

le membre, au moyen d'une attelle antérieure ou d'un appareil plâtré, en prenant toutes les précautions nécessaires afin d'éviter une pression nuisible. Dans les cas de fort déplacement, on peut aussi tenter la réunion des fragments par la suture osseuse pratiquée avec les précautions antiseptiques, c'est-à-dire par une opération analogue à celle dont il sera question, à propos des fractures de la rotule. Il est vrai que l'articulation doit être alors drainée, et que toute l'opération ainsi que le traitement consécutif, exigent les plus grandes précautions. D'autre part, il va sans dire que les fractures comminutives et les fractures longitudinales sont peu accessibles à un semblable traitement. **Les fractures compliquées de l'olécrâne** doivent être traitées par la méthode antiseptique, selon les règles adoptées pour les blessures des articulations. On devra chercher surtout à rétablir la continuité du triceps avec le cubitus par la suture osseuse, à condition toutefois que l'olécrâne ne soit pas brisé comminutivement, au point de rendre illusoire une pareille intervention. On établira, en outre, des orifices de drainage dans les endroits convenables, on introduira des drains dans la cavité articulaire, et l'on soumettra cette dernière à des lavages désinfectants. Si le siège de la fracture a été envahi secondairement par le pus, c'est, avant tout, le traitement de la suppuration articulaire qui devra être pris en considération. Les lavages et pansements antiseptiques sont toujours nécessaires dans ces cas, tandis qu'il ne saurait être question que par exception d'une résection des extrémités osseuses articulaires.

La suture de l'olécrâne fracturé est volontiers couronnée de succès, dans les cas où l'on a affaire à une lésion récente. Il n'en est pas de même dans les cas de fracture ancienne, non consolidée, dans lesquels il s'est déjà produit de la roideur dans l'extension. Pour ma part, je n'ai pas réussi dans ces cas à mettre en contact les extrémités fracturées et à les maintenir dans cette position (par la suture); en effet, une fois la guérison obtenue à la suite de l'opération, la cicatrice encore récente qui réunissait les fragments, se déchirait dès que je cherchais à fléchir l'avant-bras. On se trouve ainsi dans l'incertitude sur le moment le plus favorable à des tentatives de flexion du membre.

§ 61. — **La fracture de l'apophyse coronoïde** a toujours été considérée autrefois comme une complication accidentelle de la luxation du coude. Depuis COOPER, cependant, il a été publié un certain nombre d'observations de fracture isolée de cette apophyse, et il y a quelque temps déjà que LOTZBECK a fait de cette lésion le sujet d'une monographie. D'après ce dernier auteur, cette forme de fracture a été décrite également par URLICHS.

L'arrachement isolé de l'apophyse coronoïde a été observé avec une fréquence particulière à la suite d'une chute sur le bras, le coude étant en flexion modérée, chute dans laquelle le côté cubital de la main, c'est-à-dire l'éminence hypothénar, arrive en contact avec le sol. Le choc transmis dans ces conditions

par la pointe de l'apophyse coronoïde à la partie inféro-interne de la trochlée fixée par les muscles, a pour conséquence la fracture de l'os le plus faible; ce mécanisme se comprend parfaitement, mais d'autre part, on ne saurait nier la possibilité d'une fracture de l'apophyse coronoïde dans l'hyperflexion du membre, le sommet de cette saillie osseuse venant buter contre l'humérus dans la fossette antérieure sus-trochléenne. Les cas de cette dernière catégorie sont tout au moins rares (LOTZBECK). Mais la même lésion peut être la conséquence d'une chute sur la main, alors que le bras fléchi se trouve fixé par les muscles. LOTZBECK et ROSZ ont démontré, par des expériences sur le cadavre, que la fracture en question est produite avec le plus de facilité par un choc sur le côté cubital de la main, le membre étant incomplètement étendu.

