

malade, je reconnus que la tête de l'humérus avait traversé les tégumens de l'aisselle, et reposait sur le muscle grand pectoral du côté droit (1). La réduction fut facile, parce qu'elle fut tentée dans l'état de stupeur et d'insensibilité où se trouvait le malade. On employa le procédé ordinaire d'extension et de contre-extension. Le malade fut mis au lit, on fit usage de lotions évaporantes. Le lendemain, douleur et tension considérables. (Saignée; purgatif; large cataplasme sur l'épaule; potions calmantes.)

Pendant les dix ou quinze premiers jours, on fit de fréquentes applications de sangsues dans le voisinage de l'articulation; au bout de ce temps, il sortit une grande quantité de pus par la plaie de l'aisselle; le malade commença à maigrir; fièvre, insomnie. Au bout de dix ou douze semaines, la suppuration diminua un peu. De petits abcès, situés dans le tissu cellulaire qui entoure l'articulation, se succédèrent pendant plusieurs mois, et compliquèrent la marche de la maladie. Il en résulta des trajets fistuleux qui durent être largement ouverts. La suppuration ne cessa qu'au bout d'un an. La plaie se cicatrisa, mais il y eut anky-

lose. La guérison était complète quatorze mois après l'accident: à cette époque, le malade se servait très-facilement de son avant-bras pour écrire. »

Dans des cas de cette espèce, il conviendrait de procéder immédiatement à la réduction par le procédé que j'ai conseillé pour la luxation en avant. En général, plus la violence a été considérable, plus la réduction est facile, à cause de l'affaissement général que doit produire une secousse assez forte pour amener cet accident.

Quand l'os est replacé, il faut appliquer sur la plaie, de la charpie imbibée de sang; ou, si la plaie est large, il faut faire une suture, et appliquer ensuite ce topique. Le rapprochement des bords de la plaie est maintenu par des agglutinatifs; le bras est tenu appliqué contre le tronc par une bande placée autour du corps, de manière à empêcher le plus léger mouvement.

Par ce traitement, on peut prévenir l'inflammation suppurative, et la guérison peut être obtenue sans souffrances prolongées pour le malade, et sans danger pour sa vie.

(1) On s'explique difficilement comment la sortie de la tête de l'humérus à travers les tégumens de l'aisselle, a pu être le résultat d'une chute sur l'épaule. Il est donc à regretter que M. Dixon n'ait pas donné des détails plus circonstanciés sur le genre de cause qui a produit la luxation. (Note des trad.)

## LUXATIONS DU COUDE.

Il en existe cinq espèces :

- 1° Luxation du cubitus et du radius en arrière.
- 2° Luxation du cubitus et du radius latéralement.

3° Luxation du cubitus seul.

- 4° Luxation du radius seul, en avant.
- 5° Luxation du radius seul, en arrière.

### LUXATION DU CUBITUS ET DU RADIUS EN ARRIÈRE.

Cette luxation est caractérisée par le changement remarquable qu'elle amène dans la forme de l'articulation, et par la perte incomplète des mouvemens de celle-ci. La forme du coude est notablement altérée; en effet, il existe une saillie considérable en arrière, produite par le cubitus et le radius au-dessus du niveau habituel de l'olécrâne. De chaque côté de cette dernière éminence, se trouve une excavation. La partie antérieure de l'articulation présente une saillie dure, très-volumineuse, située immédiatement derrière le tendon du biceps et formée par l'extrémité inférieure de l'humérus. La main et l'avant-bras sont en supination, et ne peuvent être ramenés qu'incomplètement dans la pronation; le mouvement de flexion de l'articulation est aussi en grande partie perdu.

J'ai eu l'occasion de disséquer une luxation compliquée de cette articulation, dans laquelle le radius et le cubitus étaient portés en arrière; la pièce anatomique est conservée dans la collection de l'hôpital Saint-Thomas. L'apophyse coronoïde du cubitus occupait la cavité olécrânienne, et l'olécrâne faisait saillie à la partie postérieure du coude, à un pouce et demi au-dessus de sa position ordinaire, le radius était placé derrière le condyle externe de l'humérus, et l'humérus était porté au-

devant de l'avant-bras, à la partie antérieure duquel il formait une saillie considérable. Le ligament capsulaire était rompu antérieurement dans une grande étendue. Le ligament annulaire était intact. Le biceps était un peu tirailé, par suite du déplacement du radius en arrière; quant au brachial antérieur, il était fortement tendu à raison du déplacement de l'apophyse coronoïde.

