

## LUXATIONS DIVERSES

### SIGNE DIAGNOSTIC CERTAIN DES LUXATIONS DE L'ÉPAULE<sup>1</sup>

A l'occasion de deux malades affectés de luxation de l'épaule, M. Maisonneuve a fait part à son auditoire de considérations pratiques qui nous ont paru du plus haut intérêt et qui rendront certainement service à bien des praticiens.

Très-souvent, dit M. Maisonneuve, il arrive que des chirurgiens, même expérimentés, hésitent à se prononcer sur l'existence d'une luxation de l'épaule, et vous connaissez, tous, les savantes dissertations auxquelles a donné lieu le diagnostic différentiel de ces luxations et des fractures du col de l'humérus, voire même de la simple contusion; vous savez que de nombreuses pages ont été consacrées dans les auteurs les plus modernes à cette importante discussion, et bien certainement, après les avoir lues et méditées, vous avez dû rester persuadés que ce diagnostic est un des plus délicats et des plus difficiles de la chirurgie.

Ce n'est pas cependant que l'énumération des symptômes relatifs à chaque lésion soit incomplète, bien au contraire: symptômes réels et symptômes trompeurs, symptômes précis et symptômes vagues, tout y est accumulé de telle sorte que le plus habile a peine à s'y reconnaître, et que l'humble praticien ne sait plus du tout à quoi s'en tenir.

<sup>1</sup> *Moniteur des sciences*, 1860, p. 967.

Puisque l'occasion se présente de voir réunis dans le même moment deux malades atteints de luxation, deux autres de fracture du col de l'humérus, et un de contusion violente de l'épaule, j'en profiterai pour vous faire apprécier un symptôme bien simple et bien facile à constater, qui vous servira partout et toujours pour reconnaître d'une manière certaine, non-seulement la luxation de l'épaule, mais encore toutes les luxations possibles, du coude, de la cuisse, du genou, de la mâchoire, quel que soit le gonflement des parties voisines. Ce symptôme est basé sur ce fait: *que dans toute luxation les mouvements normaux de l'articulation sont entravés ou abolis*, tandis que dans la simple contusion ces mouvements persistent, et que dans la fracture aux mouvements normaux s'en ajoutent d'autres insolites.

Or voici un malade qui, au milieu d'une pleine santé, éprouve un accident du côté de l'épaule. Est-ce une luxation, une contusion simple, ou bien une fracture du col ou de la tête de l'humérus? — Prenez le bras, essayez de lui faire exécuter les mouvements habituels de l'articulation. Si ces mouvements sont impossibles ou très-limités, nul doute, c'est une luxation. S'ils sont intacts, soyez sûrs que la luxation n'existe pas, et cherchez s'il existe ou non raccourcissement et crépitation, pour savoir s'il s'agit d'une fracture ou d'une contusion simple.

Des quatre malades que vous venez de voir, il en est deux, le numéro 56 de la salle des hommes et le 19 de la salle des femmes, qui sont atteints de fracture du col. Vous avez vu avec quelle facilité nous avons pu mouvoir le bras dans tous les sens, comment même nous avons pu produire certains mouvements insolites et déterminer la crépitation; il en est deux autres, le 55 et le 56 de la salle des hommes, qui sont atteints de luxation; vous pouvez constater quelle fixité singulière présente chez eux l'articulation scapulo-humérale, combien sont limités et difficiles les mouvements les plus simples d'adduction, de rotation, de projection en avant ou en arrière, ou même d'abduction.

A ce signe seul vous pouvez diagnostiquer une luxation. Maintenant, si vous voulez pénétrer plus profondément dans l'étude des symptômes, libre à vous de les analyser en détail, de constater l'aplatissement et la dépressibilité du moignon de l'épaule, la saillie de la tête humérale dans le creux de l'aisselle, l'allongement du membre, toutes choses qui vous indiquent les nuances de la luxation sous-coracoïdienne ou autre; mais le diagnostic luxation était déjà hors de doute par le fait de l'abolition des mouvements.

Maintenant, ajoute M. Maisonneuve, nous allons procéder à la réduction. Chez le premier malade la luxation date de cinq semaines; les tissus se sont resserrés; la tête de l'os s'est pour ainsi dire creusé dans les parties molles une cavité nouvelle, des adhérences se sont établies; il faudra des efforts énergiques pour ramener les surfaces au contact, aussi nous servirons-nous des mouffes.

