

verticale. Cependant l'extension horizontale seule suffit rarement, et il est nécessaire d'y joindre la bascule, opérée à l'aide de l'avant-bras, et mieux encore du genou.

La luxation sous-claviculaire présente des difficultés de réduction beaucoup plus grandes que toutes les autres variétés. L'extension oblique en bas et l'extension horizontale, aidées de la bascule de l'humérus, paraissent les procédés les plus rationnels.

Quant à la luxation sous-acromiale, on a essayé toutes sortes de procédés, et chacun d'eux a réussi. Malgaigne conseille la pression directe avec les pouces sur la tête luxée, aidée d'une contre-pression exercée sur le devant de l'épaule avec les autres doigts. Si la résistance est forte, on devra faire pratiquer l'extension horizontale, et faire subir en même temps à l'humérus un mouvement de bascule, en élevant le coude et le portant en arrière.

Il serait de la plus haute importance de déterminer jusqu'à quelle époque on doit tenter la réduction d'une luxation de l'épaule. Cette question ne peut être résolue d'une manière générale; telle variété de luxation devient plus rapidement irréductible que telle autre. En outre, pour chaque variété on observe des différences notables relativement à la limite de la réductibilité.

On a réduit des luxations sous-coracoïdiennes datant de cinq, six et même sept mois; on a réussi également pour des luxations intra-coracoïdiennes de cinq mois, et Malgaigne, dans un cas, a employé une traction de 200 kilogrammes.

La luxation sous-claviculaire devient plus rapidement irréductible, et la luxation la plus ancienne qui ait été réduite datait de quarante-deux jours. Enfin, ce sont les luxations sous-acromiales qui offrent les exemples de réductions les plus tardives. Sédillot en a réduit une au bout d'un an et quinze jours.

Nous ne terminerons pas sans rappeler l'importance du traitement consécutif à la réduction, et dont l'oubli trop fréquent entraîne pour conséquence la prédisposition aux récidives. On devra donc rapprocher le bras du tronc et l'immobiliser dans un appareil solide pendant quinze à vingt jours. Au bout de ce temps, on commencera à faire exécuter au membre des mouvements gradués.

Certaines indications nouvelles surgissent lorsqu'il existe des complications. Les fractures de l'omoplate ou de l'humérus ne contre-indiquent pas les tentatives de réduction. Nous nous sommes expliqué à cet égard dans nos généralités.

La déchirure des vaisseaux nécessiterait la ligature au-dessus de la plaie.

Quant à l'issue de la tête à travers les téguments, on devra s'efforcer de pratiquer la réduction, en s'aidant des débridements nécessaires, et ce serait seulement devant une impossibilité absolue que la résection de la tête déplacée serait indiquée.

Quelle doit être la conduite du chirurgien en présence d'une luxation compliquée de paralysie? Deux cas peuvent se présenter: ou bien la luxation est récente, ou bien elle est ancienne. Dans le premier cas, il faut réduire, en ayant soin d'écartier les moyens violents; les méthodes de douceur sont alors principalement indiquées.

Dans les luxations anciennes, les indications sont moins précises; on se trouve en présence de deux éléments, l'ancienneté de la luxation et la complication qui l'accompagne. La question de l'ancienneté n'a point à nous occuper ici, mais, en admettant qu'elle soit jugée, il faut se demander si le membre paralysé est capable de reprendre ses fonctions. Tenter la réduction d'un membre inerte, serait exposer inutilement le malade aux chances d'une opération; cependant la réduction a été quelquefois suivie de succès.

L'opération résolue, il ne faut pas oublier qu'on va exercer des tractions énergiques sur un membre malade, et qu'on a noté en pareil cas des altérations profondes, non-seulement des parties molles, mais encore des os. C'est dans de semblables conditions qu'on a vu une fois l'avant-bras rester entre les mains des aides chargés de la traction. Le membre se détacha au niveau de l'articulation du coude, subitement, sans aucun craquement, sans aucun allongement, sans aucune sensation capable de donner l'éveil, et l'avant-bras tomba à terre aux pieds des aides. Ceux-ci, au nombre de quatre, n'ont pas même chancelé quand le membre s'est détaché, ce qui prouve que les tractions n'étaient pas très-énergiques. La luxation datait de trois mois et la malade avait soixante-trois ans (1).

