

ne réussit pas à réduire la luxation par le procédé que nous venons d'indiquer, on renouvelle les tentatives en exerçant, en outre, une pression directe avec le pouce sur la tête du radius luxé et en portant l'avant-bras dans l'hyperextension.

ROSER fait observer que la luxation du radius en arrière peut aussi venir compliquer une fracture oblique du condyle interne. Le cubitus fuit en arrière avec le condyle interne fracturé, et entraîne avec lui le radius. La lésion ressemble alors tout à fait à une luxation du coude en arrière.

§ 73. — Bien que parfois on ait trouvé le radius luxé en dehors, sans complication d'autres lésions (GERDY, NÉLATON, PITHA), il s'agit là de cas exceptionnels que l'on n'est pas parvenu jusqu'ici à expliquer complètement. Par contre, la luxation du radius sur la partie externe du condyle n'est pas tout à fait rare, dans les fractures de l'extrémité supérieure du cubitus. MONTAGGIA avait déjà bien saisi le mécanisme de cette double lésion, car il admettait que la violence directe agissant sur la face interne de l'extrémité supérieure du cubitus, ne s'épuise pas dans la production d'une fracture de cet os, mais continue son action sur le fragment supérieur dans la direction du radius, lequel subit ainsi une luxation en dehors.

STREUBEL a publié une observation de ce genre de lésion, dans laquelle le cubitus avait été fracturé par une cause indirecte, c'est-à-dire par une flexion dorsale de l'avant-bras. Il faut admettre que la luxation du radius en dehors s'accompagne d'un arrachement du ligament annulaire et d'une perforation de la partie externe et antérieure de la capsule. Dans le cas de NÉLATON le ligament latéral externe croisait le col du radius de haut en bas et de dehors en dedans.

L'avant-bras est modérément fléchi et dans une position intermédiaire entre la pronation et la supination. L'extension complète n'est pas possible, mais bien la flexion; la supination ne peut se faire que d'une façon incomplète. Lorsque la luxation n'est pas compliquée de fracture, l'avant-bras est en abduction et l'épitrachée fait saillie à la face interne du coude; s'il existe en même temps une fracture, la mensuration révèle un raccourcissement du membre, et les signes de déplacement des fragments viennent en aide au diagnostic. En dehors du condyle externe, immédiatement à côté et au-dessus de ce dernier, se trouve une saillie osseuse qui agrandit le diamètre transversal du coude et se meut lorsqu'on imprime à l'avant-bras des mouvements de pronation et de supination; cette saillie n'est autre que la tête du radius luxée.

PITHA, dans un cas de luxation récente, obtint facilement la réduction par l'extension de l'avant-bras et une pression directe sur la tête du radius. STREUBEL conseille l'extension combinée avec la supination de l'avant-bras et une pression directe sur le radius.

Même dans les cas où la luxation ne fut pas réduite, l'articulation finit par recouvrer un assez bon état fonctionnel.

Après la réduction on fera bien parfois d'appliquer d'abord un bandage dans la position légèrement fléchie du coude, car on obtient ainsi plus sûrement la guérison de la fracture du cubitus. Mais on aura soin de ne pas pro-

longer trop longtemps l'immobilisation et d'imprimer de bonne heure des mouvements à l'articulation.

Les luxations simples du radius en dehors doivent être sans doute considérées comme des luxations antéro-externes ou postéro-externes (ROSER).

