

On ne peut rien dire du mécanisme qui conduit à ce genre de déplacement. Roser, Hamilton et Pingaud le considèrent comme secondaire, et pensent qu'il succède à une luxation en avant ou en arrière, le cubitus seul ayant été réduit.

La déformation du coude consiste en un élargissement notable de l'extrémité supérieure de l'avant-bras avec une forte saillie en dehors de l'extrémité supérieure du radius. Dans le cas de Broca, on pouvait facilement saisir la tête radiale déplacée, et la mouvoir en avant, en arrière et en dehors; il semblait donc que toute connexion ligamenteuse fût détruite. Le membre demi-fléchi est généralement en pronation.

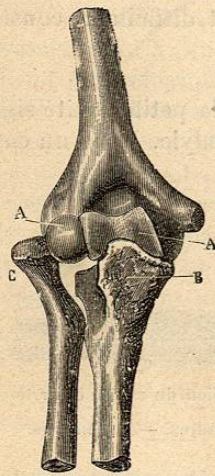


FIG. 31. — Luxation du radius en arrière.

A, trochlée. — A', condyle.
— B, apophyse coronéide.
— C, tête du radius luxée en dehors. (Nélaton.)

COOPER, Dislocations and fractures. Amer. Edit., 1844, p. 590. — BOUDANT, Revue médicale, 1850, t. I, p. 75, rapporté par Sédillot. — SÉDILLOT, Gazette médicale, 1859, t. VII, p. 569. — DIDAY, Idem, p. 395. — BRUN, Trois cas. Idem, 1844, p. 580. — ROBERT, Gaz. des hôp., 1847, p. 272. — VON PITHA, Pitha und Billroth's Chirurgie, t. IV, p. 87. — MALGAIGNE, Luxations, p. 651. — DUGUET, Bull. de la Soc. anat., 1865, p. 278. — MATHIEU, Gaz. des hôp., 1866, p. 350. — WATERMANN, Boston med. and surg. Journal, 1869, t. LXXXI, p. 187. — WILSON, Canada Journal of the med. sciences, 1880, t. V, p. 546. — WATERS, Maryland med. Journal, 1885, t. X, p. 402. (Stimson.) — LOISON, Archives de médecine milit., 1890, p. 202. — MINERVINI, Riforma medica, 1895, p. 250.

A. Cooper avait fourni une dissection, Boudant et Pagès une relation de luxation isolée du cubitus en arrière, mais ce fut à partir du mémoire de Sédillot que cette variété de luxation du coude fut admise sans conteste. Bien que la description de Sédillot ait été reproduite par tous les auteurs, de nombreux doutes se sont élevés sur la réalité de ce déplacement.

Les dissections de pièces anciennes, au nombre de trois, montrent bien l'apophyse coronéide dans la fosse olécrânienne, mais dans celle de Cooper une fracture ancienne de la trochlée est au moins présumable. Dans celle de Robert, la tête radiale était en même temps déplacée en arrière, et la pièce fut considérée par Malgaigne et Lenoir comme un exemple de luxation des deux os de l'avant-bras en arrière. Enfin, dans le cas de Duguet, le déplacement du radius en avant répond à la description d'une luxation divergente (Pingaud).

De telle sorte qu'anatomiquement la variété de luxation qui nous occupe n'est pas démontrée. D'autre part, si l'on recourt à l'expérimentation cadavérique, il est facile de voir que le déplacement supposé dans lequel l'apophyse

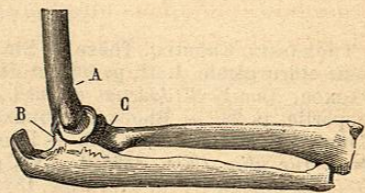


FIG. 32. — Luxation du cubitus en arrière. (Follin et Duplay.)

coronoïde reposerait dans la fosse olécrânienne, tandis que la tête du radius conserverait sa position normale, déplacement figuré par Duplay (fig. 68), est impossible sans une dislocation totale de l'avant-bras avec déchirure de toute l'étendue du ligament interosseux, ce qui n'est pas admissible (Nélaton, Pingaud).

« Nous persistons donc à croire que la plupart des observations données comme des exemples de la luxation isolée et complète du cubitus en arrière, sont des erreurs de diagnostic, et que toujours le radius est en même temps déplacé et remonté sur l'humérus; que toutes les luxations véritablement isolées du cubitus sont incomplètes, et qu'elles s'accompagnent d'une fracture de la coronoïde ou de la trochlée. » (Pingaud.)

