

présence de la tête de la clavicule au-dessus du sternum ; la réduction fut facile. Dans le cas de Sédillot, le déplacement se reproduisit et persista, mais sans gêne pour le malade.

B. *Luxations de l'extrémité externe de la clavicule.*

LUXATION EN HAUT OU SUS-ACROMIALE. — C'est la plus fréquente des luxations de la clavicule. Galien rapporte qu'il en fut lui-même atteint en s'exerçant au gymnase. La luxation peut être complète ou incomplète.

Étiologie. — Cette luxation se produit par une chute de côté, faite sur le moignon de l'épaule, surtout, suivant Morel-Lavallée, lorsqu'il existe une forte impulsion du tronc en avant, car l'omoplate est refoulé en bas et en dedans, et les facettes articulaires ont plus de tendance à s'abandonner.

Symptômes. — *L'extrémité de la clavicule forme une saillie considérable au-dessus de l'acromion ; si la luxation est incomplète, on n'observe qu'un léger relief, qui disparaît par l'élevation du bras, mais se reproduit aussitôt qu'il s'abaisse.* Dans les deux cas, le blessé éprouve une douleur vive à ce niveau, et son attitude ressemble à celle des individus atteints d'une fracture de la clavicule.

Diagnostic. — Il suffit de mesurer les deux clavicules pour ne pas confondre une luxation avec une fracture de cet os.

L'aplatissement du moignon de l'épaule ne saurait faire croire à un déplacement dans l'articulation scapulo-humérale, car les mouvements de cette jointure sont conservés. Rappelons que chez certains individus, les clavicules forment, au-dessus de l'acromion, un relief considérable. L'existence de cette disposition des deux côtés écartera toute idée de déplacement.

Traitement. — La réduction est facile, puisqu'il suffit pour l'obtenir de presser sur la clavicule pendant que l'on élève le bras, mais la contention est malaisée ; il est vrai que la persistance du déplacement n'entrave en rien les mouvements du bras. Malgaigne conseille d'employer le simple tour-

niquet de J.-L. Petit ; la pelote sera appliquée sur le relief de la clavicule, la bande passera au-dessous de l'aisselle. Velpeau se bornait à placer le bras dans l'écharpe de Mayor.

2^o LUXATION SOUS-ACROMIALE. — Elle a été bien décrite par Morel-Lavallée, qui a pu en réunir quatre exemples.

La cause de cette luxation est une pression directe enfonçant la clavicule au-dessous de l'acromion.

L'acromion forme un relief considérable ; au-dessous de lui, vers la clavicule, existe une dépression qui diminue peu à peu à mesure que l'on se rapproche de l'extrémité interne de la clavicule. L'épaule est aplatie, les mouvements du bras sont difficiles.

Traitement. — Pour réduire la luxation, attirez l'épaule en arrière et en dehors et cherchez à relever la clavicule ; la contention est aussi difficile que pour les autres luxations de la clavicule, les mêmes moyens peuvent être employés.

C. *Luxations simultanées des deux extrémités de la clavicule.*

Leur possibilité est attestée par deux exemples ; il n'y a rien de spécial à dire sur leur compte, car l'existence simultanée des deux déplacements ne modifie guère leur physiologie réciproque.

Luxations de l'épaule.

Les luxations de l'épaule sont à elles seules plus fréquentes que toutes les autres luxations réunies. Cette fréquence s'explique par le peu de profondeur de la cavité glénoïde, par la situation de l'épaule et du bras exposés à toutes les violences extérieures, et enfin par la longueur du levier représenté non seulement par l'humérus, mais encore par le membre supérieur tout entier.

Les luxations se produisent dans les points les moins protégés, c'est-à-dire en avant et en bas. En effet, en arrière, l'acromion descend assez bas pour rendre impossible toute luxa-

tion autre qu'une luxation incomplète, et en haut la voûte acromio-coracoïdienne s'oppose à tout déplacement.

On admet quatre variétés de luxations de l'épaule ; la distinction de ces variétés est basée sur les nouveaux rapports contractés par la tête de l'humérus : 1° luxation sous-coracoïdienne (complète ou incomplète) ; 2° intra-coracoïdienne ; 3° sous-glénoïdienne ; 4° sous-épineuse (quelquefois incomplète).