Cette espèce de luxation se produit ordinairement lorsque, dans une chute, on porte les mains en avant pour garantir le tronc. Dans cette attitude, les avant-bras n'étant pas complètement étendus, les deux os sont poussés en arrière de l'axe de l'humérus, par la pression de tout le poids du corps.

Il est facile de réduire cette luxation par le procédé suivant: Le malade est assis sur une chaise; le chirurgien plaçant son genou dans le pli du coude, et saisissant le poignet du malade, porte l'avant-bras dans la flexion. En même temps, il presse sur la partie antérieure du radius et du cubitus avec son genou, de manière à les écarter de l'humérus, et à faire sortir l'apophyse coronoïde de la cavité olécrânienne; si, pendant que le genou appuie ainsi contre ces os, l'avant-bras est fléchi avec force, mais lentement, la réduction s'opère avec facilité.

On peut aussi placer le membre autour du montant d'un lit, et le fléchir avec force, tandis qu'il est ainsi retenu.

J'ai encore employé avec succès un autre procédé : le malade s'assied sur un fauteuil et passe le bras à travers l'ouverture pratiquée dans le dossier du fauteuil ; le corps et le membre étant ainsi solidement fixés, on fléchit l'avant-bras, et la réduction s'obtient facilement.

Cette luxation est quelquefois méconnue dans les premiers instans, à cause de la tuméfaction considérable qui survient aussitôt ; mais cette erreur de diagnostic n'entraîne pas l'impossibilité de la réduction, quand bien même celle-ci ne serait tentée que plusieurs semaines après l'accident. J'ai vu, en effet, après un pareil laps de temps, obtenir la réduction par la simple flexion du membre sur le genou de l'opérateur, sans avoir besoin d'employer une très-grande force.

Après la réduction, le membre doit être maintenu dans la flexion au moyen d'un bandage, arrosé de lotions évaporantes et soutenu dans une écharpe. L'avant-bras doit former avec le bras un angle un peu moins ouvert que l'angle droit. On peut mettre une attelle dans l'écharpe, afin que le membre soit mieux supporté.

*Observation 110\*, communiquée par M. Samuel White. — Luxation compliquée du coude. —* William Dowson, âgé de 13 ans, entra à l'hôpital de Guy, le 5 novembre 1822, dans la soirée, pour une luxation compliquée du coude, produite par le versement d'une voiture où il se trouvait, et qui avait porté avec violence sur le coude gauche. Les condyles de l'humérus sortaient à travers la peau, à la partie interne de l'articulation ; la trochlée humérale était complètement à nu ; le cubitus était luxé en arrière, et le radius en dehors ; les ligamens latéraux et la capsule étaient rompus ; les parties molles qui enlouraient l'articulation étaient largement déchirées ; mais l'artère brachiale et le nerf médian étaient parfaitement intacts. La réduction fut facilement opérée par le procédé suivant : l'humérus étant saisi fortement au-dessus de ses condyles et solidement fixé, on pratiqua l'extension graduelle de l'avant-bras, en lui conservant l'attitude dans laquelle il fut trouvé (il était fléchi à angle droit). Les parties reprirent leur situation normale ; mais, par un léger mouvement de l'avant-bras, le déplacement se reproduisit. La réduction fut effectuée de nouveau de la même manière ; le membre étant ensuite placé dans la demi-flexion, avec des agglutinatifs, une attelle de carton, préalablement plongée

#### LUXATIONS LATÉRALES DU COUDE.

Dans cette luxation, l'apophyse coronoïde du cubitus, au lieu d'être, comme dans la luxation