5° LUXATIONS DIVERGENTES

BULLEY, Gaz. méd., 1844, p. 666, et Thèse de Pourquier, Paris, 1890. — MICHAUX, rapporté par Debruyne dans les Ann. de chir. franç. et étrang., 1845, t. IX, p. 52. — MAYER, Gaz. des hôp., 1848, p. 252. — PITHA und Billroth's Chirurgie, t. IV, Abth. II B, p. 78. — CHEVALIER, Arch. méd. belges, oct. 1870; rapporté par Bardeleben, Chirurgie, t. II, p. 759. — GRIPAT, Bull. de la Soc. anat., 1872, p. 176. — ARNOZAN, Bordeaux méd., 1875, p. 402. — TILLAUX, Gaz. des hôp., 1877, p. 786. — MINICH, Lo Sperimentale, 1888, rapporté par Poinot. — MASON, New-York med. Record, 1888, t. XVII, p. 597. — SCOTT, British med. and chir. Journal, mars 1886, p. 56. — PORQUIER, Thèse de Paris, 1890. (Stimson.) — VANHEUVERSUN, Journal des sciences méd. de Lille, 1892, p. 241-289.

Caractérisées par le déplacement de chacun des deux os de l'avant-bras dans un sens différent, les luxations divergentes ont été pour la première fois décrites par Michaux et Debruyne en 1845. Un bon nombre d'observations mettent aujourd'hui hors de doute la réalité de ces luxations. Stimson a pu en réunir 41 cas, auxquels on peut ajouter celui de Auffret, présenté en 1888 à la Société de chirurgie.

On distingue deux variétés de luxations divergentes :

- 1° Luxation dans le sens antéro-postérieur, cubitus en arrière, radius en avant;
- 2° Luxation transverse, cubitus en dedans, radius en dehors.

Luxations antéro-postérieures, cubitus en arrière, radius en avant. — Ses causes sont variées, mais presque toutes réalisent les deux conditions suivantes : très grande violence; force appliquée sur le coude écarté du tronc.

C'est une personne qui tombe d'une très grande hauteur (Michaux, Pitha), d'un train en marche (Bulley). Un enfant est précipité en bas d'une charrette (Arnozan). Enfin, dans un cas rapporté par Tillaux, il s'agit d'une domestique qui, en frottant une allumette sur la muraille, avait violemment heurté du coude un meuble placé derrière elle; elle avait perdu connaissance et était tombée sur le coude écarté du tronc.

Anatomie pathologique. — Les deux dissections de cette luxation, faites par Pitha et Gripat, ont établi que tous les ligaments sont déchirés, que la coronoïde est fracturée et que l'extrémité inférieure de l'humérus s'engage comme un coin entre les deux os de l'avant-bras qu'elle sépare. Ceux-ci remontent d'ailleurs plus ou moins haut, radius en avant, cubitus en arrière.

Le mécanisme de ce déplacement a été expliqué de la façon suivante par Denucé : « Je suppose un mouvement de torsion extrême imprimé à l'avant-bras dans le sens de la pronation, qui non seulement produise la pronation forcée,

mais la rotation du cubitus sur son axe. Premier effet correspondant à la pronation forcée, rupture des ligaments externe et annulaire, tendance du radius à passer en avant. Second effet correspondant à la rotation du cubitus, dégagement de l'apophyse coronoïde et tendance à la luxation du cubitus en arrière. Dans ce mouvement, l'extrémité inférieure de l'humérus est comme de champ placée entre le cubitus qui se luxe en arrière et le radius qui se luxe en avant, le ligament annulaire est rompu; l'humérus, par sa vitesse acquise ou par le poids du

corps, s'enfonce entre les deux os. Il suffit, comme on le voit, d'une chute sur la main dans la pronation forcée pour produire cette luxation. »

C'est là un des mécanismes qui conduisent à la luxation divergente, mais ce n'est probablement pas le seul.

Les symptômes sont les suivants : la déformation et le gonflement sont considérables; l'avant-bras, légèrement fléchi, est dans la pronation ou dans la supination (Arnozan). Les mouvements communiqués de flexion et d'extension sont possibles, mais bornés et douloureux, les mouvements de latéralité sont très étendus. Le membre est raccourci, le diamètre antéro-postérieur du coude augmenté, le radius fait saillie en avant, au-devant de l'épicondyle, le cubitus en arrière.