Nous avons déjà fait mention plusieurs fois des **luxations incomplètes du coude** chez les enfants, luxations qui seraient dues essentiellement à une rotation forcée du membre dans le sens de la pronation et de la supination. Elles ont été déjà admises par FOURNIER au XVII^e siècle, et depuis lors elles ont été décrites par un grand nombre d'auteurs; mais comme le fait remarquer STREUBEL, il s'agit sans doute, dans la plupart des cas, d'une simple distorsion. Cependant on ne peut nier que l'on ait eu affaire à une luxation dans nombre de cas dans lesquels le déplacement du radius a été réellement constaté (MARTIN, luxation incomplète en arrière; DUGLÈS, id. en avant). STREUBEL démontra par des expériences sur des cadavres d'enfants, que si l'on exerce des tractions sur l'avant-bras un peu fléchi et si l'on imprime ensuite à ce dernier un mouvement lent de pronation, que l'on augmente graduellement, la paroi antérieure de la capsule et le ligament annulaire se tendent fortement sur la tête du radius. Au-dessus de cette dernière se produit alors en arrière une petite dépression, et grâce à la pression atmosphérique, une portion de la capsule s'interpose sans se déchirer entre les surfaces articulaires. Ce déplacement de la tête du radius persiste alors même que l'on ne maintient plus le bras en forte pronation, et il ne disparaît que par la supination et l'extension. Le contraire s'observe lorsqu'on porte l'avant-bras dans l'extension suivie d'une forte supination. La tête du radius se déplace alors un peu en arrière, et c'est une portion de la paroi antérieure de la capsule qui se trouve pincée entre les surfaces articulaires. D'après STREUBEL, si ce phénomène ne se produit pas chez l'adulte, c'est que, chez les enfants, les ligaments sont plus élastiques, moins résistants, que la tête du radius est relativement plus volumineuse, le cartilage articulaire plus mou et la cavité glénoïde moins profonde. La courbure moins forte de la petite cavité sigmoïde du cubitus contribue aussi à donner plus de mobilité à la tête du radius.

Les symptômes de cette lésion consisteraient habituellement dans la flexion et la pronation de l'avant-bras. C'est à bon droit que STREUBEL ne considère comme bien démontrés que les cas dans lesquels on sent la saillie que fait en avant ou en arrière la tête du radius sur le condyle huméral.

Une pression exercée sur la tête du radius, l'extension combinée avec un mouvement de rotation de la main, particulièrement avec la supination, suffisent à opérer la réduction.

D'après notre exposé des luxations du coude on doit donc distinguer :

I. Les luxations des deux os de l'avant-bras, divisées en :

- a) Luxations en arrière,
- b) Luxations latérales,
 - α) En dehors.
 - β) En dedans.
- c) Luxations en avant.

- d) Luxations divergentes du cubitus en arrière, du radius en avant.
- II. Les luxations isolées de l'un des os de l'avant-bras, divisées en :
- a) Luxations isolées du cubitus en arrière,
- b) Luxations isolées du radius,
- α) En avant,
- β) En arrière,
- γ) En dehors.

III. Les luxations incomplètes du radius.

Quant aux complications des différentes formes de luxations avec des fractures, nous les avons décrites dans les paragraphes précédents.

Rappelons, pour terminer, que l'on a observé, quoique rarement, des **luxations pathologiques du coude**. MALGAIGNE mentionne un exemple, assez douteux du reste, de luxation des deux os de l'avant-bras. Plus souvent c'est le radius seul qui se déplace dans les processus inflammatoires du coude. ROSER rapporte une observation de luxation du radius en avant. Il admet que le relâchement de la capsule en avant et son épaissement en arrière favorisent le déplacement du radius en avant dans les mouvements d'extension de l'avant-bras. On a observé également des *luxations congénitales* de l'articulation du radius. Les cas que j'ai observés, ont été attribués à des traumatismes produits pendant l'accouchement, et ils étaient évidemment en relation avec certains troubles survenus dans l'accroissement du cubitus. Si le cubitus reste trop court, le radius en se développant se recourbe d'abord, puis les ligaments qui l'unissent au cubitus et au condyle huméral, s'allongent peu à peu, et le radius finit par s'accroître à côté du condyle. L'avant-bras peut avoir néanmoins conservé ses mouvements de pronation et de supination. J'ai eu, pour ma part, dans les mains une pièce anatomique dans laquelle le radius s'était accru de plus de trois centimètres le long de l'humérus.

2. Lésions traumatiques de la peau, des nerfs et des vaisseaux de la région du coude. Phlébotomie. Anévrismes, ligature de l'humérale au pli du coude.