En effet, le malade ayant été placé sur le tabouret à luxation et fixé fortement par une ceinture axillaire à un anneau de fer scellé dans la muraille, M. Maisonneuve fixa les laes extensifs au poignet d'une part, et au coude; puis, au moyen des mouffes, il porta les tractions jusqu'à deux cent cinquante kilogrammes environ. Après quelques instants de tractions soutenues à ce degré, il sentit la tête de l'os se dégager; alors, faisant cesser subitement l'extension, il exécuta lui-même un mouvement brusque par lequel la tête de l'os fut ramenée dans la cavité glénoïde.

Quant au second malade, la luxation datant seulement de trois jours, l'emploi des mouffes ne fut pas jugé nécessaire. M. Maisonneuve se contenta de fixer le malade à l'anneau contre-extenseur, au moyen d'une alèze passée sous l'aisselle. Il fixa une seconde alèze au poignet, pour faire l'extension, puis, dirigeant la traction avec douceur, il dégagait promptement la tête de l'os, et la ramena dans sa position naturelle.

LUXATION SCAPULO-HUMÉRALE DROITE <sup>1</sup>

DATANT DE TROIS MOIS. — RÉDUCTION.

Ce n'est pas chose toujours facile que de réduire une luxation scapulo-humérale ancienne, surtout quand cette luxation appartient à la variété sous-pectorale.

Nous venons d'assister à une opération de ce genre, pratiquée avec succès par M. Maisonneuve, et nous croyons être agréable à nos lecteurs en leur faisant part des manœuvres aussi simples qu'ingénieuses employées par ce chirurgien.

Gillet (Charles), boulanger, âgé de trente-sept ans, demeurant rue de Cléry, 50, eut l'épaule droite luxée, vers les premiers jours d'avril. Quelles manœuvres fit-on à cette époque pour opérer la réduction? Le malade n'en rend pas un compte exact. Toujours est-il qu'elles n'eurent aucun succès, et que le membre resta impotent.

Au bout de deux mois et demi, Gillet se décida à réclamer les secours des notabilités de la science. On fit, à cinq reprises différentes, des tentatives énergiques de réduction, tantôt en s'aidant du chloroforme, d'autres fois sans cet auxiliaire. Toutes les tentatives échouèrent, et l'on conseilla au malade de s'en tenir là, déclarant la luxation irréductible.

Gillet était entièrement résigné à suivre ce conseil, quand un médecin, en qui il avait pleine confiance, lui conseilla de consulter encore M. Maisonneuve. Ce chirurgien fut d'avis que la réduction était possible, et se chargea de l'exécuter; ce qui eut lieu à l'hôpital Cochin, le vendredi 28 juin, en présence de MM. les docteurs Rigal (de Gaillac), de Villebon, Foucault, et de nombreux élèves.

La veille, M. Maisonneuve avait eu soin, après avoir endormi le malade, de faire exécuter à la tête de l'humérus des mouvements étendus et variés, afin de rompre une partie des adhérences. Il avait, en outre, constaté avec soin l'espèce de luxation à laquelle il avait affaire, et qu'il avait reconnue être une luxation sous-pectorale.

Quant à la réduction, voici comment il y fut procédé :

Le malade, dépouillé de sa chemise, est assis sur une chaise basse, le côté gauche tourné du côté du mur, où se trouve scellé un anneau de fer;

<sup>1</sup> Gazette des Hôpitaux. 1850, p. 526

1° Un petit coussin carré est placé dans le creux de l'aisselle, du côté malade, et maintenu par le plan d'une forte alèze, dont les chefs sont passés dans l'anneau de fer et confiés à deux aides;

2° Une seconde alèze, dont le plein est appliqué sur la voûte acromiale, sert à fixer le malade à la chaise, en passant entre ses jambes;

3° Une troisième alèze est appliquée, en forme de lacs, au-dessus du coude, et maintenue à l'aide d'une bande mouillée. Les chefs sont confiés à deux aides;

4° Une quatrième alèze est appliquée, encore en forme de lacs, autour du poignet, et maintenue comme la précédente. Les chefs sont, de même, confiés à deux aides;

5° Une cinquième alèze est appliquée, par son plein, sur la face antérieure de l'articulation scapulo-humérale, et ses deux chefs, dirigés en arrière, sont confiés à un aide vigoureux;

6° Le chirurgien, debout, est placé en dehors du membre, son pied gauche appuie sur la chaise et sous les fesses du malade; son genou, s'élevant jusqu'au niveau de l'aisselle, lui sert à appuyer la main gauche qui, placée en supination, embrasse la partie supérieure du bras, tandis que la main droite saisit le bras malade au niveau du coude.