La réduction de la luxation paraît avoir été simple, lorsque les tentatives ont été faites immédiatement après l'accident. Les manœuvres diffèrent à peine de celles de la réduction d'une luxation en arrière. Mais

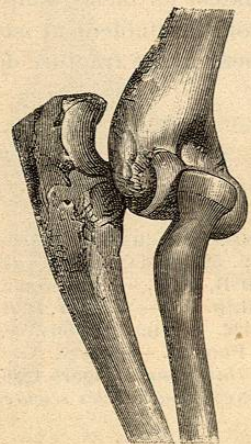


FIG. 53. — Luxation simultanée du cubitus en arrière et du radius en avant.

très vite les difficultés de réduction deviennent considérables : Tillaux ne put réduire au bout de huit jours, Mayer au bout de quatorze.

La seconde variété de luxations divergentes est la luxation transverse; elle est représentée par le seul fait de Guersant-Warmont⁽¹⁾.

Il s'agit d'un garçon de quinze ans, qui tomba d'un arbre haut de 4 mètres sur la paume de la main gauche. La tête du radius formait une saillie considérable en dehors et au-dessus de l'épicondyle. Le déplacement en dehors était si prononcé qu'un intervalle semblait exister entre cette tête et l'épicondyle. Le crochet cubital, déplacé en dedans, encadrait l'épitrôchlée. Entre l'olécrâne et le radius se trouvait l'extrémité inférieure de l'humérus.

LUXATIONS ANCIENNES

Anatomie pathologique. — Le déplacement des surfaces articulaires est suivi :

- 1° De la formation de cavités de réception nouvelles pour les extrémités osseuses déplacées;
- 2° De la production de saillies exubérantes qui circonscrivent ces cavités;
- 3° De la déformation et de l'oblitération par du tissu fibreux des surfaces articulaires normales.

Dans la luxation du coude en arrière, l'apophyse coronoïde se creuse une

⁽¹⁾ *Revue médico-chirurgicale*, t. XVI, p. 505.

rainure profonde sur la partie postérieure de la poulie humérale, la tête du radius une excavation sur la partie postérieure du condyle (pièces de Gely et de Cooper).

En même temps l'extrémité supérieure du cubitus se déforme au contact de l'extrémité inférieure de l'humérus; une cavité sigmoïde nouvelle se crée au-devant de l'ancienne qui se rétrécit. Cette cavité nouvelle est limitée en arrière par l'apophyse coronoïde repoussée vers l'olécrâne, en avant par l'ossification du tendon du brachial antérieur dont les insertions ont été plus ou moins arrachées (fig. 54).

Lorsque la luxation permet aux mouvements de continuer dans une certaine mesure, les surfaces anormalement

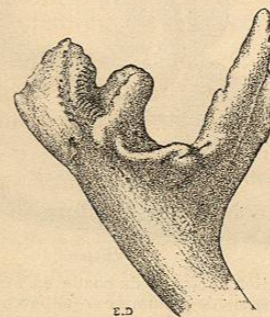


FIG. 54. — Cavité sigmoïde nouvelle formée au-devant de l'ancienne; en avant est une apophyse nouvelle formée par l'ossification du brachial antérieur. (Malgaigne.)

en contact finissent par se mouler l'une sur l'autre. C'est ainsi que sur la pièce de Poumet, on voit au niveau du condyle huméral une véritable poulie de glissement en rapport avec le crochet sigmoïdien, tandis que la trochlée abandonnée est considérablement rétrécie (voy. fig. 45).

Outre ces déformations analogues à celles de toute luxation, il y a au coude quelque chose de tout à fait spécial. Dans la luxation en arrière, Cruveilhier, Malgaigne, Benj. Anger, Marc Sée, Poulet, ont rencontré une production osseuse, véritable os sésamoïde, développée au-devant de l'extrémité inférieure de l'humérus, dans l'épaisseur des débris du ligament antérieur de l'articulation, ou dans l'épaisseur des fibres profondes du muscle brachial antérieur. Cette coque osseuse est généralement assez étendue et permet plus ou moins les mouvements de flexion et d'extension de la jointure.

Lorsque la luxation est plus jeune et que la production osseuse n'existe pas encore, on trouve à sa place un épais renflement fibreux intimement uni à la face antérieure de l'épiphyse humérale, dont il est fort difficile de le séparer.

