la luxation se produisait lorsque, le membre étant dans la flexion forcée, on imprimait à l'avant-bras un mouvement combiné d'inflexion latérale externe et de torsion de dehors en dedans. Ce mouvement ayant pour effet d'incliner en dedans le crochet cubital et de faire passer d'arrière en avant la face externe plane de l'olécrâne sous la trochlée, amènerait le sommet de l'olécrâne au-devant de la trochlée par une sorte de mouvement de spirale.

Pingaud admet que la luxation peut non seulement se produire par ces différents mécanismes, mais encore par l'hyperextension accompagnée d'une violente flexion latérale externe. L'hyperextension rompt les ligaments internes, amène l'écartement des surfaces articulaires en dedans, tandis qu'une violente inflexion latérale externe transporte le crochet sigmoïdien au-dessous, puis au-devant de la trochlée.

Quelquefois, en effet, mais rarement, cette luxation a été observée à la suite de chutes sur la paume de la main, le membre étant étendu au-devant du corps; mais personne n'admet plus aujourd'hui, comme le voulait Denucé, que la luxation du coude en avant puisse se produire par un mouvement d'extension forcée, pur et simple, à moins qu'il n'y ait en même temps fracture de l'olécrâne.

Symptômes. — Les deux degrés de la luxation en avant ont des symptômes absolument différents.

Le premier degré (luxation incomplète) est caractérisé par l'allongement du membre (il est augmenté de toute la longueur de l'olécrâne) et par un étranglement circulaire au-dessous des tubérosités humérales. L'avant-bras peut du reste être étendu sur le bras ou légèrement fléchi, conserver une certaine fixité ou présenter une mobilité exagérée en tous sens comme un membre de polichinelle (Guyot). La palpation permet de reconnaître en arrière la fosse olécrânienne vide, et de sentir en avant deux saillies formées, l'une par la tête radiale, l'autre par l'apophyse coronoïde.

Dans le deuxième degré (luxation complète), l'attitude du membre n'a encore rien de fixe, l'avant-bras est demi-fléchi ou étendu, le membre est raccourci. En avant, au niveau du coude, on constate une déformation considérable, l'avant-bras paraît allongé et le bras raccourci. En arrière, c'est l'inverse, le bras paraît allongé, l'avant-bras raccourci.

La palpation fait suivre et reconnaître en arrière l'extrémité inférieure de l'humérus avec toutes ses inégalités. En avant, on découvre au-dessus du pli du coude une tumeur dure, inégale, formée par l'extrémité supérieure du cubitus, et en dehors, et plus bas, la tête du radius.

Les complications de la luxation en avant sont : la fracture de l'olécrâne (Richet, Velpeau, A. Guérin, Guerre), celle de l'olécrâne et de la coronoïde (Morel-Lavallée), celle de l'épitrôchlée (Fergusson, Date).

La déchirure des ligaments et l'ouverture de la cavité articulaire, qui existait dans le cas de James Prior, est exceptionnelle.

Traitement. — Les manœuvres employées pour la réduction de la luxation au premier degré (incomplète) sont très simples et ont toujours facilement réussi; le mieux est, selon Malgaigne, de saisir le bras de la main gauche, l'avant-bras de la droite, le pouce appliqué en avant sur l'olécrâne, puis à opérer doucement la flexion en repoussant cette apophyse en bas et en arrière.

Pour la luxation au deuxième degré, beaucoup plus difficile à réduire que la précédente, le chirurgien fléchit l'avant-bras, l'embrasse de ses deux mains un peu au-dessous du coude et l'attire en bas et en arrière, tandis qu'il fait maintenir l'humérus fixe par des aides.

2° LUXATIONS ISOLÉES DES OS DE L'AVANT-BRAS

VARIÉTÉS COMMUNES

A. — LUXATION DU RADIUS EN AVANT

Signalée depuis longtemps par Martin (de Bordeaux), Thomassin, Rouyer, la luxation du radius en avant n'avait guère attiré l'attention. Un mémoire de

Rognetta⁽¹⁾ et une clinique de Gerdy⁽²⁾, en 1835, firent bien connaître ce déplacement, et montrèrent qu'il n'était pas aussi rare qu'on le supposait. Quelques années plus tard, Malgaigne, dans son *Traité des luxations*, déclarait que la luxation du radius en avant était fréquente, il en rapportait 25 cas; depuis lors, les faits semblables se sont multipliés, et, pour employer la phrase consacrée, les observations similaires ne pourraient plus aujourd'hui être comptées. Schrœter⁽³⁾ a consacré à l'étude de cette luxation un article très important que l'on fera bien de consulter⁽⁴⁾.