1° LUXATION SOUS-CORACOÏDIENNE. — La tête de l'humérus est venue se placer en avant de la cavité glénoïde, au-dessous

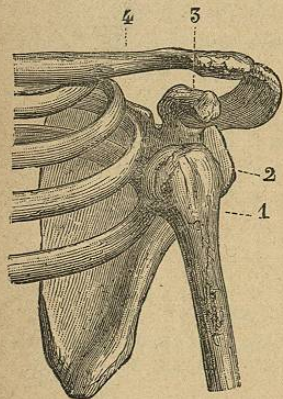


Fig. 65. — Luxation sous-coracoïdienne. — Cette figure ne présente pas la disposition la plus ordinaire dans laquelle la tête de l'humérus se trouve placée directement au-dessous de l'apophyse coracoïde, d'où le nom de luxation sous-coracoïdienne.

1. Tête de l'humérus qui a abandonné la cavité glénoïde pour se placer au-dessous de l'apophyse coracoïde.
2. Cavité glénoïde abandonnée par la tête humérale.
3. Apophyse coracoïde, au-dessous de laquelle est venue se placer la tête de l'humérus ; généralement il y a contact direct entre cette tête et l'apophyse.
4. Clavicule.

de l'apophyse coracoïde, entre le muscle sous-scapulaire qu'elle soulève et la partie antérieure de la cavité glénoïde.

Lorsque la luxation est incomplète, la tête humérale repose sur le bord antérieur de la cavité glénoïde, qui la divise en deux parties : l'une, antérieure, répond à la fosse sous-scapulaire ; l'autre, postérieure, est en contact avec la cavité glénoïde.

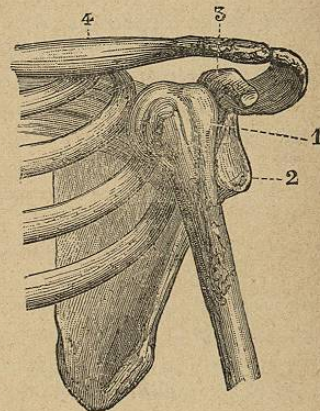
2° LUXATION INTRA-CORACOÏDIENNE. — C'est l'exagération du déplacement précédent ; la tête humérale est placée en dedans de l'apophyse coracoïde, presque au-dessous de la clavicule ; pour atteindre ce point, elle a violemment écarté le muscle sous-scapulaire de la fosse du même nom.

Parfois la tête humérale est encore placée plus en dedans, directement sous la clavicule (luxation sous-claviculaire de quelques auteurs).

3° LUXATION SOUS-GLÉNOÏDIENNE. — La tête de l'humérus est descendue au-dessous de la cavité glénoïde, elle est venue se placer sur la partie la plus élevée du bord axillaire de l'omoplate, entre la longue portion du triceps en arrière et le sous-scapulaire en avant.

Fig. 66. — Luxation intra-coracoïdienne. — Très souvent la tête de l'humérus au lieu de se trouver aussi bas que la représente la figure, est plus haut et plus en dedans, immédiatement au-dessous de la clavicule : d'où le nom de luxation sous-claviculaire que lui donnent quelques auteurs.

1. Tête de l'humérus qui a abandonné la cavité glénoïde pour se placer en dedans de l'apophyse coracoïde.
2. Cavité glénoïde abandonnée par la tête de l'humérus.
3. Apophyse coracoïde en dedans de laquelle est venue se placer la tête de l'humérus, d'où le nom de luxation intra-coracoïdienne donné à cette variété de luxations de l'épaule.
4. Clavicule ; il arrive souvent que la tête de l'humérus se place plus directement au-dessous d'elle et efface complètement le creux sous-claviculaire : d'où le nom de luxation sous-claviculaire donné par quelques auteurs à cette variété, qui n'est qu'une exagération de la luxation intra-coracoïdienne.



4° LUXATION SOUS-ÉPINEUSE. — Cette luxation est très rare et quelquefois incomplète (luxations sous-acromiales). La tête de l'humérus repose sur le bord postérieur de la cavité glénoïde au-dessous de l'acromion ; sa moitié antérieure répond à la cavité glénoïde, sa moitié postérieure à la fosse sous-épineuse.