Dans deux opérations de résection faites pour réduire des luxations anciennes du coude, après avoir scié l'épiphyse humérale au-dessus des tubérosités, après

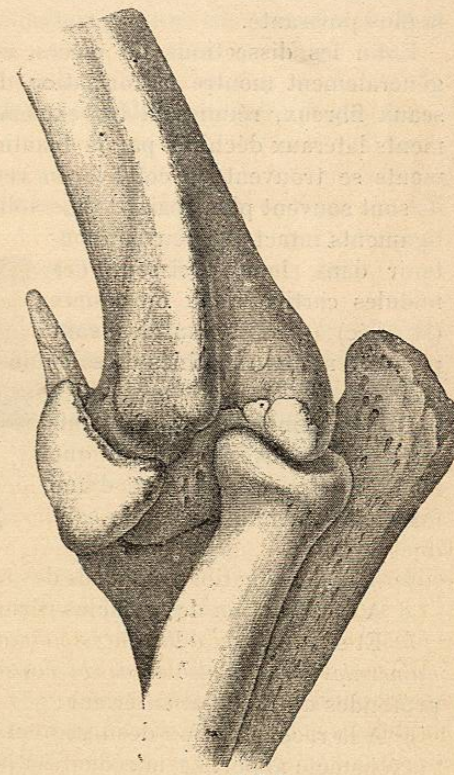


FIG. 55. — Luxation ancienne du coude en arrière.

avoir détaché et ruginé les insertions des ligaments latéraux, j'ai pu constater que cette épiphyse était fixée et fort difficile à dégager, parce qu'elle adhérait par toute sa face antérieure, aussi bien articulaire que non articulaire, à un solide revêtement fibreux qu'il me fallut laborieusement détacher avec la gouge. Cette gangue fibreuse résulte des modifications qui se produisent dans les fibres les plus profondes du muscle brachial antérieur et dans les lambeaux de la capsule, toujours entraînés et pincés entre les surfaces articulaires. C'est là la cause d'irréductibilité la plus puissante.

Enfin les dissections de pièces anciennes ont généralement montré la formation d'épais trousseaux fibreux, réunissant les extrémités des ligaments latéraux déchirés par la luxation. Les ligaments se trouvent de cette façon reconstitués; ils sont souvent plus épais et plus solides que les ligaments intacts, et peuvent contenir dans leur épaisseur des nodules cartilagineux ou osseux (M. Sée) (1). Les muscles sont plus ou moins atrophiés et sclérosés.

De ces constatations anatomiques, nous pouvons conclure que les difficultés de réduction d'une luxation ancienne du coude sont dues :

- 1° Aux déformations osseuses des surfaces articulaires;
- 2° A la rétraction des muscles péri-articulaires;
- 3° Et surtout aux adhérences contractées par la partie antérieure de l'épiphyse humérale avec les débris de la capsule antérieure doublée des fibres les plus profondes du brachial antérieur;

4° A la reconstitution des ligaments latéraux déchirés.

L'obstacle apporté à la réduction par les déformations articulaires, la rétraction des muscles, les adhérences fibreuses, se comprend aisément, sans qu'il soit besoin d'insister.

Voici comment Farabeuf explique la difficulté apportée à la réduction par les ligaments latéraux reconstitués : « Les os de l'avant-bras luxés chevauchent sur l'humérus et les ligaments latéraux, déchirés au moment de la luxation, se cicatrisent pendant que les os occupent cette attitude vicieuse; ils forment alors deux cordes latérales très fortes qui maintiennent fixe le chevauchement et s'opposent à la réduction par traction.

« Pour rompre ces ligaments, reconstitués par cicatrisation, le chirurgien doit avoir recours à des manœuvres semblables à celles qu'il emploierait sur le cadavre pour rompre les ligaments latéraux d'une articulation du coude normale; elles consistent à porter et à fléchir l'avant-bras en dehors pour rompre la bride interne, en dedans, pour rompre la bride externe. Or, elles restent sans effet lorsque le coude est luxé, parce que les extrémités supérieures du radius et

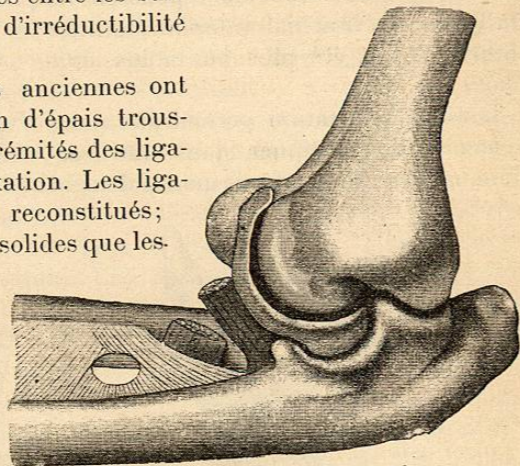


FIG. 56. — Luxation ancienne du coude en arrière. — On voit un os sésamoïde volumineux adhérent à la trochlée et développé aux dépens de la capsule antérieure. (B. Anger.)

