

produire de la crépitation. Ce décollement épitrochléen ne modifie pas sensiblement la forme de la région. L'ossification de l'extrémité supérieure du cubitus ne procède pas de la même manière. Le point osseux primitif développé dans la diaphyse s'étend en haut de façon à former toute l'apophyse coronoïde et les deux tiers inférieurs de l'olécrâne. Deux points osseux complémentaires se développent à la partie postérieure et supérieure de cette dernière apophyse, l'un au niveau de l'insertion qu'elle fournit au triceps, l'autre sur son sommet. Ils se soudent au corps de l'os vers l'âge de quinze à seize ans. Il est rare d'observer l'arrachement de l'épiphyse olécranienne. Malgaigne fait, d'ailleurs, remarquer que ce n'est pas l'épiphyse proprement dite qui s'arrache, puisqu'on observe le plus ordinairement une petite couche de tissu osseux adhérente au cartilage épiphysaire.

La synoviale de l'articulation du coude se réfléchit sur le col du radius au niveau du bord inférieur du ligament annulaire. Si une fracture intéresse la portion intra-articulaire du radius, cette portion, isolée de toutes parts, peut se comporter comme un corps étranger et être éliminée.

Le *nerf cubital* offre des connexions si intimes avec l'articulation du coude, que sa blessure est un des principaux accidents pouvant survenir au cours d'une résection. Il occupe la gouttière interne du coude, c'est-à-dire celle qui est limitée par le bord interne de l'olécrâne en dehors et l'épitrochlée en dedans. MM. A. Broca et Mouchet ont cru pouvoir attribuer certaines paralysies du nerf cubital chez l'adulte à l'expulsion graduelle du nerf de cette gouttière à la suite d'anciennes fractures du coude datant de l'enfance, la gouttière s'étant peu à peu comblée. Il existait alors un *cubitus valgus* très exagéré.

Au niveau de la gouttière, le nerf cubital s'engage entre les deux tendons d'insertion du muscle cubital antérieur et repose immédiatement sur le ligament latéral interne de l'articulation : aussi, dans certaines luxations du coude avec vastes délabrements, en a-t-on parfois constaté l'arrachement.

Le procédé de résection du coude qui met le plus sûrement à l'abri de la lésion du nerf cubital est celui de Nélaton. Il consiste à attaquer l'articulation par son côté externe, à découvrir d'abord l'articulation radio-humérale à l'aide d'une incision verticale combinée avec une incision horizontale et à enlever dès le début l'extrémité supérieure du radius. Cette large plaie permet alors de luxer en dehors le cubitus, manœuvre qui a pour effet de dégager le nerf cubital de sa gouttière, de telle sorte qu'on n'aperçoit même pas ce nerf durant l'opération. Une incision verticale médiane postérieure permet, toutefois, d'arriver au même résultat, et se prête mieux aux nouvelles indications de la résection du coude pour les luxations anciennes non réduites.

*Deuxième plan musculaire.* — En arrière du plan osseux, est un deuxième plan musculaire constitué par le triceps. Ce muscle, qui occupe à lui seul la loge postérieure du bras, s'insère par un tendon très épais sur la face postérieure et supérieure de l'olécrâne (MT, fig. 173). Cette insertion se fait sur une surface osseuse, haute d'un centimètre et demi environ, et éloignée de 5 à 6 millimètres du bec de l'olécrâne. Les fibres tendineuses se continuent à ce point avec le périoste du cubitus. Le triceps est l'extenseur de l'avant-bras sur le bras.

L'articulation du coude est donc mise en mouvement par trois muscles : le biceps et le brachial antérieur produisent la flexion ; le triceps, l'extension. Il