

Il ne reste que quelques débris de la capsule articulaire. Cette observation, qui démontre la possibilité de la luxation en avant de l'avant-bras, fait voir qu'elle ne peut exister sans de très-grands désordres. Cependant ils ne me paraissent pas assez graves pour qu'on ne puisse espérer la guérir si elle existait seule.

ARTICLE XI.

Des luxations des os de l'avant-bras entre eux.

On a longtemps ignoré que les articulations des os de l'avant-bras entre eux fussent susceptibles de céder à l'action des violences extérieures, et de permettre ainsi des déplacements remarquables dans leurs points de contact. On trouve dans Ambroise Paré, dans Guillemeau et dans d'autres auteurs moins anciens, quelques traces obscures des luxations dont il s'agit; mais on ne voit rien d'exact et de précis, à cet égard, jusqu'à Duverney qui a décrit, avec la clarté qui annonce un observateur attentif, plusieurs cas de luxation du radius. Peut-être faut-il rapporter à quelques notions confuses de ces mêmes maladies, ce que l'on a écrit sur la diastase.

L'observation a prouvé d'une manière incontestable que l'extrémité supérieure du radius peut abandonner la petite cavité sigmoïde du cubitus, avec laquelle elle est articulée, et que l'éminence arrondie en forme de tête, qui termine inférieurement le cubitus, peut également s'échapper de la cavité sigmoïde du radius, dans laquelle elle est reçue. Nous traiterons de ces deux espèces de luxations dans autant de paragraphes séparés; mais avant d'entrer en matière, nous fixerons l'attention sur quelques circonstances communes à l'une et à l'autre de ces articulations, et relatives aux déplacements que les pièces qui les composent peuvent éprouver.

La direction particulière des os de l'avant-bras, la disposition des surfaces par lesquelles ces os s'articulent entre eux, celle des ligaments qui les assujettissent, et des muscles qui les environnent, sont autant de circonstances propres à favoriser les mouvements de pronation et de supination, et surtout à augmenter l'étendue du premier. En effet, la courbure que le radius et le cubitus présentent dans leur

longueur, et par le moyen de laquelle les deux extrémités de ces os se touchent, pendant que, dans le reste de leur longueur, ils sont écartés l'un de l'autre, est tout en faveur de la pronation, et n'ajoute rien à la supination; elle sert même à mettre le ligament interosseux dans un état de tension considérable qui borne ce dernier mouvement, dès qu'il a atteint les limites au delà desquelles il serait dangereux qu'il fût porté: la dépression que présente le sommet de l'extrémité supérieure du radius, et à laquelle correspond la petite tête de l'humérus; l'espèce d'étranglement ou de collet qui se trouve au-dessus de la tubérosité bicipitale; la petite cavité sigmoïde du cubitus, dans laquelle roule une partie du rebord circulaire qui a reçu le nom de tête du radius; l'anneau ligamenteux qui embrasse le reste du contour de ce même rebord, et qui est puissamment fortifié par le ligament latéral externe de l'articulation du coude; ces dispositions, dis-je, permettent à la partie supérieure du radius de tourner sur son axe, sans interdire à cet os un léger mouvement d'inclinaison latérale, et sans nuire aux mouvements de flexion et d'extension de l'avant-bras. Dans la partie inférieure des os de l'avant-bras, la cavité sigmoïde du radius, et la tête du cubitus qu'elle reçoit, sont très-propres à favoriser la rotation du premier de ces os autour du second; mais, d'une part, l'extrémité inférieure du cubitus, dans sa forme sphéroïde, est réduite à de très-petites dimensions, et de l'autre, l'extrémité correspondante du radius a un volume considérable; ce qui fait que, tandis que le côté interne de l'extrémité inférieure de ce dernier os décrit un arc de cercle d'un petit diamètre, le côté externe qui entraîne le côté radial de la main, exécute une révolution fort grande et proportionnée à l'étendue transversale du carpe. Le centre de ce mouvement, par lequel le radius décrit une portion de cercle, est à l'apophyse styloïde du cubitus, dont la base sert de point d'attache au sommet du fibrocartilage interarticulaire, véritable modérateur du mouvement dont il s'agit. Il suit de là que l'angle que le radius doit nécessairement former avec le cubitus, dans ce mouvement, est très-aigu; que la déviation latérale qu'il rend nécessaire de la part du radius est très-bornée, et par conséquent que le mouvement lui-même est très-facile, puisque l'os ne s'écarte presque pas de la direction de son axe dans l'état naturel; condition bien essentielle, et sans laquelle les ligaments supérieurs auraient été violents et auraient résisté à la pronation.