dans l'eau tiède, fut appliquée et maintenue par une bande ; le poignet fut soutenu par une écharpe, et le coude, reposant sur un coussin, fut constamment arrosé avec la lotion évaporante. La nuit fut tranquille. Le lendemain matin, point de douleur, pouls 112 ; dans la journée, soif, tension peu considérable des parties malades. Le lendemain matin, quelques symptômes fébriles accompagnés de céphalalgie, engagèrent à pratiquer une saignée de dix onces, qui parut apporter du soulagement ; le soir du même jour, agitation, soif vive. (*Eau de gruau ; 3 grains de calomel.*) Le malade dormit pendant la nuit ; mais le matin, le pouls était à 121. (*Julep avec l'acétate d'ammoniaque de trois en trois heures.*) Le soir, le pouls était tombé à 109 ; douleurs pongitives dans l'épaule ; constipation. (*Trois onces d'huile de ricin.*) Deux heures après, évacuation abondante, suivie d'améliorations ; la nuit fut bonne. Le jour suivant, absence de douleur, état satisfaisant. Le lendemain (dimanche), légères douleurs dans le bras ; suppuration médiocre de la plaie. Le lundi, amélioration, pouls 105. Le mardi, la suppuration fut plus abondante, mais elle diminua les trois jours suivans ; alors, je me hasardai à panser la plaie. Les bourgeons charnus étaient parfaitement sains ; les parties semblaient bien réduites ; il n'existait qu'une petite ouverture qui livrait passage au pus. Le second pansement fut semblable au premier, si ce n'est qu'on supprima l'attelle. La température des parties étant suffisamment abaissée, et le gonflement ayant diminué, on cessa l'usage de la lotion évaporante. La constipation fut combattue par l'huile de ricin qui procura deux selles. Le lendemain, douleur dans l'épaule, augmentation de la suppuration. Les quatre jours suivans, les choses se passèrent bien ; le pouls varia de 98 à 109. Six jours après le premier pansement, on leva l'appareil ; les bourgeons étaient un peu exubérans, mais d'un bon aspect ; la plaie fut recouverte de compresses enduites de cérat. Pendant les six jours suivans, le malade continua à aller bien ; mais le septième, il se manifesta un peu d'inflammation ; on revint à l'usage de la lotion. La suppuration était alors peu abondante. Un abcès s'était formé sur le condyle externe ; il fut ouvert avec la lancette, il en sortit environ deux onces de pus louable. Depuis ce moment, amélioration constante jusqu'au 24 décembre, où le malade put se lever et marcher dans la salle. Grâce aux soins que l'on a eu d'imprimer à l'articulation des mouvemens passifs, le malade peut maintenant faire exécuter à son avant-bras des mouvemens très-étendus.

précédente, située dans la fosse olécrânienne, repose sur la partie postérieure du condyle

externe de l'humérus. La saillie du cubitus en arrière est ici plus considérable que dans la luxation en arrière, et le radius forme une éminence en arrière et en dehors de l'humérus, ce qui détermine la présence d'une excavation au-dessus de la tête du radius. Si on imprime à la main un mouvement de rotation, on sent distinctement la tête du radius qui obéit à ce mouvement.

Si la luxation est en dedans, le cubitus est porté sur le condyle interne de l'humérus ; il fait encore saillie en arrière, comme dans la luxation en dehors, et alors la tête du radius est placée dans la fosse olécrânienne, où elle se meut quand on imprime des mouvemens de rotation à la main. Le condyle externe de l'humérus est très-saillant en dehors, dans ce cas. Je n'ai jamais eu occasion de disséquer une luxation de cette espèce.

Les luxations latérales se produisent de la même manière que la luxation en arrière, mais la chute s'est effectuée dans une direction différente. Elle peut aussi être déterminée par le passage d'une roue de voiture sur le membre, tandis qu'il repose sur un terrain inégal.

La réduction peut être effectuée de la même manière que dans la luxation en arrière, en se bornant à fléchir l'avant-bras sur le genou,

sans même prendre en considération si le déplacement s'est effectué en dedans ou en dehors, car aussitôt que le cubitus et le radius sont séparés de l'humérus par la pression du genou, les muscles, par leur contraction, leur impriment la direction convenable.

Quand la luxation est récente, la réduction s'obtient plus facilement de la manière suivante.

*Observation 111\*.* — Une dame me consulta pour une fracture de la rotule, qui s'était réunie par une substance ligamenteuse très-longue. Je lui recommandai de porter continuellement un bandage, sous peine de s'exposer à faire une chute et à se fracturer l'autre rotule, ce dont j'ai observé plusieurs exemples. Quelques heures après, la même dame entra à l'hôpital de Guy, pour une luxation du coude en arrière et en dedans. Trouvant le tendon du biceps et le brachial interne dans un état de tension considérable, je pensai que je pourrais me servir de ces muscles, comme d'une corde qui presse contre une poulie, afin de repousser l'humérus en arrière, en rendant encore leur tension plus forte ; en conséquence, ayant étendu avec force l'avant-bras sur le bras, la luxation se réduisit aussitôt.

