

main droite, le pouce appuyant sur l'extrémité supérieure du cubitus, puis à fléchir doucement l'avant-bras en repoussant l'olécrâne en bas et en arrière.

Pour la luxation complète, on a essayé vainement dans un cas l'extension. Mais on a réussi à l'aide du procédé suivant : le chirurgien, faisant fléchir l'avant-bras, l'embrassa de ses deux mains au-dessous du coude, les doigts entrecroisés sur la face palmaire de l'avant-bras, puis repoussa celui-ci en bas et en arrière, tandis qu'il faisait tirer l'humérus en haut par des aides.

Le traitement consécutif n'offre ici rien de particulier. Quant aux complications, les indications qu'elles présentent sont les mêmes que pour les luxations en arrière.

b. Luxations du coude en avant par rotation.

Cette forme de luxation a été observée par Maisonneuve chez une femme de quarante-trois ans, qui tomba sur le côté interne du coude. L'excessive maigreur de la malade permit de constater le déplacement suivant : L'extrémité inférieure de l'humérus fait saillie à la partie postérieure du membre, recouverte uniquement par la peau, à travers laquelle on distinguait avec la plus grande netteté toutes les saillies et les dépressions de la surface articulaire. Le muscle triceps, légèrement tendu, se trouvait dévié en dehors et en avant, de manière que sa partie inférieure passait au devant du condyle huméral. L'olécrâne, parfaitement intact, était placé au devant de la trochlée; sa grande cavité sigmoïde, tournée en arrière, emboîtait la poulie articulaire, et sa face postérieure, tournée directement en avant, se reconnaissait facilement, quoique recouverte par les muscles; la cupule radiale était entièrement dissimulée. L'avant-bras se trouvait dans une pronation forcée.

La manière dont s'opéra la réduction est bien de nature à éclairer le mécanisme de ce singulier déplacement. Après avoir inutilement exercé des tractions directes, on porta l'avant-bras en dehors; on vit alors l'olécrâne se dégager, puis la cupule du radius apparut à son côté externe, devenu interne par le fait de la luxation. En poussant toujours l'avant-bras en dehors, le crochet olécrânien abandonna la trochlée, embrassa le condyle, puis le dépassa en dehors. L'avant-bras se tourna aussitôt en supination, et la grande cavité sigmoïde du cubitus redevint antérieure en passant derrière l'extrémité inférieure de l'humérus. La luxation, ainsi transformée en luxation en arrière, fut réduite facilement.

D'après des expériences entreprises sur le cadavre, dans le but de reproduire et d'étudier le mécanisme de cette variété de luxation, Maisonneuve a montré que les os de l'avant-bras, poussés en dehors, contournent le condyle huméral, puis, éprouvant un mouvement complet de pronation, viennent se placer au devant de l'humérus. Ce serait donc une transformation de la luxation latérale externe. Dans cette posi-

tion nouvelle, la cupule du radius correspond à l'épitrôchlée, tandis que la grande cavité sigmoïde du cubitus, tournée en arrière, embrasse la trochlée, que la face postérieure de l'olécrâne regarde en avant, que son extrémité supérieure est logée dans la cavité coronoïdienne, et que l'apophyse coronoïde répond à la cavité olécrânienne. Dans ses expériences, Maisonneuve a de plus constaté que le triceps brachial, entraîné par l'olécrâne, contourne le condyle pour devenir antérieur; le brachial antérieur, ainsi que le court supinateur, sont lacérés, mais les muscles biceps et sus-épitrôchléens restent à peu près intacts. Les vaisseaux et les nerfs étaient complètement épargnés.

3^e Luxations du coude en dehors.