Mais pendant cette dernière attitude, le bord radial de la main

étant tourné en devant et en dedans, l'extrémité radiale du carpe est séparée de la petite tête de l'humérus par un très-grand intervalle, puisque la ligne qui se mesure entre ces deux points est oblique; par là, le radius se trouve plus court que cette ligne, et son extrémité supérieure presse moins sur la petite tête de l'humérus. Au contraire, dans la supination, la main reprenant une attitude dans laquelle sa face palmaire répond en devant, la ligne qui se mesure entre le côté radial du carpe et la petite tête de l'humérus est directe et plus courte, le radius est véritablement pressé par ses deux extrémités, et l'emboîtement entre cet os et l'humérus est plus exact. Si une violence tendait à porter ce mouvement plus loin, l'effort serait supporté par les os, et presque par les ligaments.

Nous ne parlerons pas de la corde ligamenteuse de Weitbrecht, comme d'un moyen d'union propre à favoriser la pronation et à borner la supination: ce ligament est trop faible pour mériter une grande attention sous ce rapport. Mais on ne peut se dispenser de remarquer l'angle que forment avec le radius les muscles fléchisseurs des doigts, bien plus ouvert que celui des extenseurs, et de comparer la disposition avantageuse du rond, et surtout du carré pronateurs, à celle du court-supinateur, le seul muscle qui puisse s'opposer avec quelque avantage à l'excès de la pronation.

Enfin, c'est dans la pronation que nous exécutons les mouvements qui exigent le plus de force de la part de nos mains, et c'est aussi dans ce sens que l'avant-bras est le plus exposé à éprouver des efforts considérables. Aussi n'est-ce guère que par des violences exercées dans le sens de la pronation, que les os de l'avant-bras peuvent éprouver des déplacements l'un sur l'autre.

§ 1. — Des luxations de l'extrémité supérieure du radius.

On connaît maintenant un assez grand nombre d'exemples de la luxation en arrière de l'extrémité supérieure du radius: nous l'avons observée nous-même deux fois; mais on ne connaît pas d'observation bien avérée de la luxation de l'extrémité supérieure de cet os en devant; il est facile de conclure, de ce que nous avons dit ci-dessus, que cette différence doit venir de la résistance des ligaments et des muscles, et surtout de la disposition des surfaces articulaires. Le mouvement de supination forcée qui serait nécessaire pour cela est

empêché par la petite tête de l'humérus, qui presse fortement sur le radius. Nous doutons que cette luxation puisse avoir lieu sans une complication de fracture; et nous verrons plus bas que, dans quelques circonstances, l'articulation inférieure des os de l'avant-bras a cédé, plutôt que la partie antérieure de l'articulation supérieure. On ne peut donc point, dans l'état présent de nos connaissances, admettre une luxation de l'extrémité supérieure du radius en devant.

La luxation en arrière, la seule qui ait été observée, est plus fréquente et plus facile chez les enfants que chez les adultes et les vieillards. Dans les premiers, la structure de l'articulation présente quelques particularités qui favorisent le déplacement: les ligaments, en général, ont beaucoup moins de consistance: il en est de même des fibres tendineuses des muscles extenseurs qui, à toute autre époque de la vie, augmentent singulièrement la résistance du ligament latéral externe de l'articulation du coude, par conséquent du ligament annulaire: mais surtout, la petite cavité sigmoïde du cubitus est moins étendue, le ligament annulaire forme une plus grande portion de cercle autour de la tête du radius; il est plus long, et par conséquent plus disposé à s'étendre, et même à se rompre. Pour les mêmes raisons, on observe dans les enfants, que des efforts, insuffisants pour donner lieu immédiatement à la luxation, parviennent, lorsqu'ils sont fréquemment répétés, à produire peu à peu un certain allongement dans les ligaments, à altérer plus ou moins les rapports naturels des os, et finissent même par opérer un déplacement aussi étendu que dans la luxation soudaine et immédiate.

