

Plus rarement l'obstacle est dû à l'interposition de la capsule, car la déchirure de cette membrane est en général très large, ou bien c'est un muscle, et tout particulièrement le brachial antérieur, qui s'est glissé entre les surfaces articulaires. On devra prendre également en considération l'interposition de fragments osseux détachés; nous nous en occuperons de nouveau dans les paragraphes suivants. Dans un cas où nous avons pratiqué la résection du coude, un petit fragment de l'épicondyle était venu se placer entre les extrémités articulaires. Plus on aura souvent recours à la résection, et plus on rencontrera d'obstacles de ce genre.

Le lecteur qui s'intéresse à ce sujet, pourra voir dans le traité de MALGAIGNE de quelle manière l'extension était pratiquée autrefois, surtout dans les cas difficiles, soit en ligne droite, soit dans la position fléchie du membre (ainsi le bras étant fixé, on opérait des tractions sur l'avant-bras autour d'une colonne contre laquelle s'appuyait la face antérieure du coude, etc.). Souvent, dans ces procédés, l'effet principal était produit par une pression directe sur l'olécrâne et sur l'épiphysse humérale dans une direction opposée à celle du déplacement. C'est à ROSER que nous devons la méthode rationnelle de réduction dans les cas difficiles, car c'est lui qui nous a appris que la luxation du coude en arrière est due le plus souvent à une hyperextension, et qu'en utilisant ce fait on arrive le plus facilement à replacer les extrémités articulaires dans leur position normale. Je partage tout à fait l'opinion de cet auteur lorsqu'il affirme que l'emploi de cette méthode a rendu inutile le concours de plusieurs aides et l'emploi de mouffes.

Dans beaucoup de cas, la réduction peut être obtenue par une légère traction sur la main, avec pression directe sur l'olécrâne, d'arrière en avant et de haut en bas, ainsi que sur l'humérus, dans le pli du coude en direction opposée. La cavité glénoïde du radius peut être aussi assez souvent utilisée comme point d'application direct des pressions à exercer dans une direction appropriée. Aussi devra-t-on toujours commencer les essais de réduction par ces procédés simples dans l'anesthésie chloroformique ou même avant de commencer les inhalations. Mais on se gardera bien de déployer de grands efforts dans la direction indiquée; ils peuvent être nuisibles, en effet, et mieux vaut avoir recours à la méthode de ROSER qui a pour but de ramener le membre dans la position qu'il affecte le plus souvent avant la luxation. On porte d'abord l'avant-bras dans l'hyperextension, de façon que le coude forme un angle ouvert en arrière d'environ 140°. L'olécrâne prenant alors un point d'appui sur l'humérus, l'apophyse coronoïde s'échappe de la fossette sus-trochléenne, tandis que la déchirure de la capsule s'agrandit. Puis vient un mouvement de flexion combiné avec des tractions et une pression directe sur les parties de l'articulation faisant saillie en arrière, c'est-à-dire sur l'olécrâne et la tête du radius. L'épiphysse humérale peut ainsi rentrer dans la cavité articulaire qu'elle avait abandonnée, et l'apophyse coronoïde glisse d'ar-

rière en avant, autour de la surface trochléenne pour regagner sa place normale. Parfois la tête du radius oppose certaines difficultés aux manœuvres de réduction. Une pression directe sur la cavité glénoïde de cet os suffit assez souvent pour vaincre l'obstacle, tandis que, dans d'autres cas, on arrive au but en combinant la flexion de l'avant-bras avec un mouvement de supination, ou en produisant, au moment du passage de l'extension à la flexion, une inflexion latérale du coude telle que l'avant-bras forme avec le bras un angle ouvert en dedans. Cette dernière modification est surtout efficace lorsque la luxation du coude en arrière s'accompagne d'un certain degré de déplacement latéral.

Le traitement consécutif consiste dans le repos du membre dans une écharpe, pendant 8 à 15 jours, puis dans le massage et les mouvements méthodiques.