Tout étant ainsi préparé, on soumet le malade au chloroforme jusqu'à flaccidité complète des muscles, puis on commence la traction horizontale. Après trois ou quatre minutes de tractions graduées, la tête de l'humérus restant toujours engagée sous le grand pubrat, on fait agir les tractions antéro-postérieures au moyen de la cinquième alèze, tout en soutenant énergiquement les tractions horizontales. La combinaison de ces deux mouvements ramène assez facilement la tête humérale dans l'aisselle; puis faisant cesser toute traction, le chirurgien abaisse vigoureusement l'extrémité inférieure du bras, pendant qu'avec sa main gauche et son genou il élève brusquement la tête de l'os. La luxation se trouve réduite. Le moignon de l'épaule a recouvré sa forme, le bras peut être appliqué au tronc; le coude même peut être porté au-devant de l'épigastre.

Après s'être assuré que tout est en ordre, M. Maisonneuve fait immédiatement coucher le malade en position horizontale, pour éviter la syncope, puis on enlève les lacs et on reporte le malade dans son lit.

Le premier jour on maintient le bras au-devant de la poitrine, dans la position que conseille M. Velpeau pour la fracture de la clavicule.

Le troisième jour on fait exécuter quelques mouvements à l'articulation.

Et chacun des jours suivants on exerce le membre, pour lui rendre sa mobilité.

Nous signalerons à nos lecteurs, comme une chose vraiment avantageuse dans ces cas difficiles, la combinaison des trac-

tions directes sur le bras et l'avant-bras avec les tractions perpendiculaires sur l'extrémité supérieure de l'humérus. Nous signalerons aussi l'avantage de la fixation du malade à la chaise, idée due à M. Rigal, de Gaillac, et qui, adoptée par M. Maisonneuve, a puissamment contribué au succès.

### LUXATION DE L'HUMÉRUS AVEC ARRACHEMENT DE LA GROSSE TUBEROSITÉ<sup>1</sup>

CONSÉQUENCE DE LA POSITION DANS LE TRAITEMENT

M. Maisonneuve présente à la Société une pièce anatomique sur laquelle on remarque une luxation récente de la tête de l'humérus en arrière.

Le sujet sur lequel cette pièce a été recueillie est un carrier qui, en tombant d'une hauteur de dix mètres environ, s'était, entre autres lésions, luxé l'épaule en arrière. La luxation avait été reconnue sur le vivant, et réduite sans difficultés notables. D'autres lésions graves du côté du cerveau et de la poitrine ayant au bout de quelques heures amené la mort du malade, il a été possible d'observer la luxation libre encore de tout travail réparateur.

La tête de l'humérus, sortie de sa cavité glénoïde, repose par sa partie interne sur la face postérieure du col de l'omoplate, immédiatement au-dessous de l'apophyse acromiale; la capsule fibreuse de l'articulation est déchirée dans la partie supérieure externe et postérieure. La grosse extrémité de l'humérus, entièrement arrachée, est restée adhérente aux tendons des muscles sus-épineux et sous-épineux, et est entraînée par eux au-dessous de la voûte acromio-claviculaire.

Les muscles petit rond et sus-scapulaires ont conservé leur insertion humérale. Le tendon de la longue portion du biceps a déchiré la gaine fibreuse qui le retient dans la coulisse; le nerf circonflexe est intact, ainsi que le deltoïde.

Un fait curieux, dit M. Maisonneuve, ressort d'une manière

<sup>1</sup> Gazette des Hôpitaux, 1852, p. 520.

patente de l'examen de cette pièce, c'est que si l'on réduit la luxation et qu'on laisse le bras appliqué contre le tronc, la grosse tubérosité de l'humérus, entraînée par les muscles qui s'y insèrent, reste éloignée de trois centimètres de son point d'arrachement, tandis que le contact parfait des fragments est obtenu quand on place le membre dans l'élévation à angle droit.