Enfin il survient quelquefois, particulièrement chez les sujets scrofuleux, des déplacements plus ou moins étendus, produits par l'altération des surfaces articulaires; déplacements qui doivent être rangés parmi les luxations dont nous traiterons à l'occasion des tumeurs appelées blanches ou lymphatiques des articulations, et dont nous n'avons fait mention ici que pour avertir qu'on ne doit pas s'en laisser imposer par ce phénomène, en cas d'accident externe survenu pendant le cours de la maladie.

La luxation en arrière de l'extrémité supérieure du radius ne peut être que complète: l'extrémité supérieure de cet os peut s'être portée plus ou moins loin derrière la petite tête de l'humérus; mais il faut absolument que cette dernière éminence cesse d'être contenue dans la dépression de la tête du radius pour que celle-ci soit véritablement

luxée. D'un autre côté, le point de la tête du radius correspondant à la petite cavité sigmoïde du cubitus ne peut être logée en partie dans cette dernière cavité; il faut de toute nécessité qu'il l'abandonne entièrement pour ne pas y retomber et reprendre sa position naturelle. Ces deux articulations peuvent donc être comparées, sous ce rapport, avec les articulations orbiculaires, où les luxations incomplètes sont impossibles.

On pourrait croire d'abord que la luxation lente et graduelle que nous avons dit survenir chez les enfants serait une exception à cette règle générale; mais si l'on y fait attention, on verra que la luxation ne se fait pas peu à peu, mais seulement qu'elle se prépare par le relâchement successif des ligaments; que chaque fois que l'os s'éloigne un peu de sa situation naturelle pendant un effort de pronation, il y rentre aussitôt que l'effort cesse, et que la luxation ne survient que lorsque l'effort est suffisant pour amener l'extrémité supérieure du radius derrière la petite tête de l'humérus, et alors le déplacement s'opère pour ne plus disparaître de lui-même. On n'a point vérifié si, dans ce cas, le ligament annulaire est rompu, ou seulement allongé. Mais dans celui où la luxation est l'effet immédiat d'une violence extérieure, il est incontestable que ce ligament doit être rompu; la seule tendance du déplacement à se reproduire au moindre mouvement en est une preuve suffisante.

On a des exemples de la luxation dont il s'agit, produite par une chute sur la main, surprise dans un état de pronation forcée. Des trois faits recueillis par Duverney, les deux premiers sont de cette espèce; mais la cause la plus fréquente de cette luxation est un grand mouvement de pronation produit directement par une violence extérieure.

Cette cause est très-familière chez les enfants que l'on conduit par la main dès qu'ils peuvent faire quelques pas, et lorsque leurs mouvements sont encore trop mal assurés pour n'être pas exposés à des chutes fréquentes. Pour leur faire franchir un pas difficile, pour les élever sur les bras, dans les jeux par lesquels on les amuse, c'est toujours par la main qu'on les saisit, et le plus souvent en la portant brusquement dans le sens de la pronation. Aussi est-ce toujours là la cause de cette luxation chez eux, aussi bien que celle de ce relâchement successif des ligaments, qui finit par le déplacement permanent du radius.

Dans le moment où la luxation du radius en arrière a lieu, il sur-

vient une douleur vive que le malade rapporte à l'articulation; l'avant-bras est fléchi et la main demeure fixe dans la pronation; la supination ne peut être opérée ni par l'action des muscles, ni par une force extérieure, et chaque effort tendant à produire cet effet est accompagné d'une augmentation considérable de la douleur: la main et les doigts sont tenus dans un état de flexion médiocre; enfin, l'extrémité supérieure du radius forme une saillie manifeste derrière la petite tête de l'humérus. Dans un enfant de douze ans, fort maigre, sur lequel j'ai observé cette luxation, la tête du radius, en se portant en arrière, avait parcouru un si grand espace, et soulevé la peau avec tant de force, que cette membrane portait des marques évidentes de la distension qu'elle avait éprouvée.