(1) Rapporté par Pingaud, p. 482.

du cubitus sont mobiles du fait de la luxation; ces extrémités osseuses se déplacent par en haut pendant l'inflexion latérale, et cette ascension rapproche les insertions inférieures des attaches humérales des ligaments latéraux. Ces derniers sont ainsi faiblement distendus et échappent à toute déchirure. »

Farabeuf insiste donc sur ce point, que pour avoir raison des ligaments latéraux, il faut tout d'abord s'opposer au mouvement ascensionnel que subissent les extrémités supérieures du radius et du cubitus pendant l'inflexion latérale imposée au coude. Ne pouvant caler directement en arrière l'olécrâne et la cupule radiale, il obtient leur immobilisation par une traction exercée sur l'avant-bras (voy. *Traitement*).

Traitement. — *Traitement des luxations difficiles à réduire et des luxations irréductibles.*

Les indications du traitement se tirent :

- 1° De l'étendue des mouvements que possède encore le membre luxé;
- 2° De son attitude;
- 3° Des complications qui peuvent accompagner le déplacement;
- 4° De l'âge du blessé.

L'étendue des mouvements conservés est variable. Il est certain que lorsque Velpeau déclare que l'extension et la flexion dépassent l'angle droit, en sorte que les sujets ne regrettent pas beaucoup de ne pas avoir leur luxation réduite, il fait allusion à des cas exceptionnels. Beaucoup plus souvent, ainsi que le dit Malgaigne, ainsi que tout le monde le répète, « c'est à grand-peine que la flexion approche de l'angle droit; les blessés ne peuvent ni se raser, ni se peigner, ni même se servir commodément de la main pour manger : ils restent essentiellement estropiés ».

En pratique, il est toujours facile de constater si les mouvements sont compatibles avec les fonctions du membre ou non. Généralement ils ne le sont pas, alors on agit.

L'attitude du membre dans l'extension, qui le rend absolument inutile, commande l'intervention, tandis que l'ankylose à angle droit, qui permet des fonctions très étendues, peut au contraire autoriser à ne rien faire. Les complications telles que fractures articulaires, compressions nerveuses, etc., plaident aussi en faveur d'une intervention, mais elles sont relativement rares.

Le jeune âge des sujets doit aussi être pris en considération, non pas pour savoir si l'on devra agir, mais bien pour établir comment on devra agir. Car le décollement épiphysaire olécranien, facile à produire chez eux et généralement suivi de bons résultats, contre-indique une intervention plus compliquée.

Moyens d'action. — Pour obtenir la réduction, le chirurgien a à sa disposition différents procédés :

- 1° Ce sont les méthodes de force comprenant les tractions faites avec les mains, les moufles, l'appareil de Jarvis, etc; les tractions accompagnées de fracture de l'olécrâne;
- 2° Les sections sous-cutanées des adhérences fibreuses péri-articulaires;
- 3° L'arthrotomie à ciel ouvert;
- 4° La résection semi-articulaire ou la résection typique.

Réduction par les méthodes de force. — Lorsque la luxation ne remonte pas à plus d'un ou deux mois, le chirurgien ne saurait, chez l'adulte, recourir tout d'abord à un autre procédé que celui des tractions. Pour réduire une luxation

du coude en arrière par les tractions, le chirurgien aura, en premier lieu, recours au procédé décrit plus haut (p. 96).

Si cette manœuvre ne réussit point, il est probable que les obstacles à la réduction sont représentés par des adhérences fibreuses résistantes, et nous pensons que l'on pourra immédiatement recourir au procédé imaginé par Farabeuf, qui a donné la réduction dans les trois cas où il a été employé et qui est éminemment rationnel.

Voici en quoi consiste ce procédé : 1° Flexion forcée de l'avant-bras sur le bras pour rompre les adhérences postérieures. Pour cela, la seule force des mains est suffisante, car le cubitus et le radius trouvent un point d'appui solide sur l'extrémité humérale.

2° Application d'une traction faite avec les mouffles sur l'avant-bras fléchi à angle droit sur le bras. L'avant-bras est placé de champ, radius en dessus, cubitus en dessous.