Causes et mécanismes. — Les luxations de l'épaule ne s'observent guère que dans l'âge adulte et la vieillesse ; une première luxation prédispose à de nouvelles.

Les luxations de l'épaule sont rarement produites par des

causes directes. Cependant on a vu des contusions chasser la tête de l'humérus, soit en avant, si le coup a porté sur la partie postérieure de la région deltoïdienne, soit en bas, s'il a porté en haut, etc. Habituellement *ces luxations sont produites par des causes indirectes*, telles que des chutes sur le coude ou la main. En effet, dans une chute sur le coude, le bras est vivement écarté du tronc, la partie inférieure de la capsule se tend fortement, le col de l'humérus venant s'appuyer sur la voûte acromio-coracoïdienne, se trouve transformé en un levier du premier genre, ayant pour bras de puissance toute la partie de l'os comprise entre le col chirurgical et son extrémité inférieure, et pour bras de résistance la tête humérale qui, poussée de plus en plus, déchire la capsule et s'engage à travers son ouverture pour se porter, soit :

1° *Directement en bas (luxation sous-glénoïdienne)*, si l'abduction du bras s'est faite bien parallèlement au corps.

2° *En avant*, si le coude a été dirigé en arrière, et, suivant la force de projection, la tête s'arrêtera au-dessous de l'apophyse coracoïde (*luxation sous-coracoïdienne*) ou la franchira (*luxation intra-coracoïdienne*).

3° Enfin si le coude est dirigé en avant, la tête de l'humérus sera projetée en arrière (*luxation sous-épineuse*), mais elle rencontrera l'acromion, qui ne lui permet qu'un déplacement incomplet.

Quelques auteurs ont pensé que la contraction musculaire pouvait, à elle seule, déterminer une luxation. C'est douteux, sauf cependant chez les gens qui, ayant eu l'épaule plusieurs fois luxée, voient ce déplacement se reproduire avec la plus grande facilité (*luxation récidivante*).

Symptômes. — Nous examinerons : 1° la déformation de l'épaule ; 2° l'attitude du membre ; 3° les variations de longueur ; 4° les troubles fonctionnels.

LUXATION SOUS-CORACOÏDIENNE. — *Déformation.* — La région deltoïdienne, au lieu d'offrir la convexité normale, est aplatie surtout en arrière, ce qui donne à l'acromion un relief insolite ; le creux sous-claviculaire est légèrement bombé dans sa

partie la plus externe, et le diamètre vertical de la paroi antérieure de l'aisselle est plus long que celui du côté opposé.

Par le toucher, on constate que les doigts s'enfoncent au-dessous de la voûte acromio-coracoïdienne, que la tête humérale n'occupe plus sa place (en portant le bras dans l'abduction, on pourrait chez les sujets très maigres toucher la cavité glénoïde). Elle est placée au-dessous de l'apophyse coracoïde, ainsi qu'on peut s'en assurer en saisissant à pleine main la paroi antérieure de l'aisselle.

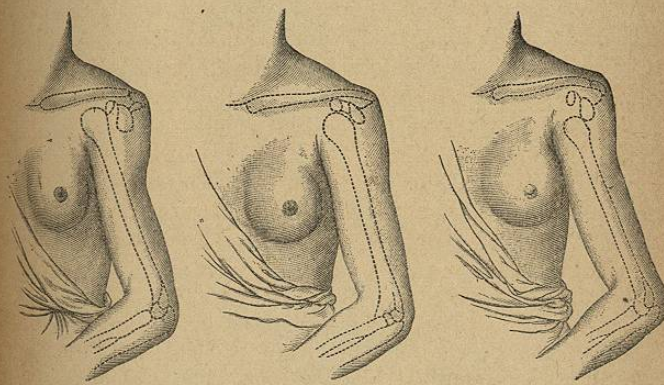


Fig. 67.

Fig. 68.

Fig. 69.

Les degrés de la luxation antéro-interne.

Attitude. — Le coude est écarté du tronc, le bras porté dans la rotation en dehors ; son *axe*, prolongé par la pensée, ne vient plus tomber dans la cavité glénoïde, mais *se dirige vers le thorax* ; généralement, le tronc est incliné du côté malade et la tête se penche dans le même sens.