On sait qu'indépendamment de cet accident tout à fait exceptionnel, il peut s'en rencontrer d'autres plus ou moins sérieux à la suite de tractions énergiques. Nous n'avons pas à revenir sur ces accidents de la réduction qui ont été examinés dans nos généralités, et qui n'offrent rien de particulier pour la luxation de l'épaule. Nous signalerons cependant plus spécialement, en raison de sa gravité, la rupture de l'artère axillaire. Dans un récent mémoire, W. Callender (2) en a réuni trente et un cas, et a montré que la rupture se produit, en général, durant une extension extrême, lorsque l'on fait exécuter à la tête humérale un mouvement de circumduction ou de rotation, et qu'elle survient chez les individus âgés d'environ cinquante ans, dans les luxations anciennes, ou lorsque les artères sont malades.

#### § VII. — Luxations du coude.

Trois os concourent à la formation du coude: l'humérus, du côté du bras; le radius et le cubitus, du côté de l'avant-bras. Mais il existe là deux articulations bien distinctes au point de vue de la physiologie, comme au point de vue des déplacements. L'une de ces articulations, destinée aux

(1) *Bulletins de la Société de chirurgie*, 1864, p. 121-131.

(2) *The British and foreign Med.-Chir. Review*. Janvier 1868.

mouvements de pronation et de supination, est formée par l'union du radius et du cubitus, reliés en haut par l'articulation radio-cubitale supérieure, comme ils le sont en bas par l'articulation radio-cubitale inférieure, et à leur partie moyenne par le ligament interosseux.

L'autre articulation, destinée aux mouvements de flexion et d'extension de l'avant-bras sur le bras, est formée, du côté du bras, par l'humérus, du côté de l'avant-bras, par le radius et le cubitus, unis entre eux par leur articulation supérieure, et se mouvant solidairement sur l'extrémité inférieure de l'humérus. C'est l'articulation du coude proprement dite.

La même distinction qui vient d'être établie au point de vue anatomophysiologique, existe relativement aux déplacements des os qui composent le coude. Le radius et le cubitus peuvent se déplacer dans le même sens et simultanément sur l'humérus, en conservant entre eux leurs rapports normaux, ou si l'on veut, l'articulation radio-cubitale restant plus ou moins complètement intacte. Ce sont les luxations du coude proprement dites, les seules que nous décrirons sous ce nom. D'une autre part, le radius et le cubitus peuvent se déplacer isolément, en se luxant à la fois sur l'humérus et l'un par rapport à l'autre. Nous étudierons plus tard ces déplacements sous le titre de luxations isolées du cubitus et du radius. Enfin, sous le titre de *luxation du cubitus en arrière* et du radius en avant, nous décrirons une variété rare de déplacement, dans laquelle les os de l'avant-bras sont luxés simultanément l'un sur l'autre, et déplacés en sens inverse par rapport à l'humérus.

La distinction si tranchée que nous cherchons à établir entre les luxations du coude proprement dites et les luxations du cubitus et du radius, n'existe pas dans les traités de pathologie. Elle nous paraît cependant parfaitement logique, et elle présente de plus l'avantage de scinder ce chapitre immense, dans lequel les auteurs étudient, sous le nom de luxations du coude, tous les déplacements, soit simultanés, soit isolés, du radius et du cubitus.

Les luxations du coude, ainsi nettement définies, présentent quatre espèces principales, ainsi qu'on peut le voir dans le tableau suivant :

Luxations du coude ou luxations simultanées et dans le même sens des deux os de l'avant-bras . . . . .	}	1 <sup>o</sup> Luxation du coude en arrière.	}	incomplète.	
		2 <sup>o</sup> Luxation du coude en avant.		complète.	
		}	3 <sup>o</sup> Luxation du coude en dehors.	}	incomplète.
			4 <sup>o</sup> Luxation du coude en dedans.		complète.

Ces quatre espèces de luxations sont admises par tous les auteurs modernes, et décrites dans les différents traités de chirurgie et dans les ouvrages spéciaux sur les luxations. Nous mentionnerons d'une manière particulière un très-bon mémoire de Denucé (1), que nous aurons souvent

(1) *Mémoire sur les luxations du coude.* Thèse de Paris, 1854.