#### LUXATION DU CUBITUS EN ARRIÈRE.

Quelquefois il arrive que le cubitus seul est porté en arrière de l'humérus. Le membre présente alors une difformité considérable, suite de la torsion en dedans de l'avant-bras et de la main. L'olécrâne fait saillie et peut être sentie derrière l'humérus. L'extension de l'avant-bras est impossible, si ce n'est par une force suffisante pour effectuer la réduction, et la flexion ne peut pas être portée au-delà de l'angle droit. Le diagnostic de cette lésion est quelquefois obscur ; ses signes caractéristiques sont la saillie du cubitus et la contorsion de l'avant-bras en dedans.

Il existe, dans la collection anatomique de l'hôpital Saint-Thomas, un exemple très-remarquable de cette luxation. Elle était ancienne, et n'avait jamais été réduite. Sur cette pièce, l'apophyse coronoïde est placée dans la fosse olécrânienne ; l'olécrâne est projetée derrière l'humérus ; le radius repose sur le condyle externe de cet os, et s'est creusé une petite cavité dans laquelle il pouvait rouler ; le ligament annulaire et le ligament oblique (faisceau fibreux qui s'étend de l'apophyse coro-

noïde du cubitus à la partie inférieure de la tubérosité du radius, et qui limite le mouvement de rotation de ce dernier os), sont rompus entièrement ; l'interosseux a été un peu déchiré ; l'extrémité inférieure du condyle interne de l'humérus semble avoir été le siège d'une fracture oblique ; mais je ne puis affirmer s'il y a eu fracture, ou seulement altération de forme due à la position anormale du cubitus. Le muscle triceps a été rejeté en arrière, et le brachial antérieur est fortement tendu sur l'extrémité inférieure de l'humérus.

Cette luxation est produite par un coup violent sur l'extrémité inférieure du cubitus, qui est porté brusquement en haut et en arrière.

Cette luxation se réduit plus facilement que celle des deux os. Le meilleur procédé consiste à fléchir l'avant-bras sur son genou en même temps qu'on l'attire en bas. Dans ce procédé, non-seulement le muscle brachial favorise les efforts du chirurgien, mais encore le radius, appuyant contre le condyle externe, pendant le mouvement de flexion de l'avant-bras, repousse l'humérus en arrière sur le cubitus.

#### LUXATION DU RADIUS EN AVANT.

Le radius peut être séparé du cubitus, de manière à ce que sa tête soit portée dans l'excavation située au-dessus du condyle externe de l'humérus, position dans laquelle elle répond à l'apophyse coronoïde du cubitus.

J'ai vu six exemples de cette luxation. Ses symptômes sont les suivans : L'avant-bras est légèrement fléchi, mais il ne peut être fléchi à angle droit avec le bras, ni étendu complètement. Dans un mouvement brusque de flexion

de l'avant-bras sur le bras, la tête du radius heurte contre la partie antérieure de l'humérus, et détermine un choc facilement appréciable pour le chirurgien. La main est dans une pronation presque complète; mais, ni la pronation ni la supination ne peuvent être opérées parfaitement. On peut, en portant le pouce à la partie antérieure et supérieure de l'articulation du coude, sentir la tête de l'os luxé. Cette éminence osseuse obéit aux mouvements de rotation imprimés à la main. Cette dernière circonstance, et le choc dont il vient d'être parlé, sont les signes les plus caractéristiques de cette luxation.

Si l'on dissèque une luxation de ce genre, on trouve que la tête du radius repose dans l'excavation située au-dessus du condyle externe de l'humérus; le cubitus est dans sa position naturelle. Le ligament annulaire du radius, le ligament oblique et la partie antérieure de la capsule sont rompus. Une portion du ligament interosseux est également déchirée, et c'est ce qui permet la séparation des deux os. Le muscle biceps est raccourci.

Cette luxation reconnaît pour cause une chute sur la main, l'avant-bras étant dans l'extension; le radius recevant tout le poids du corps, est poussé en haut et déplacé de la manière déjà indiquée.