§ 66. — Les autres formes de luxations du coude sont beaucoup moins connues. Parmi les luxations purement latérales, celles dans lesquelles le déplacement de l'avant-bras se produit en dehors, sont les plus fréquentes (nous avons déjà fait mention des luxations postéro-latérales).

Les luxations latérales incomplètes, comme HAHN (Stuttgart) l'a constaté le premier, ne sont pas rares du tout, et s'observent tout particulièrement chez les enfants; c'est ce qui a été confirmé, du reste, par les observations de VOLKMANN et de SPRENGEL, et par les nôtres également. Les formes les plus fréquentes sont celles dans lesquelles l'avant-bras se déplace en dedans; plus rares sont les luxations du coude en dehors; cependant la différence que l'on observe, au point de vue de la fréquence, entre ces deux formes de déplacement, n'est pas aussi prononcée qu'on pourrait le croire si l'on se basait sur les recherches de HAHN, qui sur 21 luxations latérales, n'en a observé qu'une seule dans laquelle l'avant-bras fût déplacé en dehors. Très souvent ces lésions sont méconnues, d'autant plus qu'on les confond facilement avec les fractures du coude également si fréquentes chez l'enfant. Cette erreur de diagnostic a des conséquences d'autant plus fâcheuses qu'en règle générale, l'articulation luxée s'ankylose dans la suite, et que la résection seule est alors capable d'améliorer quelque peu l'état fonctionnel du membre.

L'étiologie de ces luxations n'est pas aussi claire que celle de la plupart des cas de luxation du coude en arrière; cependant il n'est certainement pas exact d'affirmer qu'elles sont toujours précédées d'une hyperextension de l'avant-bras, et que le déplacement latéral est constamment la conséquence d'une luxation en arrière. Les expériences cadavériques ne nous ont pas encore renseigné suffisamment sur ce sujet. Lorsque, sur le cadavre, on détermine la déchirure du ligament latéral interne en produisant une inflexion du membre telle que l'avant-bras forme avec le bras un angle ouvert en dehors, on réussit parfois à réaliser plus ou moins complètement une luxation latérale. Dans

cette expérience la main du sujet doit être tenue en supination. STREUBEL n'a pas réussi à produire une luxation par ce procédé. Cet auteur partage la manière de voir de ROSER, d'après laquelle le moyen le plus facile de déterminer la luxation sur le cadavre, consiste à opérer d'abord une flexion dorsale, puis à porter l'avant-bras en supination en tordant violemment l'avant-bras, de façon à produire une distorsion du cubitus. Sur le vivant la luxation est due parfois à un mécanisme assez compliqué. Dans une de nos observations, le blessé affirmait qu'ayant glissé de la planche sur laquelle il s'appuyait pour monter sur une voiture en marche, il était tombé à terre sur l'avant-bras et la main, le coude étant en demi-flexion. Il se peut fort bien que dans ce cas le membre se soit infléchi en dehors grâce au choc produit par le corps en tombant. MALGAIGNE admet également comme cause de la luxation latérale une chute sur le côté interne de l'avant-bras fléchi ; de même PITHA. Enfin, d'une manière générale, lorsqu'on parcourt les observations qui peuvent nous renseigner à ce sujet, on trouve qu'elles ne sont pas toujours favorables à l'hypothèse d'après laquelle l'hyperextension jouerait un rôle dans l'étiologie de cette forme de luxation.

Le ligament latéral interne doit nécessairement se déchirer dans cette luxation, et même il n'est pas rare d'observer, au lieu d'une déchirure du ligament, un arrachement de l'épitrochlée, comme HUETER l'a trouvé le premier, en se basant sur des pièces anatomiques et sur l'observation clinique ; c'est ce qui a été confirmé, du reste, par d'autres auteurs (ALBERT, DATE). Le petit fragment arraché peut alors constituer un obstacle à la réduction en s'interposant entre les surfaces articulaires.