Causes et mécanisme. — La luxation du radius en avant se rencontre souvent chez les enfants. Malgaigne en a observé une dans le cours de la deuxième année, Danyau une dans la troisième, enfin, Kracowitz et Leisrink⁽⁵⁾ ont signalé cet accident à la suite des manœuvres de l'accouchement. Mais ce n'est pas ordinairement dans le premier âge que cette luxation a lieu, et son maximum de fréquence paraît être dans l'adolescence. Elle se produit rarement chez l'adulte, et serait exceptionnelle chez le vieillard (Jousset).

Elle succède ordinairement à une chute sur la paume de la main, suivie de l'hyperextension de l'avant-bras sur le bras. Les ligaments internes épitrôchléo-coronoïdiens résistent, et le maximum de l'effort se faisant sentir sur la partie externe de l'articulation, la partie antéro-externe de la capsule articulaire et le ligament annulaire sont déchirés; la tête du radius se déplace et se porte au-dessus et un peu en dedans du condyle. Dans ce cas, la déchirure ligamentuse n'intéresse que le ligament annulaire et la partie antérieure de la capsule; le ligament latéral externe est sauf.

Ailleurs, Denucé admet que le ligament latéral externe et la capsule seuls sont rompus, l'annulaire demeurant intact. En effet, la rupture du ligament latéral externe permet à l'annulaire de descendre sur le col du radius, et cet os peut s'écartier de 7 millimètres du cubitus, écartierement qui est suffisant pour permettre sa luxation en avant. Bien que Pingaud se refuse absolument à admettre qu'il puisse y avoir un déplacement complet de la tête du radius dans ces conditions et sans déchirure du ligament annulaire, Denucé ne signale pas moins de sept pièces sur lesquelles il a pu remarquer l'intégrité de ce ligament, et le fait paraît absolument incontestable.

La luxation peut encore se produire, mais très rarement, dans d'autres conditions. A la suite d'une chute sur le coude par exemple, le radius reçoit un choc et est projeté directement en avant. Enfin, la luxation en avant aurait été observée à la suite de simples tractions, et les cas suivants sont classiques. Ph. Boyer rapporte qu'un jeune laquais, ayant saisi la capote d'un cabriolet pour monter derrière, glissa et resta suspendu par la main; une luxation du

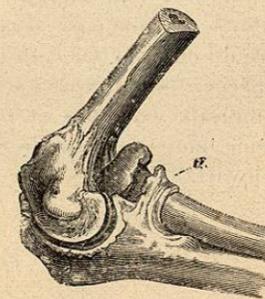


FIG. 48. — Luxation complète du radius en avant.
a, ligament annulaire intact.

(1) ROGUETTA, *Gazette méd. de Paris*, 1835.

(2) GERDY, *Arch. de méd.*, 1835, t. VII, p. 149.

(3) SCHROETER, *Arch. für klin. Chir.*, t. XLVI, p. 4.

(4) CARREY, Thèse de Lyon, 1894.

(5) LEISRINK, *Deutsche Zeitschrift für Chirurgie*, 1873, et POULET et BOUSQUET, t. III, p. 749.

radius en avant s'ensuivit. Une autre fois le déplacement eut lieu pendant l'effort que faisait un jeune homme pour soulever un pesant fardeau.

Il n'y a pas eu d'autopsies de luxations récentes. Dans les dissections de luxations anciennes, on a trouvé la tête radiale au-devant du condyle légèrement portée en dedans. Le ligament annulaire était généralement intact, et l'extrémité osseuse déplacée était plus ou moins déformée, entourée d'une gangue fibreuse.

Symptômes. — L'exploration du coude fait aisément reconnaître une série de symptômes caractéristiques. En arrière et en dehors, le doigt sent au-dessous du condyle une dépression notable. Dans le pli du coude, en avant et en dedans de l'épicondyle, est une saillie; c'est la tête du radius. Le côté externe de l'avant-bras incliné en dehors est raccourci, l'avant-bras à demi fléchi est entre la supination et la pronation.