*Observation 112.* — Je l'ai observée pour la première fois, chez une femme qui était placée dans le service de M. Cline, à l'hôpital Saint-Thomas. Les tentatives de réduction les plus variées furent impuissantes, et cette femme sortit de l'hôpital avec sa luxation.

*Observation 113.* — Le sujet de cette observation était un jeune garçon; je soutins l'extension et la variaï de plusieurs manières pendant cinq quarts d'heure sans succès.

*Observation 114.* — Le troisième cas se présenta chez un coiffeur, qui, étant ivre, se luxa le radius; il ne vint me consulter que le lendemain matin. Pendant que j'examinais le membre, le malade eut une syncope et tomba sur le plancher. Je profitai de cette circonstance favorable pour tenter la réduction, que j'effectuai, pendant qu'il était encore étendu par terre. Pour cela, j'appuyai l'olécrâne sur mon pied, pour empêcher le cubitus de fuir, pendant que je mettais l'avant-bras dans l'extension.

(1) Les luxations de l'extrémité supérieure du radius étant peu communes, nous rapprochons de celles qui se trouvent dans le texte de Sir A. Cooper, les deux cas suivants :

*Observation A.* — *Luxation de l'extrémité supérieure du radius en avant*, par le docteur Jousset. (*Gaz. méd.*, 1833, p. 216.) — Au mois d'avril 1831, mad. Lory, âgée d'environ 60 ans, descendant précipitamment une rue dont la pente est fort rapide, glisse sur le pavé et tombe violemment. Arrivé auprès d'elle deux heures après l'accident, je trouve l'avant-bras très-gonflé, légèrement excorié au coude, un peu ecchymosé en cet endroit. La main est portée en dehors, l'avant-bras faiblement fléchi sur le bras; tout mouvement est impossible, et l'essai fort douloureux. En suivant le radius, on trouve qu'il n'a plus sa direction: il est porté en avant et en dedans de l'avant-bras. Les doigts, malgré le gonflement, sentent distinctement l'extrémité supérieure faisant saillie et joignant le cubitus adossé à la face antérieure de cet os. Une dépression existait

*Observation 115.* — Dans le quatrième cas, je parvins à réduire de la manière suivante: le malade fut placé sur un sofa, sur le dossier duquel le bras fut fléchi; alors, l'humérus étant ainsi retenu par le sofa, je fis l'extension de la main, en faisant en sorte de ne point agir sur le cubitus. Le radius glissa en quelques minutes dans sa place.

*Observation 116.* — Dans le cinquième cas, la réduction n'avait pas été obtenue, et la pièce anatomique est conservée dans la collection de l'hôpital Saint-Thomas.

*Observation 117.* — Enfin le sixième cas m'a été offert par un homme tenant un rang distingué au barreau, et chez lequel la réduction n'avait pas été effectuée.

D'après des essais faits sur le cadavre, je suis convaincu que le meilleur mode d'extension est celui qui consiste à agir sur la main de manière à ce que l'extension, ne s'exerçant pas sur le cubitus, porte exclusivement sur le radius. Il convient aussi de mettre préalablement la main dans la supination, afin d'écarter la tête du radius de la partie supérieure de l'apophyse coronoïde. Il faut alors exercer l'extension sur l'avant-bras, en saisissant la main pendant que l'humérus est solidement fixé.

*Observation 118, communiquée par M. Tyrrell.* — Un matelot, âgé d'environ 30 ans, s'était présenté à l'hôpital St-Thomas pour une luxation du radius en avant, existant depuis six ou sept mois. On pouvait sentir très-distinctement la tête du radius à la partie antérieure de l'humérus, surtout quand le membre était fléchi aussi loin que pouvait le permettre la luxation, et quand la main était fortement fléchie sur l'avant-bras. L'avant-bras était dans une demi-supination, et, quand l'humérus était fixé, la main ne pouvait être placée complètement ni dans la supination, ni dans la pronation. Dans les essais pour fléchir l'avant-bras, on sentait le choc produit par la tête du radius heurtant contre l'humérus. Par suite des mouvements continus qui lui avaient été imprimés depuis l'accident, le membre avait recouvré une grande partie de sa mobilité, puisque le malade pouvait porter la main jusqu'à ses lèvres. Le malade était venu dans l'intention de faire réduire sa luxation; mais on le dissuada de se soumettre aux tentatives de réduction (1).