ÉTIOLOGIE ET MÉCANISME. — Ce déplacement, qui peut être *incomplet* ou *complet*, succède généralement à des chutes sur le poignet, l'avant-bras, le côté interne du coude. J. L. Petit et Boyer croyaient que le membre étant dans l'extension, la violence extérieure devait agir simultanément sur le côté externe du bras et sur le côté interne de l'avant-bras, pour repousser les os en sens inverse. Suivant Malgaigne, l'extension n'est pas nécessaire; il suffit qu'un choc violent repousse l'avant-bras en dehors, en agissant sur le poignet ou sur le côté interne du coude, de manière à amener la déchirure du ligament latéral interne; dès lors les surfaces articulaires s'écartent, l'échancrure sigmoïde du cubitus peut franchir le bord externe de la trochlée; le ligament latéral externe se rompt à son tour, et la luxation se produit sans fracture. Pour la luxation complète, le même auteur pense qu'il doit se produire une torsion de l'avant-bras qui porte les os, d'abord en arrière, puis en dehors.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — Dans la luxation *incomplète* (fig. 60), la cavité sigmoïde du cubitus embrasse le condyle et le sillon qui sépare ce dernier de la trochlée. Le bec de l'apophyse coronoïde répond à la fossette qui reçoit normalement le bord antérieur de la cupule radiale, c'est-à-dire qu'il reste en avant de l'humérus, ce qui caractérise le déplacement directement en dehors, et le distingue du déplacement en dehors et en arrière.

Dans la luxation *complète*, l'échancrure sigmoïde ne répond plus au condyle, mais à l'espace qui le sépare de l'épicondyle (variété *sous-épicondylienne* de quelques auteurs); quelquefois

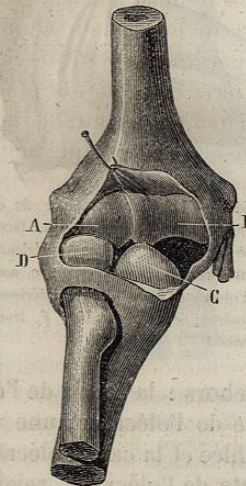


FIG. 60. — Luxation incomplète du coude en dehors. — A, condyle de l'humérus; B, trochlée; C, apophyse coronoïde; D, tête du radius.

aussi cette échancrure embrasse le bord externe de l'humérus au-dessus de l'épicondyle (*sus-épicondylie*).

Il est rare que le radius se porte directement en dehors, probablement à cause de la résistance des téguments; le plus souvent il tourne en avant et dépasse dans ce sens le plan de l'épicondyle; on l'a vu, dans ce mouvement de rotation, se porter en avant de la fossette coronoïdienne. C'est, comme on le voit, le premier degré de la luxation en avant par rotation.

Les ligaments latéraux sont rompus; le ligament annulaire paraît intact.

SYMPTOMATOLOGIE. — L'avant-bras, demi-fléchi, est dans la pronation. Celle-ci est surtout marquée lorsqu'il s'agit d'une luxation complète, et dans ce dernier cas, l'avant-bras paraît même comme tordu sur lui-même, de telle sorte que sa face postérieure devient externe, et sa face antérieure interne. Un signe commun aux deux variétés, c'est l'agrandissement du diamètre transversal du coude.

La déformation varie un peu suivant que la luxation est *incomplète* ou *complète*. Dans le premier cas, l'épitrôchlée forme en dedans une saillie au-dessous de laquelle existe une dépression notable, répondant à la trochlée que le cubitus a abandonnée. On sent en arrière le relief de l'olécrâne qui s'est rapproché du condyle. La tête du radius est découverte au-dessous de l'épicondyle ou un peu en avant. Les mouvements de pronation et de supination sont conservés.



FIG. 61. — 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; f, trochlée. (Denucé.)

Dans la luxation *complète* (fig. 61), il existe immédiatement au-dessus du coude, sur la face externe de l'avant-bras, une saillie considérable due aux extrémités des os de l'avant-bras, en même temps qu'aux muscles de la région externe. A la face interne du coude, au contraire, on trouve une dépression subite au-dessous de l'épitrôchlée. Par le palper, on sent de dedans en dehors : la saillie de l'épitrôchlée, le bord interne de la trochlée; à la place de l'olécrâne, une surface aplatie, sous laquelle on reconnaît la trochlée et la cavité olécrânienne uniquement recouvertes par la peau. La pointe de l'olécrâne, rejetée en dehors, est séparée de l'épitrôchlée par une distance énorme; elle était de 78 millimètres chez un sujet observé par Denucé. A la région antérieure du coude, on trouve le radius, qui a tourné autour du cubitus et s'est placé en avant.

Les mouvements de flexion et d'extension paraissent très-limités; la pronation et la supination sont conservées.

DIAGNOSTIC. — La seule difficulté de diagnostic propre à cette variété de luxation, c'est de la distinguer de la luxation *en arrière et en dehors*. On

y parviendra en déterminant exactement la position de l'apophyse coronoïde, qui, dans la luxation en arrière et en dehors, se trouve en arrière de l'humérus.