La fracture de l'apophyse coronoïde ne s'accompagne pas nécessairement d'un déplacement du cubitus en arrière, car le ligament interosseux, ainsi que celui qui unit la base de cette apophyse au bord interne du radius, suffisent à maintenir le fragment de façon à empêcher tout écartement notable. Ce n'est que dans les cas de fracture de l'apophyse coronoïde à sa base, avec déchirure des ligaments latéraux, que la solution de continuité de l'os s'accompagne, sans doute régulièrement, d'une luxation. De même, en règle générale, il faut admettre l'existence d'une déchirure du ligament latéral externe lorsque la fracture est compliquée d'une luxation du radius. Cette dernière peut, du reste, se produire encore ultérieurement, ainsi que ZEIS l'a démontré.

Le trait de fracture passe tantôt vers le sommet, tantôt vers la base de l'apophyse. Les fractures de la base par causes indirectes n'ont pas été observées jusqu'ici sur le vivant, et l'on n'a pas réussi, d'autre part, à les produire sur le cadavre. Par conséquent, il est hors de doute que la solution de continuité intéresse le plus souvent le sommet de l'apophyse (URLICHS). Parfois il ne s'agit que d'une fissure, l'apophyse ne s'étant pas séparée complètement du reste de l'os. Tant que l'ossification des os de l'avant-bras n'est pas encore terminée, la lésion paraît se comporter comme un décollement épiphysaire; la solution de continuité s'étend alors du sillon dépourvu de cartilage de la grande échancrure sigmoïdienne jusqu'à quelques lignes au-dessus de la tubérosité du cubitus.

Les symptômes de la fracture, en l'absence de déplacement et de luxation, ne permettent de poser qu'un diagnostic de probabilité basé sur l'étiologie, la douleur localisée, l'apparition ultérieure d'une ecchymose dans le pli du coude, et peut-être la crépitation dans cette même région.

Les symptômes vraiment caractéristiques consistent dans la présence, au pli du coude, d'une saillie osseuse, laquelle, naturellement, peut être masquée par le gonflement, dans la crépitation que l'on constate assez souvent à ce niveau, et enfin dans le déplacement du cubitus en arrière, déplacement qui, en général, n'est pas aussi considérable que dans la

luxation, et se distingue par la facilité avec laquelle elle peut être réduite par une pression directe. Quant aux troubles fonctionnels, ils consistent surtout dans une gêne des mouvements actifs et passifs de flexion. L'obstacle apporté par la fracture à l'action du muscle brachial antérieur au niveau de son insertion et la douleur que provoque la contraction de ce muscle, suffisent à expliquer la faible amplitude des mouvements actifs de flexion. Quant à la mobilité passive, elle serait limitée par l'enclavement du fragment dans le pli du coude (BROSSARD). L'ecchymose qui apparaît dans cette région, a été considérée par divers observateurs comme un signe caractéristique de la fracture, mais elle fait assez souvent défaut.

Lorsqu'il s'est produit un déplacement de l'articulation en arrière, et que la réduction facile, accompagnée de crépitation, prouve que ce déplacement n'est pas dû à une luxation, on a surtout à prendre en considération pour le diagnostic la forme de fracture désignée sous le nom de disjonction épiphysaire; il est même difficile d'éviter une confusion lorsque le pli du coude est le siège d'une tuméfaction notable. Dans la fracture au niveau des condyles, on ne sent pas le fragment inférieur mobile dans le pli du coude, mais bien, par contre, une saillie produite par l'extrémité inférieure du fragment supérieur déplacé.

La guérison peut s'opérer par un cal osseux, particulièrement dans les cas où il n'existe pas d'écartement au niveau de la fracture. Dans le cas contraire, nous n'avons qu'un pouvoir d'action bien limité sur le fragment coronoïdien, lorsque ce dernier est déplacé d'une façon notable. Néanmoins on peut compter sur une complète guérison, à condition toutefois que la solution de continuité n'intéresse pas toute l'insertion du tendon du brachial antérieur.