Variations de longueur. — Malgaigne a fait remarquer que le bec de l'apophyse coracoïde étant situé plus bas que le sommet de la cavité glénoïde, la tête humérale devait forcément s'abaisser pour se placer au-dessous de cette apophyse, et qu'en conséquence il y avait un *allongement* du membre ; c'est vrai, mais de quelques millimètres seulement, de telle sorte

qu'en clinique on n'a guère à se préoccuper de cette variation de longueur. D'ailleurs les autres signes de la luxation sont d'ordinaire si évidents, qu'on néglige la mensuration du membre.

Troubles fonctionnels. — Les mouvements actifs sont à peu près impossibles; au contraire, les mouvements passifs sont possibles; ainsi on peut exagérer l'abduction et la rotation en dehors, mais il est difficile de produire d'autres mouve-

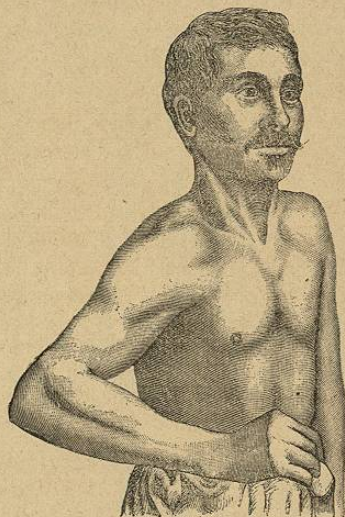


Fig. 70. — Luxation intra-coracoïdienne.

ments. Parfois en cherchant à produire ces mouvements, on perçoit une sensation de crépitation sourde, bien différente de celle des fractures; elle tient aux frottements des surfaces humérales sur le pourtour de la cavité glénoïde.

Lorsque la luxation sous-coracoïdienne est incomplète, les symptômes sont les mêmes, mais bien moins accentués.

LUXATION INTRA-CORACOÏDIENNE. — *Déformation.* — Aplatisse-

ment du moignon de l'épaule surtout en arrière. *Le creux sous-claviculaire est très notablement bombé* dans sa totalité mais surtout en dedans de l'apophyse coracoïde, par la tête de l'humérus qui, placée sous la clavicule, soulève les muscles sous-scapulaire et pectoraux.

Attitude. — Le coude est porté très en arrière, et son axe prolongé se dirige vers la partie moyenne de la clavicule.

Le bras est un peu plus court que celui du côté opposé, il est fortement appliqué contre le thorax, et ne peut que bien difficilement être changé de place.

LUXATION SOUS-GLÉNOÏDIENNE. — *Déformation.* — L'aplatissement de la région deltoïdienne est beaucoup plus accentué; de plus, le creux de l'aisselle est occupé en entier par la tête de l'humérus; au contraire, le creux sous-claviculaire est conservé¹.

Le coude est très fortement écarté du tronc. Le bras est plus long de toute la hauteur de la cavité glénoïde, c'est-à-dire de 3 à 4 centimètres; l'avant-bras est légèrement fléchi par le fait de la tension du biceps. L'abduction peut être exagérée, les autres mouvements sont difficiles.

LUXATION SOUS-ÉPINEUSE. — Cette luxation est rare et toujours incomplète. La *déformation* consiste en un très léger aplatissement de la région deltoïdienne en avant, et en une légère voussure au-dessous de l'acromion; on peut constater encore une dépressibilité peu étendue sur la partie antérieure de la région deltoïdienne; mais ces difformités sont peu accentuées.

Le coude est rapproché du tronc et dirigé en avant.

Le bras est plus long et les mouvements à peu près impossibles.

Complications et suites. — Ce sont: 1^o les *fractures*: elles sont assez fréquentes, et elles siègent sur le col ou les tubérosités humérales, plus rarement sur l'apophyse coracoïde

1. D'après Goyrand, dans la luxation sous-glénoïdienne, l'angle inférieur de l'omoplate est très saillant et très rapproché de l'épine dorsale; cela tient à un mouvement de bascule que la tension du deltoïde a imprimé à l'omoplate.

et l'acromion : c'est là une complication fâcheuse, qui rend la réduction de la luxation et la contention des fragments difficiles.