Dans les enfants chez lesquels des efforts répétés de pronation ont préparé la luxation, mais ne l'ont pas encore opérée, on s'aperçoit qu'elle est à craindre en considérant le relâchement manifeste de l'articulation, la saillie plus considérable que forme la tête du radius pendant que l'on fait exécuter le mouvement de pronation, et surtout le léger engorgement douloureux des parties molles qui entourent l'articulation. Dans ce cas, les enfants se refusent à l'examen, à raison des douleurs qu'on leur cause; ils poussent des cris aigus, soit qu'on leur fasse exécuter les mouvements de pronation et de supination, soit qu'on leur fasse exécuter ceux d'extension et de flexion de l'avant-bras, mais surtout quand on presse l'articulation elle-même. Si on leur présente du bonbon, ils le prennent avec la main du côté sain, et si on les force à le saisir avec celle du côté malade, et qu'ils veuillent le porter à leur bouche, ils fléchissent la main et ils inclinent la tête le plus qu'il leur est possible, en sorte qu'ils inclinent cette partie vers la main, plutôt qu'ils ne portent celle-ci vers la tête. Pendant le sommeil, s'il leur arrive de mouvoir l'avant-bras malade, ils se réveillent en jetant des cris. Cependant la luxation n'existe point encore, et on peut la prévenir en éloignant la cause qui a distendu les ligaments, en entourant l'articulation avec des compresses et un bandage roulé, trempés dans une liqueur résolutive, et en soutenant le membre au moyen d'une écharpe. Mais si la cause continue d'agir, le ligament annulaire s'allonge de plus en plus, se rompt même, et la tête du radius abandonne entièrement la petite cavité sigmoïde du cubitus. Alors la luxation existe réellement, et on la reconnaît aux signes dont nous avons parlé plus haut.

Cette luxation n'est jamais accompagnée d'accidents graves; mais lorsqu'elle n'est point réduite, les mouvements de pronation et de supination sont extrêmement gênés, et la main est beaucoup moins propre à remplir ses fonctions.

Pour procéder à la réduction de cette luxation, on fera asseoir le malade sur une chaise; le membre sera soutenu à la hauteur convenable par deux aides, dont l'un saisira la main, et l'autre la partie inférieure du bras. Le chirurgien, situé au côté externe du membre malade, placera les quatre derniers doigts de l'une de ses mains sur le pli du coude, et le pouce sur la partie postérieure de la tête du radius, déplacée et saillante, et il embrassera le poignet avec l'autre main. Les choses ainsi disposées, l'opérateur doit, de concert avec l'aide chargé de la main du malade, ramener l'avant-bras dans le sens de la supination et dans l'extension, tandis qu'avec le pouce, pressant la partie postérieure de la tête du radius, il s'efforce de repousser cette éminence en devant sous la petite tête de l'humérus, et de la faire rentrer dans la petite cavité sigmoïde du cubitus. La disparition subite de la saillie que formait la tête du radius, et quelquefois le bruit manifeste qui l'accompagne, le retour de l'avant-bras à la supination, la possibilité de l'étendre et de le fléchir librement, sont des signes certains que la luxation est réduite.

Dès que la réduction est opérée, le malade recouvre la faculté d'exécuter les mouvements de pronation et de supination; les enfants se servent même volontiers de leur membre l'instant d'après, si l'on excite leur curiosité ou leur gourmandise. Mais c'est une imprudence de pousser jusque-là les preuves du succès que l'on a obtenu: il ne faut pas oublier que, dans un mouvement de pronation, le déplacement peut d'autant plus facilement se reproduire que le ligament annulaire est rompu ou fort allongé, et que les surfaces articulaires ont très-peu d'étendue.