La flexion est limitée et ne peut être portée au delà de l'angle droit sans que la tête radiale, venant buter contre la face antérieure de l'humérus, n'arrête le mouvement. Cette rencontre des deux os se fait quelquefois avec bruit, et A. Cooper insistait sur ce symptôme caractéristique en quelque sorte.

Traitement. — Simple dans la plupart des luxations récentes, la réduction n'a pu cependant être obtenue dans un bon nombre de cas. Le procédé le plus généralement employé a été la traction, exercée sur l'avant-bras dans l'extension et la supination, associée à la pression directe sur la tête radiale déplacée.

Ce procédé peut être modifié de différentes façons, mais ces modifications ne me paraissent pas avoir grande portée, car la cause de l'échec ou de la reproduction du déplacement après réduction est l'interposition entre les surfaces articulaires d'un lambeau capsulaire flottant.

Nous n'avons parlé ici que de la luxation du radius non compliquée de fracture du cubitus. Or cette luxation complique fréquemment la fracture du tiers supérieur du cubitus. La Thèse de Stanculescu (Paris, 1890) nous en donne de nombreux exemples et montre que pour corriger le déplacement il faut en même temps agir sur le cal vicieux du cubitus et sur la tête radiale déplacée. Schwartz, à la Société de chirurgie, 1897, a conclu dans le même sens.

B. — LUXATIONS PAR EN BAS OU PAR ÉLONGATION

Depuis bien longtemps on discute sur la nature de cette luxation par élongation. Denys Fournier⁽¹⁾ le premier, en 1671, parla de « l'élongation » du radius par relâchement des ligaments. Puis Duverney⁽²⁾ déclara plus clairement qu'il n'y avait pas seulement élongation par relâchement des ligaments, mais bien « subluxation du radius qui se dégage en son anneau fibreux ». Après bien des vicissitudes, cette théorie a prévalu et est généralement adoptée aujourd'hui.

Voici les différentes phases de cette question : Bottentuit⁽³⁾, Pinel⁽⁴⁾, Martin (de Lyon)⁽⁵⁾, supposèrent que la théorie de Duverney ne suffisait point à expliquer les symptômes. Ils pensèrent qu'il y avait un déplacement complet de la tête du radius après déchirure de la capsule. Dans un mouvement de pronation forcée, les os de l'avant-bras s'entre-croiseraient vers leur partie moyenne

(1), (2), (3), (4), (5) Analysés par PINGAUD, *Dictionn. Dechambre*, t. XXI, p. 576.

(Bottentuit) ou au niveau de la tubérosité bicipitale (Pinel), et le radius, prenant point d'appui sur le cubitus, exécuterait un mouvement de bascule, en vertu duquel sa tête déchirerait partiellement la capsule en avant ou en arrière (Martin) et se luxerait.

A partir de ce moment, les observations et les théories se multiplièrent; nous pouvons aujourd'hui les résumer en les rangeant sous quatre chefs :

1° Une opinion formulée par Gardner, en 1857, consiste à considérer la lésion qui nous occupe comme un accrochement de la tubérosité bicipitale du radius, sous le bord externe du cubitus. Un mouvement de pronation forcée amènerait la tubérosité bicipitale sous le cubitus, contre lequel elle resterait fixée. Gardner⁽¹⁾, Rendu⁽²⁾, Bourguet (d'Aix)⁽³⁾.

2° Goyrand⁽⁴⁾, puis, avec quelques variantes, Denucé et Perrin⁽⁵⁾ supposaient qu'un diastasis léger se produisait dans l'articulation radio-cubitale supérieure, permettant une subluxation du radius en avant.

Pour Goyrand, la tête du radius se déplaçait un peu en avant de la petite cavité sigmoïde. De même, pour Denucé, un mouvement forcé de pronation portait la tête radiale assez loin en avant pour que le ligament carré fût allongé ou déchiré. Puis l'effort cessait et la contraction musculaire appliquait vigoureusement contre le condyle la tête radiale « maintenue probablement par la saillie du bord postérieur de sa cupule au-devant du bord interne de la petite cavité sigmoïde abandonnée. »

Streubel admet aussi cette subluxation, mais ce qui pour lui maintient le déplacement, c'est l'interposition de la partie postérieure de la capsule articulaire entre la tête radiale et la petite cavité sigmoïde cubitale.