2° *Les ruptures vasculaires.* — Les quelques vaisseaux capillaires rompus produisent une ecchymose qui s'étend vers la partie interne du bras, mais n'atteint pas les proportions de l'ecchymose des fractures ; ces déchirures ne constituent nullement une complication. Quant à la division des artères circonflexes ou des branches de l'axillaire, elle est presque sans exemple.

3° *Paralysies.* — La paralysie de tout le bras par compression du plexus brachial est très rare, mais celle du deltoïde est beaucoup moins ; en effet, les nerfs circonflexes enlacent étroitement le col chirurgical de l'humérus, et ne sont pas doués de l'élasticité des artères du même nom, qui leur permet de se prêter à la distension ; aussi se déchirent-ils, et il en résulte une paralysie du deltoïde souvent de longue durée.

4° *Atrophie du deltoïde.* — Elle est la conséquence de la paralysie.

5° *Douleurs articulaires.* — Il n'est pas rare d'observer à la suite des luxations de l'épaule, alors même qu'elles auraient été réduites, des douleurs très vives dans l'épaule ; elles se rattachent soit au tiraillement des nerfs circonflexes, soit à quelque phlegmasie de la synoviale.

Diagnostic. — Il est en général facile de reconnaître une luxation de l'épaule grâce à la dépression qui existe au-dessous de l'acromion et qui indique que la tête de l'humérus a quitté sa place. On se rappellera que cette dépression doit être antérieure car la tête de l'humérus dépasse l'acromion et derrière il existe normalement au-dessous de l'acromion une dépression notable. Chez des sujets très gras et très musclés le doute est possible il sera dissipé par l'anesthésie.

La contusion, l'entorse, la paralysie du deltoïde seront aisément reconnues.

Il faut : A. reconnaître la luxation ; B. en déterminer la variété.

A. Les luxations de l'épaule peuvent être confondues avec une **fracture du col chirurgical de l'humérus** ; voici à quels signes on les distinguera :

1° Dans la fracture, l'*aplatissement du moignon de l'épaule* est peu prononcé ; il ne porte que sur la partie inférieure de la région deltoïdienne et l'on sent très bien la tête de l'humérus au-dessous de l'acromion. Dans la luxation, on peut, sans rencontrer la tête humérale, enfoncer profondément les doigts au-dessous de l'acromion, qui présente un relief des plus accentués.

2° Dans la fracture, s'il existe un *relief sur la paroi externe du creux de l'aisselle*, ce relief est peu prononcé et constitué par une vive arête, tandis que dans la luxation on trouve une tumeur volumineuse, lisse et arrondie.

3° Dans la fracture, le *coude est à peine écarté du tronc*, et peut en être facilement rapproché ; une traction légère suffit pour faire disparaître la *déformation*, qui se reproduit aussitôt que le membre est abandonné à lui-même ; dans la luxation, au contraire, l'écartement du coude est plus considérable et la déformation ne peut disparaître qu'au prix de grands efforts qui amènent la réduction.

4° Dans la fracture, on peut percevoir une *crépitation franche*, le bras a conservé sa longueur, ou même il est légèrement raccourci ; dans la luxation, point de crépitation ou une crépitation sourde, et souvent un allongement du bras.

5° Dans la fracture, l'*ecchymose*, presque constante, est très développée et occupe à la fois le moignon de l'épaule (car la fracture est souvent produite par une cause directe) et la partie antérieure et interne du bras ; dans la luxation, l'ecchymose, moins marquée, se trouve localisée sur la partie interne du bras ; Malgaigne n'accorde que peu de valeur à ce signe, auquel Dupuytren donnait une grande importance.

B. Pour reconnaître les **diverses variétés de luxations**, on se rappellera que : 1° Dans la *sous-glénodienne*, le moignon de l'épaule est très aplati, le coude très écarté du tronc, le bras allongé et la tête de l'humérus presque à fleur de peau dans le creux de l'aisselle.

2° Dans la *sous-coracoïdienne*, le creux sous-claviculaire est un peu effacé ; le coude, écarté du tronc, est dirigé en arrière, la tête humérale est placée très haut dans l'aisselle, mais facilement appréciable.