PRONOSTIC. — Il n'offre pas plus de gravité que celui des autres variétés de luxations du coude. La réduction s'opère facilement, et les luxations en dehors non réduites n'entraînent pas de conséquences graves; enfin, les complications ne présentent rien de particulier.

TRAITEMENT. — La réduction des luxations en dehors exige d'abord une extension légère, puis on porte l'avant-bras dans la rotation en dehors, et on le pousse directement en dedans, en même temps qu'on le fléchit brusquement.

4° Luxations du coude en dedans.

Cette variété de luxation du coude est très-rare et peu connue. Elle paraît être toujours incomplète. Parmi les cinq ou six observations authentiques qu'on possède, il ne se trouve pas d'exemple de luxation complète.

ÉTIOLOGIE ET MÉCANISME. — Une chute sur le coude, sur la main et l'avant-bras, le passage d'une roue de voiture sur le coude, telles sont les causes signalées. Avec un si petit nombre de faits, le mécanisme reste assez obscur. Sur le cadavre, Denucé a pu produire la luxation en déterminant une flexion latérale interne de l'avant-bras, le bras étant solidement fixé. De son côté, Triquet est arrivé au même résultat en fixant le bras et en imprimant à l'avant-bras demi-fléchi un mouvement de pronation brusque et énergique.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — Cette luxation (fig. 62) est caractérisée par le passage de la cavité sigmoïde du cubitus en dedans de la trochlée, et l'arrêt de la tête du radius sous la trochlée. Les ligaments latéraux, antérieur et postérieur, sont rompus. Les muscles ont suivi les os dans leur déplacement et forment deux cordes saillantes et obliques. Dans plusieurs expériences, le nerf cubital a été contus et comme écrasé entre l'olécrâne et l'épitrôchlée.

SYMPTOMATOLOGIE. — Le membre demi-fléchi est en pronation, et celle-ci a été tellement prononcée dans deux cas, que la face antérieure de l'avant-bras regardait presque en arrière. Denucé attribue cette pronation au passage de la tête radiale en avant de la trochlée, par suite de la traction du biceps et du rond pronateur.

L'angle saillant en dedans que forme normalement le côté interne du coude est effacé ou même remplacé par un angle rentrant. La déforma-

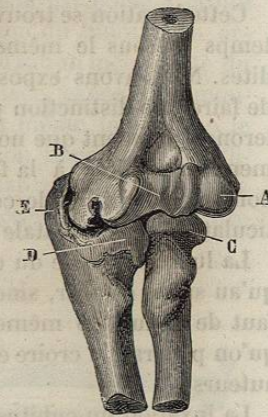


FIG. 62 — Luxation incomplète du coude en dedans. — A, condyle huméral; B, trochlée; C, tête du radius; D, apophyse coronoïde; E, olécrâne.

tion du coude est remarquable : le diamètre transverse est augmenté; l'épicondyle et le condyle forment une saillie au-dessous de laquelle on sent, par le palper, une dépression à la place que doit occuper le radius. En dedans, la saillie de l'épitrachée est remplacée par une dépression répondant à l'échancrure sigmoïde, et limitée en arrière par l'olécrâne, en avant par l'apophyse coronoïde. La fossette olécrânienne est vide. Le radius, placé en dedans du condyle, est situé au voisinage de la trochlée, mais sa position exacte n'est pas en général très-bien déterminée.

Le blessé peut à peine exécuter quelques légers mouvements de flexion et d'extension.

Le *diagnostic* se déduit facilement des signes précédents.

Le *pronostic* n'offre rien de particulier. Il peut être aggravé par l'existence de complications, telles que : fractures articulaires, plaies, etc. Malgaigne a rapporté une observation dans laquelle la réduction ne put être obtenue.

TRAITEMENT. — Pour réduire cette luxation, on fait exercer la contre-extension sur le bras, puis une traction étant opérée sur le poignet, on ramène graduellement l'avant-bras dans l'extension et la supination, et l'on complète la réduction en poussant les os en sens inverse.

§ VIII. — Luxations de l'extrémité supérieure du cubitus.

Cette luxation se trouve décrite, dans les traités de pathologie, en même temps et sous le même titre que les luxations du coude proprement dites. Nous avons exposé les motifs pour lesquels il nous a semblé utile de faire une distinction plus nette que nos prédécesseurs, et nous rappellerons seulement que nous devons étudier dans ce paragraphe le déplacement du cubitus, à la fois sur l'humérus et le radius. Ce qui distingue donc cette luxation de celle du coude, c'est la perte des rapports de l'articulation radio-cubitale supérieure.