§ 74. — La face interne de l'avant-bras et du bras ainsi que la région du pli du coude, sont assez souvent le siège de destructions étendues de la peau qui guérissent en laissant un état de roideur de l'articulation du coude par suite de la rétraction cicatricielle, d'où la nécessité d'une intervention chirurgicale. Parfois on réussit à rendre au coude sa mobilité en pratiquant dans les cordons cicatriciels un certain nombre de petites incisions, suivies aussitôt de l'extension de l'avant-bras et de la fixation du membre sur une attelle convenable. A la période de granulation on appliquera circulairement des bandelettes de sparadrap destinées à transformer les plaies en cicatrices allongées ne mettant plus d'obstacle à l'extension de l'avant-bras. Ce procédé, en cas de réussite, est préférable aux opérations plastiques étendues. Parfois cependant ces dernières sont indiquées. BLASIUS faisait une incision en **V**, dont les deux bran-

ches se trouvaient situées sur les faces interne et externe du bras et le sommet au pli du coude. Le lambeau était détaché des parties profondes, et l'avant-bras ayant été étendu, le **V** se trouvait transformé en un **Y**. Le lambeau était fixé au bras par des points de suture, et la portion longitudinale de la plaie était réunie à son tour, autant que faire se pouvait, et en ayant recours, au besoin à des incisions latérales de détente. Dans un cas j'empruntai un lambeau à la face postérieure du bras et l'amenai par torsion dans la perte de substance produite par l'incision de la cicatrice et l'extension de l'avant-bras.

SCHEDE, dans ces derniers temps, s'adressa à l'extension par des poids pour combattre la rétraction cicatricielle. Grâce à ce procédé, la guérison s'opère d'une façon complète et définitive; en effet, la cicatrice attire de haut en bas la peau saine du bras à tel point que, dans un cas, les masses cicatricielles qui s'étendaient auparavant jusqu'au milieu du bras, n'atteignaient même plus dans la suite l'articulation du coude. Aussi, dans des cas semblables, l'extension par des poids mérite certainement d'être essayée à cause de la double action qu'elle exerce, à savoir la traction efficace opérée sur la peau saine du bras et la disparition de l'état de roideur provenant de la rétraction cicatricielle (BOETERS).

§ 75. — On observe rarement des lésions isolées des vaisseaux et des nerfs dans le pli du coude. Par contre, la **blesure de l'artère humérale ou du nerf médian** est assez fréquente, dans les fractures compliquées et les luxations du coude. Les plaies vasculaires de cette région étaient surtout fréquentes autrefois, alors que la saignée était fort en honneur, auprès des médecins.

Autrefois la saignée était pratiquée, soit à l'aide d'un instrument particulier, le phlébotome, soit au moyen d'un bistouri étroit et pointu. Le phlébotome consiste en une courte pointe de lancette adaptée latéralement au manche de l'instrument, et en un ressort que l'on peut tendre et détendre à volonté par pression, le tout contenu dans une petite boîte. La pointe de la lancette latérale était appliquée sur la veine à un angle de 45°, et on la faisait pénétrer à travers la peau jusque dans le vaisseau. A une époque où la saignée était souvent confiée à des personnes absolument dépourvues de notions anatomiques, il pouvait n'être qu'avantageux de se servir d'un tel instrument qui était toujours appliqué de la même manière, et dont la lame pénétrait chaque fois à peu près à la même profondeur. De nos jours, le médecin se sert du bistouri pour pratiquer les quelques saignées qu'il juge nécessaires.

Les veines sur lesquelles se pratique la saignée au pli du coude, offrent dans leur trajet maintes anomalies. Du côté radial de l'avant-bras s'élève une veine jusqu'au côté externe du pli du coude: c'est la *veine céphalique* qu'accompagne une branche du nerf musculo-cutané. Du côté interne de l'avant-bras, la *veine basilique* franchit le pli du coude et va occuper au bras la gouttière bicapitale interne; le nerf brachial cutané interne l'accompagne. Outre ces deux veines on en rencontre habituellement une troisième, la *veine médiane*, qui suit la ligne médiane de la face antérieure de l'avant-bras, et se divise au-dessous du