En réfléchissant à ce fait, dit M. Maisonneuve, il me paraît possible d'en tirer des conséquences pratiques de la plus haute importance pour l'histoire et le traitement de certaines luxations de l'épaule. Il n'est aucun de nous, en effet, qui, dans le cours de sa pratique, n'ait eu l'occasion d'observer des luxations scapulo-humérales, lesquelles, réduites et traitées suivant les règles de l'art, n'en ont pas moins entraîné une perte plus ou moins complète des mouvements du membre. On a cherché l'explication de cet accident dans la paralysie du deltoïde, dans le développement d'une arthrite consécutive, etc.

Or, en rapprochant le fait que nous avons sous les yeux de plusieurs autres que nous avons déjà eu l'occasion de voir dans cette enceinte, et d'un grand nombre que chacun de nous a certainement vus dans sa pratique, je crois qu'il est bien plus exact d'attribuer l'impotence du membre, après certaines luxations de l'humérus, à l'arrachement de la grosse tubérosité. En effet, outre que cet arrachement prive l'articulation de l'action si importante des muscles sus-épineux et sous-épineux, il doit donner lieu à la formation de stalactites osseuses irrégulières qui opposent un obstacle mécanique au mouvement d'élévation du membre.

Cette explication n'est point une hypothèse; il m'a été donné de constater le fait plusieurs fois, entre autres chez un homme qui s'était luxé les deux bras, et qui, à la suite de cette double luxation, eut une fausse ankylose des deux articulations scapulo-humérales, bien que la réduction eût été opérée et que le traitement consécutif eût été dirigé suivant toutes les règles.

Jusqu'à présent, je ne sache pas que personne ait donné des préceptes efficaces pour préserver d'un tel malheur.

En examinant avec attention la pièce que j'ai l'honneur de soumettre à votre examen, je crois que l'on peut en déduire des règles de thérapeutique nouvelles.

Vous pouvez voir que si, cette luxation étant réduite, on laisse le bras appliqué contre le tronc, les fragments se trouvent dans le plus grand écartement possible, et que par conséquent toutes les conséquences désastreuses dont je viens de parler doivent survenir inévitablement, tandis que, si le bras est maintenu dans l'élévation à angle droit, les surfaces de la fracture se trouvent dans un contact parfait, qu'elles se consolideront d'une manière correcte, et que, plus tard, il deviendra possible d'abaisser graduellement le bras et de rendre à l'articulation tous les mouvements.

Je crois donc qu'il conviendrait de poser le précepte: que dans la luxation scapulo-humérale, où l'on soupçonnerait l'existence de l'arrachement de la grosse tubérosité de l'humérus, le bras devrait être, après la réduction maintenue, non plus appliqué contre le tronc, comme on le fait toujours, mais dans un état d'élévation forcée ou tout au moins dans une position telle qu'il fit avec le tronc un angle droit.

#### LUXATION DU COUDE. RÉDUCTION<sup>1</sup>

La malade est une femme âgée de quarante et un ans, qui porte au coude du côté droit une lésion traumatique récente. Cette femme, rentrant chez elle dans un état d'ivresse, tomba dans son escalier. Par un mouvement instinctif, la main droite se porta en avant pour parer la chute et supporta le premier choc, ce qui n'empêcha pas la malade de rouler plusieurs marches. Elle ne s'aperçut pas à l'instant de sa blessure; mais quand les fumées du vin furent dissipées, elle ressentit au coude une douleur vive, qui la détermina à entrer à l'Hôtel-Dieu, où elle occupa le numéro 5 de la salle Saint-Paul.

<sup>1</sup> *Gazette des Hôpitaux*. 1841, p. 156

La partie supérieure de l'avant-bras, le coude et la partie inférieure du bras sont le siège d'une tuméfaction médiocre et d'une douleur tensive assez obtuse, tant qu'on n'imprime aucun mouvement au membre. Celui-ci paraît peu déformé. Chacune de ces brisures a conservé sa longueur normale. On peut suivre dans toute leur longueur le cubitus et le radius, qui ne présentent aucune lésion de continuité. L'humérus est accessible à l'exploration depuis la tête jusqu'à l'épitrôchlée; dans tout ce trajet il est intact. La lésion paraît concentrée au niveau de l'article.

Le mouvement de flexion est impossible; celui d'extension est incomplet; l'avant-bras forme avec le bras un angle de cent soixante degrés, qui peut être ramené à cent trente, mais pas au delà; aucun mouvement latéral ne peut être exécuté. L'olécrâne fait en arrière une saillie anormale, au-dessus de laquelle les doigts sentent un vide profond et ne peuvent rencontrer l'humérus, elle s'élève à six millimètres au-dessus de l'épitrôchlée.