3° La luxation *intra-coracoïdienne* présente l'exagération de ces caractères : ainsi le creux sous-claviculaire est bombé, le coude peu écarté du tronc, mais dirigé en arrière, la tête humérale peu appréciable dans l'aisselle.

Pronostic. — Ces luxations se réduisent en général aisément, et seraient-elles irréductibles ou abandonnées à elles-mêmes, qu'au bout d'un certain temps une nouvelle articulation aurait rendu au bras la presque totalité de son action. Il faut aussi tenir compte des mouvements étendus dont l'omoplate est susceptible. Cependant, l'affaiblissement du deltoïde, les douleurs prolongées, la facilité de la reproduction, aggravent le pronostic.

Traitement. — Toute luxation doit être réduite le plus tôt possible, mais à quelle époque ne doit-on plus tenter de réduire une luxation par les moyens que nous allons indiquer ? Au bout de deux mois environ, lorsqu'il s'agit d'une luxation *intra-coracoïdienne* ou *sous-glénoïdienne* ; au bout de trois mois environ, pour les luxations *sous-coracoïdiennes*.

Les procédés de réduction sont innombrables : nous ne pouvons citer que les plus importants. Voici comment on pourrait agir :

La luxation reconnue, sans que le malade soupçonne votre dessein, passez-lui votre bras gauche au-dessous de l'aisselle, et, tout à coup, appuyez fortement avec votre main droite sur le coude, vous transformez ainsi l'humérus luxé en un levier du premier genre dont le bras de puissance est fort long.

La réduction des luxations est rendue facile par l'*anesthésie chloroformique*, et lorsque les procédés de douceur que nous allons décrire restent sans résultat, il faut endormir le patient.

Le procédé le plus usité et qui donne les meilleurs résultats dans la luxation *sous-coracoïdienne* est le *procédé de Ko-*

cher. Le blessé est assis sur une chaise, un aide le maintient en appuyant sur l'épaule saine, vous appliquez la main à plat sur le coude du côté luxé et vous le rapprochez peu à peu du tronc contre lequel vous le maintenez appliqué, c'est là le *premier temps*. Dans un *second temps*, vous saisissez l'avant-bras à pleine main par sa face inférieure et vous imprimez doucement au bras un mouvement de rotation en dehors, de façon à faire pivoter l'humérus sur place en fixant toujours le coude. Généralement lorsque la réduction doit être obtenue, elle l'est pendant ce second temps (Tillaux), sinon on exécute le *troisième temps* qui consiste porter brusquement le bras en dedans en dirigeant la main sur l'épaule saine.

Comme méthodes de douceur, on se sert encore souvent du *procédé d'élévation*. Le malade est assis par terre ; l'omoplate étant bien fixée par un aide, le chirurgien élève le bras jusqu'à sa limite normale ; il exerce alors sur lui une légère traction, puis il l'abaisse, en ayant soin de soutenir la tête humérale avec une main placée dans le creux de l'aisselle. Ce procédé réussit souvent.

On a encore parfois recours à la *rotation du bras en dehors*. Pour cela, le chirurgien se place derrière le blessé, l'omoplate est fixée par un aide et, s'il s'agit d'une luxation de l'épaule droite, par exemple, voici comment on procède : Le bras est relevé horizontalement, l'avant-bras fléchi à angle droit, le chirurgien appuie son genou sur le dos du patient, en exerçant sur le bras une traction modérée avec la main gauche, saisit le poignet de la droite pour imprimer au membre luxé une vive rotation en dehors.

Si les méthodes de douceur ne réussissent pas, il faut recourir aux *méthodes de force* : elles comprennent les tractions exercées sur le membre luxé par des aides, par des mouffes, par la machine de Jarwis, par le caoutchouc. Nous ne parlerons que de cette dernière qui est plutôt une méthode de douceur que de force.

Réduction par le caoutchouc (Th. Anger). — On oppose à la contraction musculaire l'élasticité du caoutchouc, dont la traction énergique, régulière, constante, est bien supérieure à

toutes les manœuvres mises autrefois en usage pour produire l'extension.

1° Le malade est solidement attaché à un objet fixe (colonne, anneau, etc.), à l'aide de serviettes qui embrassent son thorax.