à citer, et qui, avec quelques recherches originales, contient l'exposé complet de tous les faits connus.

1<sup>o</sup> Luxations du coude en arrière.

ÉTIOLOGIE ET MÉCANISME. — La luxation en arrière est la plus fréquente de toutes les luxations du coude, et cette proposition est vraie surtout si l'on a égard à la luxation incomplète. Relativement à l'influence prédisposante de l'âge, Malgaigne a fait voir qu'il existe entre les luxations de l'épaule et celles du coude un véritable antagonisme. Tandis que les premières sont surtout l'apanage de l'âge adulte, les luxations du coude se rencontrent principalement dans l'enfance et la jeunesse, et cette loi s'applique à toutes les variétés de luxations du coude et même aux luxations isolées du radius et du cubitus.

La luxation du coude en arrière succède le plus souvent à l'action de causes indirectes, et se produit généralement dans les chutes sur la main, le poignet, l'avant-bras; mais elle peut aussi résulter de traumatismes appliqués directement sur le coude.

Le mécanisme du déplacement a été diversement interprété. On comprend difficilement comment J. L. Petit pouvait expliquer la production de la luxation par une flexion forcée de l'avant-bras. Dans cette position, en effet, l'apophyse coronoïde doit s'opposer au déplacement du cubitus en arrière.

L'extension forcée paraît au contraire plus favorable, et J. L. Petit admettait que la luxation doit se produire quelquefois dans cette position. Plus tard Desault, puis Bichat et A. Bérard, adoptèrent cette opinion, et exposèrent ainsi le mécanisme de la luxation en arrière : Dans une chute sur la main, l'avant-bras se trouvant dans l'extension, ce mouvement tend d'abord à s'exagérer; l'extrémité inférieure de l'humérus, prenant un point d'appui sur l'olécrâne, presse sur le ligament antérieur, le déchire et passe en avant des deux os de l'avant-bras; c'est-à-dire que c'est, à proprement parler, l'humérus qui se déplace sur les os de l'avant-bras demeurés immobiles.

La luxation paraît en effet se produire assez souvent d'après ce mécanisme. Cependant Boyer faisait déjà remarquer que le déplacement a lieu fréquemment dans la demi-flexion, ce qui est parfaitement conforme à l'observation, mais on ne peut admettre avec lui que dans la demi-flexion l'apophyse coronoïde présente à l'humérus un plan incliné, au devant duquel il glisse. C'est à Malgaigne que revient le mérite d'avoir montré que, lorsque la luxation a lieu dans la demi-flexion, ce dernier mouvement s'accompagne d'une torsion de l'avant-bras. En effet, dans ses expérimentations cadavériques, il n'a pu produire la luxation qu'en portant l'avant-bras d'abord en dehors, pour rompre le ligament latéral interne, puis en le tordant en dedans, de manière à amener l'apophyse coronoïde d'abord sous la trochlée, puis en arrière.

Dans quelques cas rares, on a vu la luxation du coude succéder à un choc direct, d'avant en arrière, sur la partie supérieure de l'avant-bras. Tel est le cas de Weber, cité par Malgaigne, dans lequel un violent coup de poing, appliqué sur le pli du coude, pendant que le sujet étendait le bras, causa une luxation en arrière. Réciproquement, un choc dirigé d'arrière en avant sur l'extrémité inférieure de l'humérus, peut le faire passer en avant des os de l'avant-bras. Flaubert (1) a observé un cas de ce genre.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — Nous avons dit que la luxation pouvait être *complète* ou *incomplète*; cette dernière est de beaucoup la plus fréquente, suivant Malgaigne.

Dans la luxation *incomplète*, les os de l'avant-bras subissent divers degrés de déplacement. Le plus souvent, en effet, le radius et le cubitus ne sont pas également portés en arrière, et il est assez fréquent de voir la luxation complète pour le cubitus, incomplète pour le radius; le contraire a lieu plus rarement. Ainsi, tantôt le bec coronoïdien répond immédiatement au-dessous de la trochlée, tantôt il est plus ou moins remonté en arrière; la cupule radiale déborde en arrière la petite tête de l'humérus seulement de 4 à 5 millimètres; cependant elle peut être déplacée presque en totalité, la luxation du cubitus étant incomplète. Dans une autopsie faite par Robert, on trouva le ligament latéral interne rompu; le ligament annulaire déchiré interposait un lambeau flottant

entre les surfaces articulaires, ce qui peut expliquer l'obstacle que l'on éprouve quelquefois à réduire le radius.