Pour prévenir la récurrence du déplacement, et laisser à la nature le temps de réparer dans le repos le désordre que l'articulation a souffert, il faut s'opposer au mouvement de pronation. Dans cette vue, après avoir placé l'avant-bras dans la flexion et la main dans une légère supination, on entoure l'articulation avec des compresses longues que l'on soutient au moyen d'un bandage roulé, peu serré; ensuite on place le membre dans une écharpe, et l'on met sur la partie antérieure de l'avant-bras et de la main un rouleau de linge ou

un paillason de balle d'avoine, afin de prévenir le mouvement de pronation qui pourrait renouveler le déplacement. Si les parties molles sont engorgées, tendues, douloureuses, on emploiera les cataplasmes émollients et anodins, et aussitôt que l'engorgement sera dissipé, on aura recours aux résolutifs. Lorsque le radius a une tendance marquée à se déplacer de nouveau, comme je l'ai vu sur un enfant de sept ans qui s'était fait la luxation dont il s'agit en tombant d'une petite voiture traînée par d'autres enfants, on place une attelle de bois le long de la partie postérieure de cet os, et on l'assujettit avec quelques tours de bande.

Après le vingtième ou le vingt-cinquième jour, temps au bout duquel ordinairement l'articulation est raffermie, il faut rendre au membre sa liberté, en supprimant l'appareil, et travailler au rétablissement des mouvements, en les faisant exercer avec la prudence convenable.

Dans le cas où l'on s'aperçoit, chez les enfants, que l'articulation a été relâchée, et qu'il y a du danger pour une luxation prochaine, après s'être assuré qu'il n'existe aucune probabilité de l'altération des surfaces articulaires par un vice interne, on doit, comme nous l'avons dit plus haut, s'empresse de défendre expressément aux personnes chargées du soin de l'enfant de ne jamais lui forcer l'avant-bras dans la pronation, en le tirant par la main; interdire toute espèce d'effort, et même de mouvement de la part du bras; faire assujettir, s'il le faut, le membre auprès du corps du petit malade, et calmer l'inflammation ou l'irritation s'il y en a, par l'usage des topiques émollients; s'il n'existe pas d'engorgement inflammatoire, ou bien quand il est dissipé, la suppression de la cause et le repos suffisent pour que la nature affermis l'articulation relâchée (a).

(a) — Boyer dit que l'on connaît maintenant un assez grand nombre d'exemples de luxation du radius en arrière, et qu'il l'a vue lui-même deux fois; mais qu'on ne connaît pas d'observation bien avérée de la luxation de l'extrémité supérieure de cet os en avant. Aujourd'hui les exemples de ces deux luxations ont été assez fréquents pour qu'elles ne soient plus regardées comme très-rares.

J'ai vu trois fois la luxation du radius en arrière, et les trois fois

elle existait sur l'avant-bras gauche; de plus je connais le fait d'une luxation de ce genre qui a été méconnue chez une jeune fille, et les conséquences de l'erreur ont été peu graves; car la difformité est nulle à la simple vue, et les mouvements de l'avant-bras ne sont pas gênés. Le premier cas que j'ai vu était, en l'année 1824, chez la fille d'un boulanger, âgée de sept ans: elle se fit cette luxation en tombant dans un escalier, et sans qu'on pût savoir quelle était la position de l'avant-bras au moment de la chute. Je réduisis la luxation en suivant les principes recommandés par Boyer, et je mis l'appareil indiqué par lui; au bout de trente jours la guérison était parfaite. Le deuxième cas était, en l'année 1838, chez un enfant de quinze à dix-huit mois, qui jouait avec sa bonne et qui tomba d'une chaise. Ni la bonne ni les parents, qui étaient présents au moment de l'accident, ne purent m'indiquer comment le bras et l'avant-bras de l'enfant avaient été placés. Je réduisis sans aucune peine, et une bande suffit seule pour maintenir la réduction. Le troisième exemple que j'ai eu était, en l'année 1842, chez une petite fille âgée de huit ans, qui fut amenée à l'hôpital Saint-Louis: je réduisis sans aucune peine la luxation, et l'application du bandage procura la guérison en trente jours.

Astley Cooper, qui dit n'avoir jamais observé cette luxation sur le vivant, a eu l'occasion de l'examiner sur le cadavre d'un homme apporté aux dissections. La tête du radius est en arrière et un peu en dehors du condyle externe de l'humérus. Le ligament annulaire est rompu à sa partie antérieure; le ligament oblique est déchiré; le ligament capsulaire est en partie déchiré, et Cooper pense que si la tête du radius n'eût été retenue par l'aponévrose antibrachiale, elle eût été portée beaucoup plus loin en arrière.