## LUXATION DU RADIUS EN ARRIERE.

Je n'ai jamais eu l'occasion d'observer cette luxation sur le vivant; mais j'en ai trouvé un cas sur le cadavre d'un homme qui fut apporté à la salle de dissection de l'hôpital Saint-Thomas, dans l'hiver de 1821. La tête du radius était portée en arrière et un peu en dehors du condyle externe de l'humérus. Quand on plaçait l'avant-bras dans l'extension, la tête de l'os pouvait être sentie et même vue dans le lieu indiqué. Le ligament annulaire était rompu à sa partie antérieure; le ligament oblique était également déchiré; le ligament capsulaire

était en partie déchiré, et, si la tête du radius n'eût été retenue par l'aponévrose anti-brachiale, elle eût été portée beaucoup plus loin en arrière.

La réduction sera facile à obtenir au moyen d'un mouvement de flexion imprimé à l'avant-bras. Mais, pour prévenir une récurrence, il faudra maintenir l'avant-bras fléchi à angle droit avec le bras au moyen d'attelles et de bandes, jusqu'à ce qu'on ait obtenu la consolidation du ligament annulaire, ce qui exige au moins trois ou quatre semaines.

## LUXATION LATÉRALE DU RADIUS.

*Observation 119.* — M. Freeman, chirurgien, m'a présenté un homme âgé de 25 ans, qui ayant fait, à l'âge de 12 ans, une chute de cheval dans laquelle l'animal s'abattit avec lui, s'était heurté le coude contre un arbre, au moment où l'avant-bras fléchi était porté au-devant de sa tête. L'olécrâne était fracturée et

le radius luxé en haut et en dehors, au-dessus du condyle externe de l'humérus. Chez ce malade, lorsque l'avant-bras est fléchi, la tête du radius chevauche sur l'humérus. Les mouvements du bras ont conservé beaucoup d'utilité; mais la flexion et l'extension ne sont pas complètes.

au-dessous de l'humérus et en dehors du coude. La malade, étourdie pendant sa chute, n'a pu remarquer, si, en tombant, son coude a directement porté sur le pavé, supportant tout le poids du corps, ou si elle essaya de se recevoir sur la main, le poignet porté dans une forte supination. Je m'appliquai immédiatement à la réduction. L'extension et la contre-extension étant opérées, j'appuyai fortement sur la tête du radius, la poussant en dehors et en arrière. Un mouvement de déplacement et un certain bruit me firent croire à une réduction: l'erreur ne fut pas longue; au même instant un second effort opéra un nouveau déplacement et un nouveau bruit; l'os était à sa place. La malade ne s'aperçut même pas de cette tentative; la flexion de l'avant-bras était devenue facile et peu douloureuse, le membre régulièrement conformé. Les jours suivants, le bras fut très-tuméfié, excessivement ecchy-mosé, mais modérément douloureux; la réaction fébrile fut faible. Un peu de temps, la malade vint à bien, et son bras a recouvré sa force et sa souplesse. Il s'en faut très-peu que l'extension ne soit complète, chose merveilleuse après le dégat énorme qu'a dû occasionner un semblable déplacement.