La luxation isolée du cubitus est d'ailleurs assez rare, et elle fut, jusqu'au siècle dernier, sinon ignorée, du moins à peine soupçonnée. Il s'en faut de beaucoup même aujourd'hui que son histoire soit aussi claire qu'on pourrait le croire en lisant la description qu'en ont donnée certains auteurs.

La luxation du cubitus ne présente qu'une seule variété, c'est la *luxation en arrière*. Michon (1) a vu, il est vrai, un cas de luxation en avant et en dedans, mais dans des conditions tout à fait spéciales; le malade avait eu le coude luxé longtemps auparavant, et en outre, l'année précédente, il avait eu probablement une fracture de l'olécrâne. Dans une chute, il se fractura de nouveau l'olécrâne et se luxa le cubitus en avant et en dedans. Un autre fait, rapporté à la Société de chirurgie par Causin (2), démontre cependant la possibilité de la luxation isolée du cubitus

(1) *Bulletins de la Soc. anatom.*, 1855, p. 61.

(2) *Bulletin de la Soc. de chir.*, 1861, p. 451.

en avant, sans fracture de l'olécrâne; mais cette luxation n'était pas simple, elle était accompagnée d'une fracture des deux os de l'avant-bras.

ÉTIOLOGIE ET MÉCANISME. — Suivant Nélaton et Malgaigne, les violences extérieures agissent pour déterminer la luxation du cubitus en arrière, en produisant une flexion latérale combinée avec la torsion de l'avant-bras. Cette flexion latérale peut être causée par un choc direct ou par une chute sur la paume de la main; la torsion par un mouvement de pronation exagérée.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — La luxation du cubitus en arrière est tantôt *complète*, tantôt *incomplète*.

Dans la luxation *complète*, l'apophyse coronoïde répond à la cavité olécrânienne. Le radius reste à sa place normale, ou, s'il se déplace très-légalement en arrière, on doit néanmoins considérer la lésion comme une luxation du cubitus, parce que les rapports des deux os sont changés. Les ligaments latéraux sont rompus, ainsi que l'anterieur et le postérieur.

Dans la luxation *incomplète*, le cubitus chevauche moins sur l'humérus, l'apophyse coronoïde répond au-dessous de la trochlée, l'olécrâne remonte moins haut, le ligament latéral interne est rompu, l'externe paraît intact.

Cette description est, on le voit, fort vague; elle ne repose en effet que sur des données fournies par l'examen sur le vivant, et par quelques expériences sur le cadavre. Un point surtout reste dans l'obscurité, c'est l'état de l'articulation radio-cubitale supérieure. Malgaigne est porté à croire que cette articulation reste intacte, et que la luxation du cubitus en arrière n'est autre chose qu'un degré inférieur de la luxation incomplète du coude en arrière, dans lequel le radius restant en place, exécute un mouvement de rotation autour du condyle huméral, en même temps que le cubitus tourne en dedans et en arrière. Cette opinion nous semble difficilement admissible, et même tout à fait insoutenable pour la luxation complète du cubitus, qui doit nécessairement s'accompagner de déchirure du ligament annulaire. D'ailleurs les faits rapportés par Boudaut (1), Brun (2), Diday (3) et Sédillot (4), nous paraissent de nature à infirmer l'assertion de Malgaigne.

Mais si le cubitus se déplace en même temps que le radius et remonte en arrière de l'humérus, il est évident qu'un déplacement analogue doit se produire dans l'articulation radio-cubitale inférieure, ainsi qu'on peut le voir dans la figure 63. Or les ob-

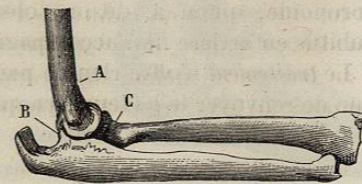


FIG. 63. — Luxation en arrière du cubitus. — A, humérus; B, cubitus; C, radius.

(1) *Revue médicale*, 1830, t. I, p. 73.

(2) *Journal de chirurgie*, 1844, p. 368.

(3) *Gaz. méd.*, 1839, p. 393.

(4) *Gaz. méd.*, 1839, p. 360.