Perrin admet qu'à la suite d'une traction directe exercée sur l'avant-bras, le radius glissant sur le cubitus peut abandonner la petite cavité sigmoïde du cubitus, venir se placer au-dessous d'elle, « où elle est probablement et faiblement retenue par la saillie disposée en crochet qu'offre l'extrémité inférieure de cette même cavité ».

3° Plus tard, Goyrand (d'Aix)⁽⁶⁾, abandonnant l'opinion que nous venons d'exposer, soutint que le poignet était le siège de la lésion et que les accidents étaient dus au passage de la tête du cubitus en arrière du fibro-cartilage triangulaire radio-carpien.

4° La quatrième théorie se rapproche beaucoup de la conception de Duverney. Elle a été proposée et soutenue par Pingaud; absolument rationnelle, elle repose sur l'expérimentation cadavérique.

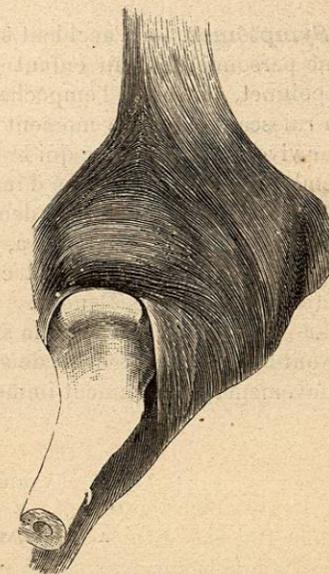


FIG. 49. — Luxation par élongation. (Pingaud.)

(1) GARDNER, *Gazette méd. de Paris*, 1857, p. 664, et 1848, p. 646

(2) RENDU, *Gazette médicale*, 1841, p. 501.

(3) BOURGUET (d'Aix), *Revue médico-chirurgicale*, 1854 et 1855.

(4) GOYRAND, *Gazette médicale*, 1842.

(5) PERRIN, *Revue médico-chirurgicale*, t. V, p. 145.

(6) GOYRAND, *Bull. de la Soc. de chir.*, 1861, p. 596.

Pour Pingaud, la tête radiale est violemment attirée en bas et la collerette formée par le ligament annulaire autour de son col remonte sur la tête et reste accrochée sur le bord de la cupule (fig. 65).

« Nulle part on ne constate de déchirure musculaire ou ligamenteuse au niveau de l'articulation huméro-radiale, mais on aperçoit un petit segment de la cupule radiale, que le ligament annulaire, remonté en avant seulement, laisse complètement à découvert. Il demeure évident que l'étroit anneau fibreux qui, à l'état physiologique, termine le ligament annulaire par en bas, et étrangle le col du radius, s'est, grâce à son élasticité dans le jeune âge, laissé progressivement distendre par le fait de l'abaissement de la tête de l'os, et qu'il a finalement glissé au-dessus d'elle. »

Cette luxation est relativement fréquente. Goyrand déclarait en avoir vu 200 cas dans l'espace de trente ans. Chabrely, Fougeu, Marjollin, Snedden, Lindemann⁽¹⁾ en ont aussi observé un grand nombre.

Commune dans le jeune âge, surtout avant trois ans, elle devient plus rare ensuite, et n'est guère observée après la huitième année. Dans la plupart des faits, la subluxation est produite par une traction brusque, exercée sur la main ou le poignet. A cette traction s'ajoute souvent une pronation forcée de l'avant-bras.

Symptômes. — L'accident se produit presque toujours de la même manière : Une personne tient un enfant par la main et exerce une traction brusque sur le poignet, soit pour l'empêcher de tomber, soit pour l'élever, lui faire sauter un ruisseau, etc. A ce moment même l'enfant se met à crier, accuse une douleur vive, et la personne qui le tient par la main perçoit un craquement sec. Le membre est aussitôt frappé d'impuissance, la main est immobilisée dans la pronation complète ou dans la demi-pronation, l'avant-bras pend inerte et l'enfant refuse de le mouvoir. Il n'y a, quoi qu'on en ait dit, aucune déformation du coude. Quelquefois on aurait constaté au niveau du poignet une légère tuméfaction douloureuse (Rendu).

La réduction se fait avec la simplicité la plus grande, en faisant exécuter à l'avant-bras un mouvement de supination; on perçoit un petit craquement et les mouvements redeviennent immédiatement libres.