*Observation B, recueillie par M. Guillaume.* — *Luxation en avant de l'extrémité supérieure du radius.* (*Archives générales de méd.*, t. 16, p. 173.) — Un enfant âgé de 7 ans, assez délicat, étant monté sur un âne, se laissa glisser sur le côté gauche, pour éviter de se heurter à droite contre un obstacle, et tomba le bras tendu, comme pour aller au-devant du sol; c'était un terrain sablé. Cet enfant en se relevant, se plaignit de l'articulation du coude qu'il ne put fléchir. Une heure après, le bras était demi-fléchi entre la pronation et la supination; il y avait peu de gonflement, et il en survint même très-peu dans la suite. Le petit malade ne se plaignait que dans le moment où l'on imprimait quelques mouvements au membre, ou lorsqu'on palpaït l'articulation. On remarquait dans la direction du cubitus, vers son tiers supérieur, une courbure très-saillante sous la peau; au-dessous et le long de cette ligne, le long du bord cubital de la partie supérieure de l'avant-bras, était une dépression des parties molles qui faisait paraître plus saillantes l'olécrâne et la tubérosité interne de l'humérus. La partie supérieure de l'avant-bras était élargie dans son diamètre radio-cubital. La tête du radius, portée en avant dans le pli du bras, était peu facile à distinguer par le toucher, et lorsqu'on pressait sur elle, le sujet éprouvait une vive douleur. Le tendon du muscle biceps relâché était difficile à reconnaître; les parties molles, tendues sur le côté abandonné par le radius, ne permettaient pas de distinguer le vide formé par le déplacement de cet os; la petite tête de l'humérus paraissait plus saillante que dans l'état normal; les mouvements de flexion et d'extension se faisaient assez librement; les premiers étaient plus bornés et plus douloureux; ceux de rotation n'étaient pas totalement impossibles; celui de pronation était plus facile. La réduction fut d'abord inutilement tentée en pressant sur la tête du radius, tandis qu'on portait l'avant-bras dans la pronation. Le lendemain, une extension et une contre-extension assez fortes étant préalablement opérées, l'avant-bras, jusques-là légèrement en pronation, fut porté dans une supination un peu forcée, et immédiatement après, fléchi fortement; la difformité de l'articulation disparut aussitôt, la douleur cessa, le bras reprit sa forme; il fut ramené dans l'extension, maintenu quelques jours dans cette situation, puis enfin mis dans la flexion pendant une quinzaine.

Pour ce qui regarde les luxations de l'extrémité supérieure du radius en avant, on peut consulter avec fruit un mémoire publié récemment par MM. Gerdy et Beaugrand, dans les *Archives générales de médecine*, février 1835.

(Note des trad.)

## LUXATIONS DU POIGNET.

Les luxations du poignet sont de trois espèces :

1° Luxation du poignet sur les deux os de l'avant-bras.

2° Luxation sur le radius seulement.

3° Luxation sur le cubitus.

### LUXATION DU POIGNET SUR LES DEUX OS DE L'AVANT-BRAS.

Ce déplacement est rare. Il peut s'effectuer soit en avant, soit en arrière, suivant le sens dans lequel la violence s'est exercée. Si, dans une chute, on porte la main pour garantir le corps, de manière à ce que la paume de la main appuie sur le sol, l'extrémité inférieure du radius et celle du cubitus pressent en avant sur le ligament annulaire du carpe, tandis que les os du carpe sont repoussés en arrière.

Dans cette luxation, l'extrémité inférieure des os de l'avant-bras fait une saillie considérable à la partie antérieure du poignet: le carpe fait une saillie analogue en arrière; au-dessus de cette dernière saillie, on observe une dépression; la main est renversée en arrière; son axe n'est plus en rapport avec celui de l'avant-bras.

Des effets précisément inverses sont le résultat d'une chute dans laquelle le dos de la main ayant porté, celle-ci se trouve luxée en arrière.

Une chute violente sur la paume de la main peut donner lieu à un tiraillement des tendons fléchisseurs, et déterminer un gonflement considérable à la partie antérieure du poignet. Cet accident présente quelques analogies

d'aspect avec la luxation; mais il s'en distingue toujours, en ce que, au lieu de deux reliefs, il en existe un seul, qui d'ailleurs, ne succède pas immédiatement à l'accident, mais survient d'une manière progressive. Au moment même où la luxation vient d'avoir lieu, le diagnostic est facile à cause de la mobilité que conserve la main, de la difformité qui est frappante, de la facilité avec laquelle on peut toucher l'extrémité des os de l'avant-bras d'un côté et celle des os du carpe de l'autre.

La réduction de cette luxation, dans quelque sens qu'elle ait été produite, n'offre point de difficultés. Le chirurgien saisit, avec sa main droite, la main du malade, tandis que, de la main gauche, il soutient l'avant-bras: un aide place ses mains autour du bras, au-dessus du coude. Alors l'aide et le chirurgien tirent en sens opposés, et les os se replacent facilement. La réduction s'opère par le même procédé, soit que la luxation ait lieu en avant, soit qu'elle ait lieu en arrière; car, à peine les os sont-ils dégagés par les efforts d'extension, que la contraction des muscles environnans suffit pour rétablir la disposition normale.