Pour qu'une traction ainsi faite soit efficace, il est indispensable que le bras soit solidement fixé et que la force appliquée sur l'avant-bras se dépense sur le coude et non plus haut sur l'articulation scapulo-humérale. Aussi Farabeuf a-t-il imaginé d'engager sous le matelas sur lequel est couché le malade une planche. Celle-ci, très large et percée de trous comme l'appareil polydactyle de J. Roux, déborde le matelas et le lit, de telle sorte que le bras du patient, porté dans l'abduction à angle droit avec le tronc, repose sur elle. Alors le bras, bien protégé par un appareil ouaté, est fixé dans la position voulue à l'aide d'une série de chevilles enfoncées le long de chacun de ses bords dans les trous de la planche.

Dans ces conditions, la traction exercée sur l'avant-bras peut ne pas dépasser 50 kilogrammes, mais dès qu'elle est établie le chirurgien doit alternativement : 1° peser de haut en bas sur la région externe du coude pour forcer la flexion latérale externe et rompre ainsi les ligaments internes; 2° soulever brusquement et par petits coups secs la région interne pour forcer la flexion latérale interne et rompre les ligaments externes. Ces pesées étant faites, la traction est continuée unie à quelques mouvements de rotation de l'avant-bras sur son axe, jusqu'à ce que le chirurgien sente descendre peu à peu les os de l'avant-bras au-dessous de l'épiphyse humérale, il termine alors la réduction en exagérant la flexion. Grâce au procédé imaginé par Farabeuf, Peyrot, Quénu et moi avons pu réduire des luxations de 158 et 154 jours⁽¹⁾. Je le crois infiniment préférable à l'emploi des appareils de Collin et de Jarvis, qui déploient une force beaucoup plus grande, mais brutale et aveugle.

Le procédé de Robert et Collin consiste dans l'emploi d'une machine qui exerce une pression d'avant en arrière sur le bras et d'arrière en avant sur l'olécrane par deux plaques, mues simultanément en sens contraire au moyen d'une vis. L'appareil de Jarvis, modifié par Mathieu, agit de la même façon.

Avec ces différents moyens, on a réduit des luxations fort anciennes, de 5, 4, 5, 6 et 7 mois, et la règle posée par A. Cooper, qu'une luxation du coude datant de six semaines est devenue irréductible, semble erroné. Mais il est absolument impossible de dire : le chirurgien devra tenter la réduction jusqu'à telle époque, plus tard il est inutile de recourir aux méthodes de

(1) FARABEUF, *Bull. de la Soc. de chir.*, 1886, p. 657.

force. Rien n'est variable comme le moment où une luxation cesse d'être réductible.

D'une manière générale, nous avons cru pouvoir déclarer que : toutes les fois que dans une ancienne luxation du coude en arrière, les surfaces osseuses ne seraient pas déformées, on devrait obtenir la réduction. Cette conclusion nous avait été inspirée par les succès obtenus par la méthode de Farabeuf, mais les arthrotomies que nous avons eu l'occasion de pratiquer depuis cette époque, en nous montrant la résistance, non pas seulement des ligaments latéraux, mais de la gangue fibreuse interposée aux fragments déplacés, nous rendrait aujourd'hui beaucoup moins affirmatif.

Lorsque les manœuvres de force, employées comme nous l'avons indiqué, n'ont pu donner la réduction, le chirurgien ne reste point désarmé.

Des réductions ou pseudo-réductions par fracture ou section de l'olécrane. — La fracture de l'olécrane se produit quelquefois pendant les manœuvres faites pour obtenir la réduction. Malgaigne cite les cas de Capelleti, Roux, Daugier et Morel-Lavallée. Cet accident, loin d'avoir des suites fâcheuses, a été souvent suivi soit de réduction, soit d'une amélioration considérable dans les fonctions du membre. Aussi Blandin aurait-il eu l'idée de pratiquer cette fracture de propos délibéré⁽¹⁾, et le conseil donné par Blandin aurait été suivi pour la première fois par Dixicrossby du New-Hampshire⁽²⁾. Depuis lors, on a eu souvent recours à cette manœuvre pour corriger des déplacements du coude chez les adultes et chez les enfants. Ollier⁽³⁾ pense que chez les enfants, ce n'est pas la fracture de l'olécrane que l'on produit, mais le décollement du cartilage olécranien, aussi les résultats de cette intervention sont-ils particulièrement favorables chez eux.