VARIÉTÉS EXCEPTIONNELLES

A. — LUXATION DU RADIUS EN ARRIÈRE⁽²⁾

La luxation du radius en arrière est extrêmement rare. La position des os déplacés n'a pu être qu'approximativement établie par quelques dissections de luxations anciennes, et on est peu fixé sur le mécanisme qui lui donne naissance. Nous serons donc extrêmement bref sur cette variété.

Causes. — Le déplacement articulaire succède à une chute sur le coude ou sur la paume de la main, et serait produit, suivant Denucé, par un choc direct qui pousserait la tête du radius en arrière, ou bien par une violence quelconque

⁽¹⁾ STIMSON, p. 558.

⁽²⁾ BARNES, *Med. News*, 15 juillet 1892.

saisissant l'avant-bras dans la demi-pronation, et faisant basculer la tête du radius en arrière. Les cas de Cameron, de Wagner, rapportés par Stimson, dans lesquels la luxation se serait produite à la suite de violences agissant simultanément sur la paume de la main et sur la face postérieure du coude, présentent des symptômes singuliers, tels que l'ascension totale du radius, s'accusant par l'élévation de l'apophyse styloïde radiale, qu'il est difficile de considérer comme des exemples de la luxation qui nous occupe.

Anatomie pathologique. — La tête du radius a quitté la petite cavité sigmoïde du cubitus et est venue se placer en arrière du condyle. Dans un cas rapporté par A. Cooper, le ligament annulaire avait été rompu. Les autres dissections sont trop anciennes pour permettre de dire si oui ou non l'appareil ligamenteux avait été lésé au moment du traumatisme.

On admet (Pingaud, Trélat) que chez l'enfant, des efforts répétés de supination peuvent progressivement distendre le ligament capsulaire en arrière et amener la luxation à la suite de contractions musculaires répétées (convulsions de l'enfance) qui sollicitent le radius à se porter en arrière, par exemple.

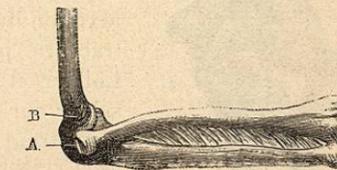


FIG. 50. — Luxation du radius en arrière.
A, tête du radius. — B, humérus.

Symptômes. — L'avant-bras est demi-fléchi, la main en pronation. En arrière et en dehors, au-dessous du condyle huméral, on sent et l'on reconnaît, en imprimant à l'avant-bras des mouvements de rotation, la petite tête radiale.

L'avant-bras est incliné en dehors, et il y a raccourcissement de son bord externe. Les mouvements communiqués peuvent rester possibles, mais ils sont limités, surtout si l'on veut exécuter la pronation et la supination.

Traitement. — On pratique l'extension sur l'avant-bras placé en supination, tandis que le chirurgien, appuyant sur la cupule radiale, la refoule en avant. Ces manœuvres échouent quelquefois, ou bien la réduction est suivie de reproduction du déplacement, ce qui a été attribué, comme dans les cas de luxations en avant, à l'interposition d'une bride capsulaire.

B. — LUXATION DU RADIUS EN DEHORS

THOMASSIN, CHEDIEU, Thèse de Strasbourg, 1805, et MALGAIGNE, p. 668. — NÉLATON, *Pathologie chirurgicale*, t. II, p. 400, 1^{re} édit. — GERDY, *Arch. gén. de méd.*, 1855, t. VII, p. 161. — PARKER, *New-York Journal of med.*, 1852, p. 189. — PITHA et BILLROTH, *Chirurgie*, t. IV, 2^e partie, p. 92. — BROCA et BOULARAN, Thèse de Paris, 1875. — WAGNER, *Centralblatt für Chirurgie*, 1886, n° 24, p. 95. — LOBKER, *Centralblatt für Chirurgie*, 1886, p. 92. — BARTELS, *Arch. für klin. Chir.*, 1874, t. XVI, p. 645. — GRENIER, Thèse de Paris, 1878. — DÖRFLER, *Deutsche Zeitschrift für Chirurgie*, 1884, p. 558. — STANCIULESCU, Thèse de Paris, 1890.

Les cas de Thomassin, Chedieu, Nélaton, Gerdy, Parker, von Pitha et Broca établissent la réalité de ce déplacement en dehors, qui paraît de prime abord étrange, étant donnée l'étendue des déchirures ligamenteuses qu'il nécessite. Ses causes sont des chocs directs sur l'articulation du coude, ou des chutes sur la paume de la main. La plupart des cas ont été observés sur des enfants.