2° Le coude écarté du tronc et l'avant-bras fléchi, une serviette est disposée en forme d'étrier au-dessous du coude, c'est-à-dire que ses deux extrémités sont placées l'une en avant et l'autre en arrière du bras tandis que sa partie moyenne libre débordé le coude ; cette serviette est, à l'aide d'une ou plusieurs bandes, très solidement fixée au bras.

3° Une bande ou de gros tubes en caoutchouc sont attachés à l'étrier du coude, puis conduits vers un point résistant, décrivant ainsi un grand nombre d'ellipses, qui embrassent à la fois l'étrier et l'objet fixe (colonne de lit, anneau, etc.). En disposant ces ellipses, on tire sur le caoutchouc, de manière à mettre en jeu son élasticité.

Au bout de peu d'instant, le malade tressaute tout à coup sur son siège, la luxation est réduite. Lâchez immédiatement le caoutchouc. Que s'est-il passé ? Les muscles d'abord contractés se sont relâchés, la traction du caoutchouc a entraîné l'humérus : la contraction musculaire se reproduisant aussitôt ramène l'humérus dans sa cavité.

La méthode de Kocher convient surtout aux luxations antéro-internes, la propulsion directe ou la traction par le caoutchouc à toutes les autres. En cas d'insuccès ayez recours au chloroforme. Et si, par extraordinaire, on ne réussit pas il faut procéder à l'*arthrotomie* qui permettra d'agir directement sur la cause de l'irréductibilité.

PRÉCEPTÉ TRÈS IMPORTANT : Lorsque la luxation est réduite, il faut immobiliser la jointure pendant une quinzaine de jours. C'est à l'oubli de cette précaution que doivent être en partie attribuées les douleurs persistantes, les récidives, etc.; pendant ce temps quelques massages pourront être utiles ¹.

1. Quelques luxations ont été réduites par le simple *refoulement* de la tête humérale. Le *procédé du talon* a joui d'une grande vogue ; le malade est étendu sur le sol, le chirurgien s'assied à côté de lui, place son talon sous l'aisselle, tandis qu'avec les mains il tire fortement sur le bras luxé. La *cravate* est une serviette passée au-dessous

LUXATIONS ANCIENNES NON RÉDUITES. — Lorsque la luxation n'a pas été réduite il se passe de notables modifications dans la jointure.

L'ouverture de la capsule qui a livré passage à la tête de l'humérus se rétrécit et s'indure et toute la capsule se resserre ; une capsule nouvelle en continuité avec l'ancienne se forme autour de la tête luxée.

La tête luxée se déforme, s'use, s'aplatit, s'entoure de végétations osseuses et une nouvelle cavité glénoïde tend à se constituer dans la nouvelle situation occupée par la tête de l'humérus.

On tentera la réduction de ces luxations par l'*appareil d'Hennequin* ou par l'*arthrotomie* qui a pu donner de bons résultats, mais qui parfois n'en a donné aucun en raison des raideurs qui suivent la réduction.

Luxations du coude.

Après celles de l'épaule, les luxations du coude sont les plus communes. Elles présentent de grandes variétés, dans lesquelles on peut tout d'abord établir trois divisions :

- | | |
|--|--|
| A. Les deux os de l'avant-bras se déplacent ensemble. | } <i>en arrière</i> , variété la plus commune.
<i>en avant</i> , avec ou sans fracture de l'olécrâne. |
| | |
| B. La luxation ne porte que sur l'un d'eux | } 1° Cubitus. en arrière.
2° Radius. en avant. |
| | |
| C. Luxations simultanées du radius et du cubitus en sens différents. | |

A. — Luxations des deux os de l'avant-bras.

C'est la plus fréquente, les autres variétés sont exceptionnelles, et elle s'effectue :

- a) *En arrière*, dans l'immense majorité des cas.
- b) *En avant*, avec ou sans fracture de l'olécrâne.
- c) *Sur les côtés*, en dedans ou en dehors.

du bras luxé et autour du cou de l'opérateur qui, saisissant l'avant-bras entre ses membres inférieurs, repousse le tronc avec ses mains, rejette son cou en arrière et attire vers lui l'humérus grâce à la cravate.