Dans la luxation *complète* (fig. 57), les deux os de l'avant-bras chevauchent sur l'extrémité inférieure de l'humérus. L'apophyse coronoïde n'occupe pas toujours la cavité olécrânienne, comme le pensait A. Paré; mais elle peut remonter plus ou moins au-dessus de la trochlée humérale, et dans

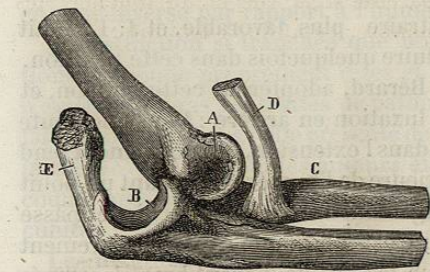


FIG. 57. — Luxation du coude en arrière. — A, trochlée humérale; B, apophyse coronoïde; C, radius; D, tendon du biceps; E, tendon du triceps.

certain cas même, elle paraît avoir dépassé la cavité olécrânienne. Il en est de même du radius, dont la tête placée derrière le condyle de l'humérus remonte plus ou moins en arrière.

On n'a pu vérifier par l'autopsie l'état des ligaments et des muscles, dans les cas récents; mais les expérimentations cadavériques permettent de supposer que tous les ligaments sont rompus, sauf le ligament annulaire du radius. Dans un fait de luxation compliquée décrit par A. Cooper,

(1) *Répert. d'anat., de physiol. et de chir.*, t. III, p. 63.

le tendon du biceps était tendu, et celui du brachial antérieur considérablement tirillé.

Outre les déplacements directement en arrière, il existe des déplacements mixtes, dans lesquels les deux os de l'avant-bras se sont portés en même temps, soit en arrière et en dehors, soit en arrière et en dedans. Mais nous avons pensé qu'il était inutile d'étudier isolément ces variétés qui rentrent évidemment dans la classe des luxations du coude en arrière. Indiquons en quelques mots les rapports des os dans ces deux sous-variétés.

Dans la luxation *en arrière et en dehors*, l'apophyse coronoïde a complètement abandonné la trochlée, et appuie sur le bord externe de la cavité olécrânienne. La face postérieure de l'olécrâne est tournée en arrière et en dehors; le radius déborde plus ou moins complètement le condyle en arrière et en dehors.

Dans la luxation *en arrière et en dedans*, l'olécrâne, projeté en arrière, est porté en même temps en dedans sur le même plan que l'épitrôchlée; le bec coronoïdien répond au-dessous de la trochlée; le radius, complètement luxé en arrière et porté en dedans, recouvre la portion externe de la trochlée.

SYMPTOMATOLOGIE. — La douleur et l'impuissance du membre sont les premiers symptômes accusés par les malades. Plus tard surviennent le gonflement et les ecchymoses. Mais les signes véritablement importants sont: la déformation du coude, apparente à la vue et au toucher, les changements dans la longueur du membre, l'état de la mobilité.

Nous examinerons d'abord ces symptômes dans la luxation complète, car ils ne présentent avec ceux de la luxation incomplète que quelques légères différences, que nous aurons le soin d'indiquer ensuite.

Les sujets atteints de luxation complète du coude en arrière se présentent généralement avec l'avant-bras demi-fléchi et placé dans une position intermédiaire entre la pronation et la supination; il est tout à fait exceptionnel de voir l'avant-bras étendu.

Le diamètre antéro-postérieur du coude est augmenté. En arrière, il existe une forte saillie formée par l'olécrâne, et immédiatement au-dessus de cette saillie, une légère concavité répondant au triceps relâché (fig. 58). En avant, le pli du coude paraît remonté, et l'extrémité inférieure de l'humérus, soulevant les muscles et distendant la peau, forme une saillie transversale, surtout prononcée sur le côté interne.