Les exemples de la luxation du radius en avant sont nombreux. Je ne l'ai vue qu'une fois. Elle a été observée à tous les âges: cependant il paraît, d'après les observations, que l'enfance y prédispose; ce qui n'est pas étonnant à cause de la plus grande laxité des ligaments à cette époque de la vie. Les pathologistes attribuent cette luxation à une supination forcée de l'avant-bras dans une chute. Je partage cette opinion, parce qu'elle se rapporte au cas que j'ai observé, dans lequel il y a eu supination forcée pendant un temps plus long que ne l'est ordinairement celui d'une chute.

Les signes sont une demi-pronation et une demi-flexion de l'avant-

bras; l'impossibilité de la supination et de l'extension; l'existence d'une tumeur dans le pli du coude; l'existence d'une cavité dans le lieu où doit être normalement la tête du radius; le changement de direction de cet os, qui, au lieu de remonter directement du poignet au côté externe de l'humérus, se porte obliquement vers le milieu du pli du coude; l'absence de la saillie formée en dehors par la masse des muscles qui s'insèrent à l'épicondyle, et son existence à la partie antérieure de l'avant-bras, parce que les muscles sont tirés en dedans par le radius. Il résulte de cette dernière disposition que le diamètre transversal de l'avant-bras est diminué, et que son diamètre antéro-postérieur est augmenté.

Le diagnostic me paraît très-facile; car dans le cas que j'ai observé, et qui était le premier que je voyais, je n'ai eu aucune difficulté à établir le diagnostic qui avait déjà été porté par un des chirurgiens des hôpitaux de Paris.

Les désordres produits par cette luxation sont, d'après Astley Cooper, qui a eu l'occasion de disséquer une luxation non réduite, la position de la tête du radius dans l'excavation située au-dessus du condyle externe de l'humérus; la déchirure du ligament annulaire du radius, du ligament oblique, de la partie antérieure de la capsule et d'une partie du ligament interosseux. Dans le cas observé, le muscle biceps était raccourci à cause de l'ancienneté de la luxation.

Le pronostic n'a rien de grave. En effet, quoique, dans plusieurs cas cités et dans celui que j'ai vu, la réduction n'ait pu être effectuée, les malades ont continué à se servir de leur membre, et ont recouvré presque complètement tous les mouvements naturels de l'articulation.

Le traitement consiste à faire maintenir le bras par un aide pendant qu'on pratique l'extension sur l'avant-bras en l'inclinant un peu en dedans pour agir avec plus de force sur le radius; et en même temps on pousse en arrière la tête du radius avec le pouce de l'autre main. Dans ces mouvements l'avant-bras est mis dans la supination; cependant on a conseillé de fléchir un peu le coude au moment où on pousse la tête du radius en arrière, afin de la dégager et de faciliter son remplacement. Au moment où la tête de l'os reprend sa place, elle produit un léger bruit. Après la réduction, on maintient les parties en place en fléchissant le coude à angle droit sur le bras, et en appli-

quant en avant et en arrière une attelle de carton coudée et un bandage roulé.

Cette luxation est difficile à réduire. Nous voyons tous les chirurgiens faire avec beaucoup de peine la réduction; nous voyons Astley Cooper y renoncer dans deux cas, et une fois après des tentatives qui durèrent cinq quarts d'heure. Dans le cas que je vais rapporter, un chirurgien ne put faire la réduction avant que le malade s'adressât à moi; et à deux reprises différentes j'ai échoué.

