

- 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