Le palper permet de reconnaître que l'olécrâne est remonté en arrière

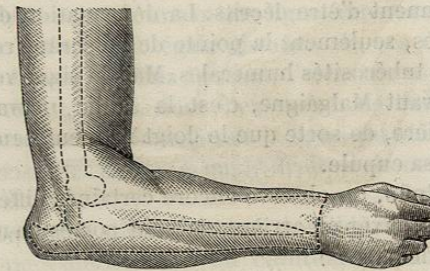


FIG. 58. — Luxation du coude en arrière. Déformation.

de l'humérus, et que son sommet répond au-dessus d'une ligne passant par les deux tubérosités humérales. Sur le côté externe et toujours en arrière, on sent la tête du radius roulant sur le cubitus dans les mouvements de pronation et de supination, et en pressant sur cette saillie, il est souvent possible de reconnaître la cupule radiale portée tout entière en arrière de l'humérus. La palpation montre également que la saillie située en avant est bien constituée par l'extrémité inférieure de l'humérus; la trochlée et surtout le bord interne de celle-ci sont facilement reconnaissables.

L'avant-bras paraît raccourci; cependant la mensuration donne des résultats variables, suivant l'attitude du membre et suivant les points de repère que l'on a choisis. Aussi ne faut-il attacher à la recherche de ce symptôme qu'une importance médiocre.

Les mouvements volontaires sont abolis; il n'en est pas de même des mouvements provoqués. L'extension est conservée, et il devient même quelquefois possible de l'étendre au delà de ses limites normales et de plier l'avant-bras en arrière. Dans quelques cas, cependant, l'extension complète est difficile. La flexion, quoique conservée, ne peut généralement être portée au delà de l'angle droit sans de vives douleurs. La pronation et la supination existent complètement. Mais un symptôme d'une haute importance, c'est la facilité avec laquelle on peut imprimer à l'articulation des mouvements de latéralité qui n'existent pas à l'état normal. Enfin, il n'est pas rare de percevoir, pendant ces divers mouvements, une crépitation osseuse.

Les symptômes de la luxation *incomplète* diffèrent peu de ceux qui viennent d'être décrits. La déformation du coude offre les mêmes caractères, seulement la pointe de l'olécrâne reste le plus souvent au niveau des tubérosités humérales. Mais le signe véritablement pathognomonique, suivant Malgaigne, c'est la saillie incomplète de la tête du radius en arrière, de sorte que le doigt ne peut sentir sous la peau qu'une partie de sa cupule.

Enfin, on observe encore certaines différences lorsque les os de l'avant-bras, luxés en arrière, se sont portés en même temps, soit en dehors, soit en dedans.

Dans la luxation *en arrière et en dehors*, l'avant-bras est généralement dans une pronation marquée. Non-seulement le diamètre antéro-postérieur du coude est augmenté, mais il en est de même du diamètre transversal. L'épitrôchlée forme sur le côté interne une saillie très-prononcée; le bord interne de la trochlée se reconnaît à la vue et au toucher, au-dessous de la peau qu'elle soulève. En arrière, la saillie de l'olécrâne est située plus en dehors que dans les cas de luxation directement en arrière, c'est-à-dire qu'elle s'est rapprochée de l'épicondyle. Souvent sa face postérieure regarde en dehors. Le radius déborde plus ou moins l'épicondyle en dehors, tout en restant en partie en arrière. Il est le plus souvent facile de sentir sa cupule au-dessus de la peau. L'épicondyle, au

contraire, caché sous les muscles et quelquefois masqué par la tête radiale, est difficilement reconnaissable.

La luxation *en arrière et en dedans* présente les particularités suivantes : l'avant-bras, légèrement fléchi, est en supination. Dans deux cas, sa direction, par rapport à celle du bras, était changée, et au lieu de l'angle saillant en dedans, qui existe normalement, l'avant-bras formait avec le bras un angle saillant en dehors. Les diamètres antéro-postérieur et latéral du coude sont augmentés en avant et en dehors. Le condyle huméral fait une forte saillie, au-dessous de laquelle existe une dépression; le bord interne de la trochlée se dessine en avant et en dedans; l'épitrôchlée est difficile à voir et à sentir. En arrière, on reconnaît la tête du radius portée en dedans et répondant à la trochlée. L'olécrâne, plus ou moins remonté en arrière, est sur le même plan que l'épitrôchlée, assez difficile à reconnaître.