Le traitement consiste à immobiliser le coude fléchi à angle droit ou à angle aigu, au moyen des attelles mentionnées plus haut ou d'un appareil plâtré. Nous n'avons aucun moyen d'action direct sur le fragment coronoïdien.

Nous laisserons de côté l'étude des lésions compliquées de l'apophyse coronoïde par cause directe.

§ 62. — La tête du radius est aussi le siège de fractures typiques; tantôt il s'agit d'une fracture proprement dite du col du radius dans laquelle la petite tête de l'os se trouve complètement séparée de la diaphyse; tantôt on a affaire à une fracture de la tête articulaire elle-même. Assez souvent la solution de continuité accompagne simplement une luxation du radius. Dans les fractures du col on peut n'observer aucun déplacement, et le tableau clinique est alors assez caractéristique: la tête du radius reste immobile dans les essais de pronation et de supination, et ces mouvements sont douloureux. La tuméfaction et la douleur locale complètent le diagnostic. La crépitation peut être également constatée dans les mouvements de rotation. Tout dernièrement, V. LESSER et

BRUNS ont publié un travail sur les *fractures de la tête du radius* (voir chez ces auteurs la bibliographie). Ici le trait de fracture passe dans l'articulation, et il part de la surface articulaire, de façon à séparer complètement du reste de l'os une portion de la tête radiale. Toutefois la fracture n'est pas toujours complète; elle se borne parfois à une simple fissure plus ou moins béante qui s'arrête au niveau du col. Quant aux fragments complètement détachés, ils se trouvent en liberté dans l'articulation où ils jouent le rôle d'un corps étranger (HUETER).

La cause de la fracture peut être directe ou indirecte. Les fractures indirectes sont plus fréquentes et sont dues à une chute sur la main, le coude étant fléchi (V. LESSER) ou dans l'extension. La tête du radius vient se heurter violemment et se briser contre le condyle de l'humérus (V. LESSER).

Le diagnostic de ces fractures est possible, dans certaines circonstances, lorsqu'on sait comment l'accident s'est produit et que, outre la douleur et le gonflement localisés, on perçoit la crépitation ou constate une augmentation du diamètre transversal de l'articulation. Les lésions concomitantes, à savoir la fracture de l'apophyse coronoïde, la luxation des os de l'avant-bras en arrière, peuvent également nous guider dans le diagnostic. PINNER a observé, dans un cas, la paralysie de la branche profonde du nerf radial.

La guérison s'opère assez souvent par un cal osseux, avec déplacement du fragment; mais il n'est pas rare de voir ce dernier se transformer en un corps libre intra-articulaire. HUETER fit l'extraction d'un corps étranger de ce genre. Lorsqu'à la suite d'une fracture, la tête du radius est restée volumineuse ou irrégulière, c'est la résection qui constitue le moyen le plus sûr de diminuer les souffrances qu'éprouve alors le malade dans les mouvements de l'articulation.

Le traitement des fractures de la tête du radius consiste dans la fixation du membre dans la position fléchie du coude; on aura soin de ne pas prolonger trop longtemps l'immobilisation.

2. Luxations du coude.

§ 63. — Ce qui complique la structure de l'articulation du coude, c'est que cette dernière, étroitement embrassée par la capsule synoviale, est en même temps le siège d'une partie des mouvements de rotation de la main. En effet, les mouvements qui, rigoureusement, n'appartiennent qu'au coude, sont ceux qu'exécute l'avant-bras tout entier, c'est-à-dire la flexion et l'extension; ils n'exigent donc pas de disposition anatomique bien compliquée. Ces mouvements, qui sont possibles sur une étendue d'environ 150°, se font autour d'un axe transversal passant par la partie la plus inférieure de l'humérus, c'est-à-dire par les bords latéraux de la large épiphyse humérale, directement au-dessous de ses parties les plus saillantes désignées sous les noms d'épicondyle et d'épitrochlée. Ils sont déterminés principalement par la forme particulière