Le 17 novembre 1840, il se présenta chez moi un jeune homme âgé de vingt-six ans, domestique dans une maison où il était chargé de soigner un cheval et un cabriolet, et de monter derrière ce cabriolet. Cinq jours avant, c'est-à-dire le 12 novembre, il montait derrière le cabriolet au moment où le cheval partait, et il avait déjà saisi de la main gauche la poignée de capote, lorsque le pied sur lequel il s'appuyait, l'autre étant en l'air, glissa. Craignant de tomber entre la roue et le train, il ne lâcha pas la poignée; mais comme son dos appuyait sur le ressort du cabriolet, il résulta de cette position une supination forcée de l'avant-bras et une extension violente. Il ressentit au même instant une douleur dans l'articulation. On arrêta le cheval; il lâcha la poignée, et comme la douleur n'était pas très-vive, il remonta derrière le cabriolet, et il ne souffrit pas parce que la position de l'avant-bras, pour tenir la poignée, était à peu près celle que la luxation imprime au membre. Il continua à faire son travail habituel; seulement il ressentait une gêne très-grande; il ne pouvait étendre l'avant-bras sans éprouver un picotement à la partie antérieure externe de l'articulation huméro-cubitale, et si l'extension était extrême, il comparait cette douleur à la section de la peau. Il ne pouvait porter un seau d'eau qu'en fléchissant l'avant-bras; et il faisait sans trop de difficulté tout ce qui regardait son service. Cependant comme la douleur ne diminuait pas, le 14 novembre, deux jours après l'accident, il se plaignit à son maître, qui l'adressa à son médecin. Celui-ci l'envoya à un des chirurgiens d'un des premiers hôpitaux de Paris. Ce chirurgien reconnut de suite la nature de la lésion, et immédiatement, c'était le 15 novembre, trois jours après l'accident, il procéda à la réduction. Le malade a bien su me dire que le chirurgien avait diagnostiqué qu'il existait une luxation; mais il n'a pu me dire quelle espèce de luxation. D'après l'instruction et la capacité connues de la personne,

je ne peux que penser qu'il a diagnostiqué une luxation du radius en avant. Ce chirurgien, voulant réduire de suite la luxation, fixa le corps du malade à un anneau scellé dans le mur, et fit faire sur le bras la contre-extension par trois aides, et sur l'avant-bras l'extension par trois autres aides. Le malade n'a pu m'expliquer les manœuvres pratiquées pour arriver à la réduction; mais ce qu'il y a de positif, c'est que les tentatives furent infructueuses. Les manœuvres opérées sur le bras furent si fortes qu'il en résulta un gonflement inflammatoire du coude, et surtout de sa partie antérieure. Le chirurgien dit au malade d'appliquer un cataplasme émollient et de revenir le lendemain. Il y alla en effet, et le chirurgien lui proposa de faire une incision et d'introduire un instrument qui, servant de levier, faciliterait la réduction. Le malade s'y refusa, et il vint me consulter. Le membre était alors dans l'état suivant. La partie antérieure du coude et la partie supérieure de l'avant-bras sont tuméfiées et douloureuses. Le côté externe et supérieur de l'avant-bras ne présente plus sa saillie normale et est affaissé. Le faisceau des muscles qui s'attachent à l'épicondyle est porté en avant. On sent au-dessous de cette tubérosité un enfoncement qui correspond au lieu où doit être l'extrémité supérieure du radius. Le bras, qui est dans une demi-pronation, ne peut être mis ni dans une pronation complète, ni dans la supination; de plus il est à demi fléchi. Je sens en avant du condyle de l'humérus, et presque sur le cubitus, une tumeur anormale et arrondie. Le malade peut se servir de son membre tant qu'il est dans la demi-flexion; mais il ne le peut dans toute autre position. Je reconnus sans peine une luxation du radius en avant, et comme le gonflement qui avait succédé aux premières tentatives de réduction était moindre, j'essayai de suite de réduire la luxation, en faisant maintenir le bras fortement, et en pressant avec mes doigts sur la tête du radius pendant que je faisais faire l'extension de l'avant-bras et que je le faisais diriger dans l'adduction, et pendant que je le mettais soit dans l'extension, soit dans la flexion. Mes tentatives continuées pendant un quart d'heure furent sans succès, et elles n'eurent d'autre résultat que de renouveler l'inflammation de l'avant-bras, au point que je fus forcé d'attendre au 21 novembre pour essayer de nouveau la réduction; mais ce jour-là je fus aussi malheureux que la première fois et je ne pus réduire la luxation. Comme le malade n'était pas très-gêné pour faire son service, il se refusa à de nouvelles tentatives, et il reprit ses tra-