DIAGNOSTIC. — On pourrait croire, d'après l'exposé des symptômes précédents, que le diagnostic des luxations du coude en arrière est facile. Il n'en est rien, et des erreurs sont trop souvent commises. Celles-ci doivent être attribuées au gonflement qui ne tarde pas à survenir, et qui, pour un observateur peu attentif, masque les saillies et les dépressions anormales. Cependant il est bien rare que ce gonflement soit assez considérable pour que l'on ne puisse, par le toucher, déterminer exactement les rapports des os entre eux. Nous ne saurions donc assez insister sur la nécessité de rechercher avec soin la situation des saillies osseuses qui doivent servir de points de repère dans l'exploration de la région du coude. Ces points de repère sont : l'épicondyle, l'épitrôchlée et l'olécrâne. A l'état normal, l'épicondyle et l'épitrôchlée sont sur une même ligne transversale; la partie moyenne de l'olécrâne est située à égale distance de ces deux tubérosités; cependant, chez la femme et chez l'enfant, l'olécrâne est un peu plus rapproché de l'épitrôchlée; enfin, dans l'extension de l'avant-bras, l'olécrâne se trouve sensiblement sur le trajet de la ligne qui unit les deux tubérosités, tandis que, dans la flexion à angle droit, il descend à 3 centimètres au-dessous de cette ligne.

A l'aide de ces trois points de repère, il est toujours possible de déterminer la situation réciproque de l'humérus et du cubitus. Quant à la situation du radius, elle est souvent plus difficile à établir. Cependant, à l'état normal, le doigt sent à 1 centimètre au-dessous de l'épicondyle, une saillie osseuse, arrondie, mobile et tournant sur elle-même dans les mouvements de pronation et de supination. Lorsque le radius est déplacé, au lieu d'une saillie on trouve au-dessous de l'épicondyle une dépression plus ou moins sensible, et en explorant la région, on peut compléter le diagnostic en découvrant la tête du radius dans de nouveaux rapports.

Ceci posé, la luxation du coude en arrière pourrait être confondue avec une contusion, une entorse, une fracture articulaire.

La contusion et l'entorse du coude se distingueront de la luxation,

lorsque, par une exploration attentive, on se sera convaincu qu'il n'existe aucune déformation, que les saillies osseuses ont conservé leurs rapports normaux, qu'il n'y a pas de changements dans la longueur des membres, enfin que les mouvements sont conservés.

La fracture de l'extrémité inférieure de l'humérus présente un certain nombre de signes communs avec la luxation du coude en arrière; tels sont : l'existence d'une saillie anormale en avant, la projection de l'olécrâne en arrière, enfin, le raccourcissement du membre. Mais la saillie antérieure inégale, anguleuse, répondant au-dessus du pli du coude dans la fracture, est plus arrondie dans la luxation, répond au-dessous du pli du coude, et représente la forme connue de l'extrémité humérale.

Lorsqu'il s'agit d'une fracture, l'olécrâne, quoique saillant en arrière, a conservé ses rapports normaux avec l'épitrôchlée et l'épicondyle; ces rapports sont changés lorsqu'il y a luxation. Enfin le bras, mesuré de l'acromion à l'épitrôchlée, présente, dans le cas de fracture, un raccourcissement qui n'existe pas dans le cas de luxation.

Pour les luxations invétérées, les difficultés du diagnostic peuvent être plus grandes. Malgaigne rapporte l'exemple d'une luxation datant de deux mois et demi, qui laissa un grand nombre de chirurgiens indécis entre une fracture et une luxation. Un épanchement de lymphe plastique avait comblé la dépression sus-olécrânienne, au point que l'olécrâne paraissait encore en rapport avec l'humérus. Malgaigne démontra la cause de l'erreur en enfonçant profondément une épingle à travers les tissus, et il parvint à rallier Velpeau à son opinion.

