

amincissement extrême. Là existent deux dépressions : l'une, antérieure, destinée à loger l'apophyse coronoïde dans la flexion ; l'autre, postérieure, qui reçoit le bec de l'olécrâne dans l'extension de l'avant-bras. On se fera une bonne idée de l'épaisseur de l'humérus à ce niveau d'après la coupe représentée figure 173. On conçoit aisément, d'après cela, que les fractures de l'extrémité inférieure de l'humérus se produisent fréquemment dans une chute sur le coude. Ces fractures sont le plus souvent articulaires, c'est-à-dire que du trait transversal partent des traits verticaux qui divisent le fragment inférieur en plusieurs fragments. A part quelques variétés, que j'aurai l'occasion de signaler plus loin, on ne saurait guère préciser le genre exact de fracture, et l'on se borne habituellement à dire : fracture du coude. Disons toutefois que la fracture du condyle est en quelque sorte la fracture classique des jeunes sujets.

L'articulation du coude appartient à la classe des diarthroses, genre ginglyme angulaire ou trochlée. L'emboîtement des surfaces articulaires est tellement exact qu'il ne se passe dans la jointure que des mouvements de flexion et d'extension ; il n'y a pas de mouvements latéraux. Lorsque ces derniers existent, c'est que les ligaments ont été distendus ou déchirés : ainsi, par exemple, les mouvements latéraux se rencontrent dans la luxation complète des deux os de l'avant-bras et constituent un bon signe ; ils se rencontrent également à une certaine période de la tumeur blanche du coude et indiquent un état avancé de la maladie. Pour constater l'existence de ces mouvements anormaux, il faut immobiliser complètement l'articulation de l'épaule en saisissant le bras d'une main au-dessus du coude et en imprimant de l'autre à l'avant-bras des mouvements de totalité.

C'est, sans doute, à l'emboîtement parfait des surfaces articulaires que sont dues la raideur et l'ankylose qui surviennent si rapidement dans le coude à la suite d'une fracture, d'une contusion, d'une entorse, ou même d'une immobilisation prolongée sans lésion : aussi, ne faut-il pas le laisser trop longtemps emprisonné dans un appareil sans lui imprimer des mouvements. Quelle que soit la lésion du membre supérieur qui nécessite l'immobilisation du coude, on devra, dans la crainte d'une ankylose, mettre l'avant-bras à angle droit sur le bras, et mieux encore à angle aigu (1).

Si le coude est ankylosé à angle droit à la suite d'une tumeur blanche, je suis d'avis de ne rien tenter pour ramener des mouvements plus étendus, de consolider au contraire l'articulation dans cette nouvelle position. Si l'ankylose est survenue à la suite d'une arthrite, d'une contusion, d'une fracture, on fera exécuter à l'articulation des mouvements faibles et répétés.

Si le coude est ankylosé à angle obtus, et, à plus forte raison, si l'ankylose est rectiligne, quelle que soit alors la cause qui ait déterminé l'ankylosé, il faut pratiquer une résection pour rétablir les mouvements, si cela est possible, ou au moins remettre l'avant-bras à angle droit sur le bras. La chirurgie du coude est d'ailleurs entrée dans une phase toute nouvelle depuis quelques années, et je renvoie sous ce rapport le lecteur à mon *Traité de chirurgie clinique*, principalement en ce qui concerne le traitement des luxations anciennes.

(1) Cette règle n'est cependant pas absolue et doit être subordonnée à la profession du malade ; c'est ainsi qu'un prêtre, atteint d'ostéo-arthrite tuberculeuse du coude, me demandait instamment de lui conserver une demi-extension afin de pouvoir joindre les deux mains en avant.