La luxation se produit à différents degrés. Lorsque les ligaments sont déchirés sur une grande étendue, l'avant-bras peut se déplacer en dehors, au point d'abandonner complètement la surface articulaire de l'humérus, et même il peut arriver que, grâce à un mouvement de pronation qui se produit ensuite, la luxation totale en dehors soit suivie d'un second déplacement : ce dernier consiste dans une rotation de l'extrémité articulaire du cubitus autour du condyle huméral, lequel est ainsi en rapport avec la cavité sigmoïde, tandis que la pointe de l'olécrâne se trouve dirigée en avant (CLOQUET, MAISONNEUVE). Ces cas extrêmement rares ont évidemment beaucoup moins d'intérêt que la forme typique de déplacement dans laquelle la cavité sigmoïde est occupée par le condyle que la cavité glénoïde du radius a abandonné ; l'olécrâne entoure ainsi le condyle et se ment même autour de ce dernier, comme s'il s'agissait de la trochlée.

Le diagnostic de cette forme de luxation n'est pas toujours très facile, d'autant plus que, bientôt, le gonflement qui se produit dans la région du coude masque la saillie formée par la tête du radius déplacée.

Tandis que dans la luxation en arrière, on observe un allongement du diamètre antéro-postérieur du coude, dans la luxation latérale, c'est

le diamètre transversal qui est agrandi, dans le sens de l'axe horizontal de l'articulation. L'olécrâne ne fait pas saillie en arrière ; et lorsqu'on parvient à le sentir malgré la tuméfaction de la région, on constate qu'il est déplacé latéralement et en dehors, et le doigt pénètre dans une partie de la fossette sus-trochléenne postérieure. Du côté interne, l'épitrochlée fait une saillie pointue ; au-dessous de cette dernière, il existe une lacune par laquelle on réussit parfois à sentir la trochlée. Du côté externe de l'articulation, au-dessous de l'épicondyle, le doigt rencontre une proéminence, et si le gonflement n'est pas suffisant pour rendre la palpation illusoire, on reconnaît qu'il s'agit de la tête radiale déplacée et mobile, dans les mouvements de pronation et de supination.

L'avant-bras est plus ou moins fléchi, ou, du moins, il est possible, en général, de pousser la flexion jusqu'à un angle aigu ; la main est presque toujours en pronation.

Les avis sont passablement partagés pour ce qui concerne la réduction et les difficultés qu'elle présente. Dans un certain nombre de cas, on parvient à réduire facilement la luxation en opérant des tractions sur la main et une contre-extension sur le bras, et en cherchant en même temps, par des mouvements de coaptation, à refouler l'avant-bras en dedans et l'humérus en dehors. De fait, il semble que le plus souvent la déchirure de l'appareil ligamenteux soit si étendue que l'on obtienne facilement la réduction par ces moyens directs. Nombre de chirurgiens conseillent de terminer les manœuvres que nous venons de décrire, par un mouvement de supination.

Les cas dans lesquels la réduction est difficile, sont, sans doute, ceux qui se compliquent de l'interposition soit de l'épitrochlée arrachée, soit du tendon du biceps (MICHAUX) entre les surfaces articulaires. On fera bien alors de commencer par un mouvement d'abduction, l'avant-bras étant étendu sur le bras ; on ramène ainsi la pointe de l'olécrâne dans la fossette sus-trochléenne postérieure ; puis on opère un mouvement d'adduction et l'on exerce une pression directe sur le condyle interne de l'humérus que l'on refoule en dehors.

HUETER partant du point de vue que la luxation en dehors est due à une hyperextension, propose de porter d'abord l'avant-bras dans l'hyperextension et l'abduction, puis de le refouler en dedans et d'agir ensuite comme dans la luxation en arrière.

§ 67. — On peut, sur le cadavre, déterminer la luxation de l'avant-bras en dedans en fixant le bras et en opérant un mouvement forcé de pronation (TRIQUET), ou bien en produisant une flexion dorsale limitée avec pronation, puis une légère flexion en avant (PITHA, STREUBEL). Il va sans dire qu'un tel déplacement n'est guère concevable sans rupture du ligament latéral externe et sans doute aussi du ligament latéral interne. Suivant le degré de déplacement, on fait ici également une distinction entre les luxations complètes et les luxations incomplètes. Ce sont ces dernières que l'on réussit le plus faci-