La luxation étant reconnue, il reste encore à décider si elle est *complète* ou *incomplète*. Ce diagnostic ressort naturellement des signes déjà indiqués pour chacune des variétés. Nous ajouterons ici que la luxation complète est caractérisée, dans les premiers jours, par la mobilité dans tous les sens, tandis que la luxation incomplète permet rarement quelques mouvements de latéralité. Mais le signe différentiel le plus important consiste dans le degré d'ascension de l'olécrâne et de la tête du radius en arrière et au-dessus de l'extrémité humérale. On peut apprécier d'une façon très-exacte le degré d'ascension de l'olécrâne, à l'aide du procédé suivant, indiqué par Foucher (1) : On marque avec de l'encre l'épicondyle, l'épitrôchlée et le sommet de l'olécrâne; en réunissant ces trois points par des lignes, on a ainsi un triangle dont le sommet répond à l'olécrâne. De ce sommet, on abaisse une perpendiculaire sur la base formée par la ligne qui réunit l'épicondyle à l'épitrôchlée. On répète la même chose sur le bras sain, et la différence de hauteur des deux perpendiculaires exprime très-exactement le degré d'ascension de l'olécrâne. Enfin le signe véritablement pathognomonique pour Malgaigne, c'est la saillie en arrière de la totalité ou seulement d'une partie de la tête radiale.

(1) *Traité du diagnostic des maladies chirurgicales*, t. I, p. 361.

On détermine assez facilement s'il s'agit d'une luxation directement en arrière, ou d'une luxation en arrière et en dehors, ou d'une luxation en arrière et en dedans, suivant que l'olécrâne reste à égale distance de l'épicondyle et de l'épitrôchlée, ou suivant qu'il se rapproche de l'une ou de l'autre de ces tubérosités.

PRONOSTIC. — Lorsqu'elles sont récentes, les luxations du coude en arrière se réduisent toujours facilement. Il n'en est plus de même pour les luxations anciennes dont la réduction présente des difficultés d'autant plus considérables que le déplacement est plus étendu. Sans pouvoir établir des limites précises, on peut dire qu'au delà de trois mois, les luxations du coude sont irréductibles. Cependant on cite quelques exemples de réductions obtenues après un plus long temps, après cinq mois par exemple; mais il est permis de se demander si un certain nombre de ces luxations n'étaient pas incomplètes.

Il n'est pas inutile d'ajouter ici que, même à une époque peu avancée, il est quelquefois impossible de réduire complètement le radius, ce qui tient sans doute à l'interposition de quelques fibres ligamenteuses, comme cela avait lieu sur une pièce présentée en 1847 à la Société de chirurgie, par Robert. Malgaigne a rencontré cette irréductibilité du radius dans une luxation incomplète datant seulement de trois semaines.

Les luxations invétérées du coude en arrière entravent singulièrement les fonctions du membre; la pronation et la supination existent encore, mais la flexion et l'extension restent plus ou moins gênées; le membre s'atrophie, surtout si la luxation a eu lieu dans le jeune âge.

Le pronostic de la luxation *en arrière et en dehors* ne paraît pas différer de celui des luxations directes en arrière.

Quant à la luxation *en arrière et en dedans*, les faits sont trop peu nombreux pour qu'on puisse formuler le pronostic.

COMPLICATIONS. — Les luxations du coude en arrière se compliquent assez fréquemment de fractures articulaires.

La *fracture de l'apophyse coronoïde* paraît se rencontrer assez souvent, mais on manque de signes certains pour la reconnaître. On a signalé : l'existence d'une saillie mobile au devant du cubitus, l'impossibilité de la flexion, la crépitation; mais ces signes sont trop incertains pour assurer le diagnostic. On a dit aussi que la fracture de l'apophyse coronoïde pouvait être présumée par la facilité de la récidive après la réduction; mais cette assertion demanderait encore sa démonstration.

La *fracture de l'olécrâne*, notée dans quelques cas, se reconnaît facilement à ses signes propres. Cette complication ne nuit nullement à la réduction, et ne présente d'indications particulières que pour le traitement consécutif.

La *fracture de la tête du radius* n'a été constatée que deux fois par A. Bérard et Velpeau, et dans les deux cas elle s'accompagnait de fracture de l'apophyse coronoïde. La crépitation, et surtout l'extrême facilité de la récidive, et la facilité non moins grande de renouveler la réduction après