Pour placer la solution de continuité olécranienne en un point déterminé et pour éviter les déchirures dues à une violence trop grande, Pingaud, en 1877, avait conseillé l'ostéotomie de l'olécrane. Elle fut exécutée par Trendelenburg⁽⁴⁾ et par Volker⁽⁵⁾; mais cette section osseuse, entre les mains de Volker, n'était qu'une opération préliminaire, destinée à ouvrir la jointure et à permettre de réduire les extrémités déplacées; il terminait l'opération en suturant les deux portions de l'olécrane séparées.

La ténotomie sous-cutanée, portant sur les tendons et les muscles rétractés ou sur les brides fibreuses péri-articulaires, remonte à Liston; ce chirurgien aurait, au dire de Malgaigne, réussi à réduire une luxation ancienne du coude par cette méthode quelques années avant 1840.

Maisonneuve, en 1847, réduisait, grâce à la ténotomie, une luxation qui avait résisté aux procédés des tractions violentes. Lewis Sayre⁽⁶⁾, Wilmart⁽⁷⁾, Hamilton, ont aussi obtenu des succès par ce moyen; mais cette section sous-cutanée est aveugle, elle expose à léser des organes importants et ne pourra pas toujours atteindre les véritables obstacles à la réduction. Aussi est-elle généralement abandonnée.

L'arthrotomie est de date récente. Blumhardt⁽⁸⁾ l'exécuta le premier en 1847,

(1), (2) NODOT, Thèse de Paris, 1887-1888, p. 59.

(3) OLLIER, *Traité des résections*, t. II, p. 275.

(4) TRENDLENBURG, *Arch. für klin. Chir.*, 1879, t. XXIV, p. 790.

(5) VOLKER, *Deutsche Zeitschrift für Chir.*, 1889, t. XII, p. 541.

(6) SAYRE, *Philad. med. and surg. Report*, 1871.

(7) WILMART, *Presse méd. belge*, 1881, n° 45.

(8) BLUMHARDT, *Gazette méd. de Paris*, 1847.

avec un plein succès. Depuis lors, von Lesser⁽¹⁾, von Wahl de Dorpat⁽²⁾, Decès et Doyen (de Reims)⁽³⁾, Ollier⁽⁴⁾, Trendelenburg, Volker, Nicoladoni, Hueter, Albert Dumreicher, Stimson⁽⁵⁾, Vamossy⁽⁶⁾, Ozanam⁽⁷⁾ l'ont exécutée, et dans plusieurs cas avec succès. Les procédés opératoires suivis diffèrent quelque peu. Blumhardt abordait la jointure luxée par deux incisions latérales respectant absolument les insertions du muscle triceps. Decès et Doyen font une incision en J renversé, la branche horizontale s'étend de l'épicondyle à l'épitrachée et la branche verticale passe sur le milieu de la face postérieure du triceps. Le tendon du triceps, mis à découvert, est incisé obliquement, quelques centimètres au-dessus de l'olécrane, et l'on pénètre dans l'articulation par sa partie postérieure. Après réduction, on suture au catgut le tendon du triceps divisé.

Volker pénètre de même dans l'articulation par la partie postérieure en divisant avec le ciseau l'olécrane. La réduction des os luxés est alors tentée, et si elle est obtenue, il termine par la suture de l'olécrane.

Enfin, Ollier aborde comme Blumhardt l'articulation par deux incisions latérales, et il fait la ténotomie incomplète du triceps, ménageant à dessein quelques fibres de ce muscle, de façon à ce qu'il se répare le plus rapidement possible.

Résection. — Textor en 1825, Emmert en 1847, avaient pratiqué des résections du coude pour des luxations anciennes. Mais cette opération n'a été acceptée que depuis l'antisepsie Bœckel⁽⁸⁾, Maydl⁽⁹⁾, Ollier⁽¹⁰⁾, Reverdin⁽¹¹⁾, Nicoladoni, Sprengel, Lejars, Lucas-Championnière⁽¹²⁾, y ont eu recours. La résection peu être typique. c'est-à-dire comprendre à la fois l'épiphyse humérale et l'extrémité supérieure des os de l'avant-bras, ou semi-articulaire, c'est-à-dire rester limitée à l'extrémité inférieure de l'humérus.

Choix de la méthode. — Il est fort difficile d'établir une formule générale pour le traitement des luxations anciennes du coude, parce que les résultats obtenus par les différentes méthodes que nous venons de décrire n'ont souvent été observés que pendant peu de temps.