Au côté externe et à la base de l'olécrâne on distingue la tête du radius; on la sent rouler sous les doigts quand on imprime à la main des mouvements de pronation et de supination qui se font régulièrement; il est même possible de reconnaître la petite capsule supérieure de cette tête et d'y introduire le doigt; les recherches les plus minutieuses ne peuvent faire retrouver ni le condyle de l'humérus, ni l'épicondyle.

À la partie antérieure, le pli du coude est le siège d'une tuméfaction diffuse, régulière, et d'une densité remarquable; elle a évidemment pour base des parties osseuses; mais les couches musculaires qui la constituent superficiellement empêchent d'en reconnaître les saillies et les anfractuosités.

En présence de ces symptômes, dit M. Maisonneuve, il est difficile de méconnaître la nature de la lésion que porte cette femme: c'est une luxation simple de l'avant-bras en arrière. L'absence de crépitation, la rigidité extrême des mouvements, excluait toute idée de fracture, soit de l'extrémité articulaire de l'humérus, soit de l'apophyse coronoïde du cubitus. Les muscles biceps et brachial antérieur ne sont même pas rompus, ainsi que le prouve la tension extrême de leurs fibres à la partie antérieure et le peu de déplacement de l'olécrâne. Cette circonstance est favorable pour le pronostic, en ce sens qu'après la réduction les mouvements pourront se rétablir avec facilité; mais elle rend cette réduction plus difficile. Cependant, ajoute M. Maisonneuve, la malade n'a pas un système musculaire très-développé; et tout porte à croire que nous obtiendrons un plein succès par des manœuvres sagement dirigées.

La malade, à laquelle on vient de pratiquer une large saignée, est introduite; le chirurgien la fait asseoir sur une chaise, fixe deux lacs contre-extensifs, l'un au-dessous de l'aisselle, l'autre au bras même du côté malade, et fait passer ces lacs dans une boucle de fer scellée au mur; deux aides sont chargés d'en tenir les extrémités; un troisième lacs, destiné à l'extension, est

fixé à l'avant-bras, au-dessus du poignet, et confié à quatre aides; le chirurgien se place à la partie interne du membre, saisit le coude à deux mains, et donne le signal d'une extension douce d'abord, puis de plus en plus énergique, dans la direction même de l'axe du membre. Après quelques instants il sent les muscles céder; tout à coup un bruit sec de frottement articulaire l'avertit que les surfaces ont repris leurs rapports; l'extension cesse brusquement, et l'avant-bras est porté dans la flexion. L'opérateur fait alors observer la disparition complète des phénomènes morbides, constate la bonne conformation du membre, et s'assure de la parfaite réduction en invitant la malade à exécuter elle-même divers mouvements. Le bras est ensuite enveloppé d'une bande imbibée d'eau végétominérale, et soutenu par une écharpe.

#### NOUVEAU PROCÉDE POUR LA RÉDUCTION DES LUXATIONS DU COUDE EN ARRIÈRE <sup>1</sup>

Pichard (François), âgé de quinze ans, demeurant rue Saint-Médard, numéro 19, à Plaisance, entre à l'hôpital Cochin, le 7 novembre 1848, pour une lésion grave du coude gauche, qui l'empêchait entièrement de se servir de son membre. Le 20 septembre, dit-il, il fit une chute d'environ deux mètres de haut, et ressentit immédiatement une violente douleur dans l'articulation du coude gauche. Tout mouvement de l'avant-bras était devenu impossible. Les parents, néanmoins, ne crurent devoir réclamer les secours de l'art que quatre jours après, alors que le gonflement était fort considérable. Le chirurgien auquel ils s'adressèrent crut à l'existence d'une fracture de l'un des condyles de l'humérus, et mit le membre dans un appareil dextriné, où il resta cinq semaines. À la levée de l'appareil, le membre, à demi étendu, restait fixe dans cette position; toute flexion spontanée était impossible; les pressions les plus fortes ne pouvaient le ramener à l'angle droit. C'est dans cet état que le petit malade fut rendu à ses parents. C'est aussi dans cet état qu'il vint à l'hôpital Cochin réclamer de nouveaux secours.