Les résultats de la réduction laborieusement obtenue par les tractions ne sont pas brillants; les malades de Peyrot, de Quénu et le mien n'avaient que des mouvements très limités. Il en est de même des résultats donnés par l'arthrotomie, sauf quelques rares exceptions. De telle sorte que, jusqu'à plus ample informé, lorsqu'une luxation du coude remonte à six semaines ou deux mois, la meilleure intervention nous paraît être la résection du coude, résection semi-articulaire ou typique, suivant la variété de la luxation et l'étendue du déplacement.

Les dernières observations et les conclusions de la plupart des membres de la Société de chirurgie sont conformes à cette manière de voir. Lorsqu'une luxation

(1) VON LESSER, *Centralblatt für Chirurgie*, 1881, n° 16, p. 241.

(2) VON WAHL, *Saint-Petersb. med. Wochenschrift*, 1879, n° 25.

(3) DECÈS et DOYEN, *Congrès de chirurgie*, 1886.

(4) OLLIER, *Loc. cit.*

(5) Cités par STIMSON, p. 504.

(6) VAMOSSY, *Wiener klin. Wochenschrift*, 1890, n° 5.

(7) OZANAM, Thèse de Bordeaux, 1892-1895.

(8) BÖECKEL, *Congrès de chirurgie*, p. 284, 1886.

(9) MAYDL, *Idem*, p. 541.

(10) OLLIER, *Traité des résections*, t. II, p. 275.

(11) REVERDIN, in thèse de BARROS. Genève, 1886.

(12) LUCAS-CHAMPIONNIÈRE, Société de chirurgie, mars 1895.

tion du coude a plus de six semaines de date, c'est à la résection semi-articulaire qu'il faut recourir immédiatement.

Dans les pages qui précèdent, nous avons eu surtout en vue la luxation du coude en arrière. Les indications sont, à peu de chose près, les mêmes pour les autres variétés de déplacements.

Pour les luxations isolées du radius en avant ou en arrière, la résection de la tête radiale est indiquée; elle réussit bien et rend aux mouvements de flexion et d'extension leur étendue normale⁽¹⁾.

V

LUXATIONS RADIO-CARPIENNES

Les luxations radio-carpiennes, considérées comme très fréquentes avant la publication du mémoire de Pouteau sur la fracture du radius furent, à partir de ce moment, beaucoup plus rarement admises. Cependant, elles étaient encore couramment décrites sous le couvert d'observations faites par des hommes tels que Petit, Desault, Boyer, lorsque Dupuytren déclara qu'il n'avait jamais observé un tel déplacement, « et qu'il ne saurait y avoir de doute sur la fréquence des fractures du radius et sur l'impossibilité, ou du moins sur l'extrême rareté des luxations⁽²⁾ ».

Aujourd'hui il n'existe certainement pas plus d'une dizaine de dissections permettant d'établir la réalité du déplacement du carpe en arrière, et six ou sept pièces se rapportant à la luxation en avant sont, pour la plupart contestables en tant qu'exemples de luxations pures. Ces luxations sont donc extrêmement rares, ainsi que le disait Dupuytren, et l'exorde de l'excellent petit mémoire de Voillemier, publié en 1859, alors qu'il était interne des hôpitaux, paraîtra bien imprudent. « Il ne fallait rien moins, dit-il, que l'immense autorité de cet homme (Dupuytren) et l'espèce de fanatisme avec lequel on acceptait alors sa pensée, pour qu'on abandonnât ainsi en un jour les traditions des J.-L. Petit, Desault, Boyer. »

La rareté même de la luxation radio-carpienne, l'impossibilité à peu près absolue de la produire expérimentalement, est certainement la cause du petit nombre de travaux entrepris sur ce sujet, et après les traités spéciaux de Malgaigne, Stimson, Bardenheuer, nous n'indiquerons ici que les mémoires de :

VOILLEMIER, *Arch. génér. de méd.*, 1859, t. LXI, p. 401. — TILLMANNS, *Arch. der Heilkunde*, 1874, t. XV. — SERVIER, *Gaz. hebdom.*, 1880.

Les luxations radio-carpiennes présentent deux variétés.

1° Les luxations du carpe en arrière;

2° Les luxations du carpe en avant.

Je me bornerai à mentionner le cas unique de Chapplain⁽³⁾, intitulé *luxation en dehors*, qui est un exemple de déplacement atypique du carpe accompagné de désordres traumatiques considérables.

(1) PORQUIER, Thèse de Paris, 1890.

(2) DUPUYTREN, *Leçons cliniques*, 1859, t. I, p. 140.

(3) CHAPPLAIN, *Bull. de la Soc. de chir.*, 1874, p. 475.