M. Maisonneuve reconnut promptement l'existence d'une luxation complète du coude en arrière, caractérisée par la saillie considérable de l'olécrâne, le relief du tendon du triceps dans les efforts de flexion, la présence sous la peau de la cupule du radius, que l'on pouvait sentir rouler et

<sup>1</sup> Gazette des Hôpitaux, 1849, p. 92.

dans laquelle le doigt pénétrait; le raccourcissement de la face antérieure de l'avant-bras, et enfin l'impossibilité du mouvement d'extension complète et de flexion, même à angle droit, ce qui rendait le membre à peu près inutile au malade.

Malgré le temps considérable écoulé depuis l'accident, M. Maisonneuve, convaincu que, livré à lui-même, le petit malade était voué à une infirmité incurable, résolut de tenter la réduction.

Un lac fut passé sous l'aisselle, un autre fixé au-dessus du poignet; le malade fut soumis au chloroforme, puis on commença les tractions. Celles-ci furent assez énergiques, mais n'amènèrent aucun résultat.

C'est alors que, tout à coup, M. Maisonneuve, inspiré par une idée heureuse, fit enlever les lacs extenseurs et contre-extenseurs, pour les replacer d'une manière aussi rationnelle qu'ingénieuse.

1° Au lieu de passer sous l'aisselle, le lac contre-extenseur fut fixé au bras lui-même, immédiatement au-dessous du deltoïde, dont la saillie lui servait de point d'appui.

2° Au lieu d'embrasser le poignet, et par conséquent de n'agir sur le cubitus que par l'intermédiaire des articulations radio-cubitales, le lac extenseur fut fixé directement sur l'olécrâne, les deux chefs ramenés en avant furent croisés sur la face antérieure de l'avant-bras, puis ramenés en arrière et croisés une seconde fois sur la face postérieure de cette partie. Ce lac embrassait ainsi l'avant-bras dans un double cercle représentant un 8.

Tout étant ainsi disposé, les tractions commencèrent avec douceur d'abord, puis un peu plus fort, et la luxation se trouva réduite bien avant que l'on eût porté les tractions aussi loin que la première fois.

Aucun accident ne suivit cette réduction heureuse, il fallut seulement exercer l'articulation pendant une quinzaine de jours, pour lui rendre sa souplesse; et le malade sortit parfaitement guéri, le 14 décembre.

Le procédé dont nous venons de faire usage, dit M. Maisonneuve, ne me paraît ressembler à aucun de ceux que l'on emploie habituellement, et cependant il me paraît avoir sur eux de notables avantages

Les procédés anciens ont pour base :

1° Des tractions exercées sur le poignet et sur l'aisselle;

2° Une pression exercée sur l'olécrâne par les pouces de l'opérateur.

Il en résulte :

1° Que des forces extensives appliquées sur le radius et le poignet ne peuvent arriver au cubitus qu'en traversant les arti-

culations radio-carpienne ou radio-cubitale, dont la résistance est insuffisante;

2° Que les forces contre-extensives, quoique plus efficaces, perdent encore une partie de leur puissance en traversant l'articulation scapulo-humérale.

Aussi ne faut-il pas s'étonner si, sous l'influence de semblables moyens, un grand nombre de luxations du coude restent irréductibles.

Dans le procédé nouveau, le point d'appui de l'extension est l'humérus lui-même. La saillie que forme le deltoïde lui donne un degré de fixité absolue.

Rien n'est donc perdu dans la puissance contre-extensive. Aucune articulation ne peut avoir à souffrir de l'énergie des tractions. L'action des forces extensives est mieux dirigée encore; ces forces agissent directement sur l'os déplacé. Elles agissent par impulsion au lieu d'agir par traction; ce qui leur donne un immense avantage, et ce qui en empêche la moindre déperdition.

Il ne serait donc pas étonnant qu'à l'aide de ce simple procédé il nous fût permis de réduire les luxations du coude les plus anciennes et les plus réfractaires.

## LUXATION DU COUDE EN ARRIÈRE<sup>1</sup>

DATANT DE TROIS MOIS. — RÉDUCTION

Les luxations anciennes, dit M. Maisonneuve, considérées par la plupart des chirurgiens comme impossibles à réduire, ne devaient ce funeste privilège qu'à la manière défectueuse dont les moyens de réduction étaient généralement dirigés. Avec le chloroforme, dit-il, il ne doit pas y avoir de luxation irréductible: toute la question est de savoir s'y prendre.

<sup>1</sup> *Gazette des Hôpitaux*, 1850, p. 471.