### LUXATION DU POIGNET SUR LE RADIUS.

L'extrémité inférieure du radius peut être déplacée seule, et portée au-devant du carpe sur les os scaphoïde et trapèze. Dans ce cas, le bord externe de la main regarde en arrière, et l'interne en avant. On reconnaît, à la vue et au toucher, l'extrémité inférieure du radius qui forme un relief à la partie antérieure du poignet. L'apophyse styloïde du radius a perdu ses rapports normaux avec le trapèze.

Cet accident est ordinairement causé par une chute, la main étant renversée en arrière.

Je l'ai vu survenir par l'effet d'une chute sur la main, chute dans laquelle il y eut aussi une fracture oblique des condyles de l'humérus. La main était pendante en arrière, et ses mouvemens causaient une vive douleur. (Voyez, pour les détails de cette observation, le chapitre des fractures de l'humérus.)

Le traitement est le même que pour la luxation du poignet sur les deux os de l'avant-bras. L'avant-bras étant fixé, on fait l'extension sur la main.

### LUXATION DU POIGNET SUR LE CUBITUS.

Le cubitus étant étranger à l'articulation du poignet, étant enveloppé par un ligament capsulaire propre, et séparé du poignet par un cartilage mobile, se déplace isolément plus souvent que le radius.

Dans cette luxation, le ligament radio-cubital est déchiré, et l'extrémité inférieure du cubitus fait ordinairement saillie en arrière, sans qu'il y ait fracture du radius. La tête du cubitus forme une tumeur à la partie postérieure du poignet; on le fait rentrer facilement dans sa position naturelle; mais, aussitôt que la pression a cessé, il se déplace de nouveau; son ligament déchiré ne pouvant plus le retenir.

Les signes de cette luxation sont: 1° la saillie du cubitus qui déborde de beaucoup le niveau de l'os cunéiforme; 2° le changement de position de l'apophyse styloïde, qui n'est plus en ligne avec le cinquième os métacarpien.

La réduction s'obtient en poussant le cubitus en avant. Mais, pour le maintenir dans la situation normale, il faut placer des attelles le long de l'avant-bras, à la face dorsale et à la face palmaire, et appliquer une pièce de cuir sur l'extrémité du cubitus, afin de la retenir dans ses rapports avec le radius. On doit appliquer une bande roulée autour des attelles, afin de leur donner la fixité convenable.

## LUXATIONS DES OS DU CARPE ET DU METACARPE.

La luxation des os du carpe est très-rare; en voici un exemple :

*Observation 120<sup>e</sup>, recueillie par F. R. Elkinton.* — Mary Nichols, âgée de 60 ans, fit une chute dans laquelle le dos de la main porta contre le sol, et se fractura le radius obliquement de haut en bas et de dehors en dedans. La fracture divisait la surface articulaire inférieure du radius. Le fragment inférieur, réuni à l'os scaphoïde, fut porté en arrière sur le carpe. Le poignet était légèrement fléchi, et il y avait à la partie postérieure du carpe une saillie manifeste; les doigts pouvaient être complètement étendus, mais ils ne pouvaient être portés que dans une demi-flexion. Une crépitation distincte était perçue toutes les fois qu'on portait la main, ou l'apophyse styloïde du radius en arrière ou en avant. La fracture fut facile à réduire, au moyen d'une légère extension et d'une pression soutenue sur les parties déplacées. Il y avait une ecchymose considérable et une douleur vive; on appliqua six sangsues, on fit des lotions évaporantes, et l'on plaça deux longues attelles; puis, aussitôt que le gonflement fut un peu diminué, des bandelettes d'emplâtre fondant. Au bout de six semaines, la fracture était consolidée, mais la mobilité du poignet était encore très-imparfaite, et la malade ne pouvait se servir de sa main pour saisir les objets.

Quelquefois des kystes synoviaux (*ganglia*) peuvent être confondus avec cette luxation; mais dans ce cas, un coup violent donné avec le dos d'un livre, fait disparaître la tumeur et dissipe tous les doutes.

**RELACHEMENT DE L'ARTICULATION CARPIENNE.** — L'os à tête et les os cunéiformes sont quelquefois déplacés, par suite du relâchement de leurs ligaments; ils forment alors des sail-

lies à la partie postérieure du poignet, pendant la flexion de celui-ci. Cet état entraîne un tel affaiblissement de la main, qu'elle ne peut remplir ses fonctions qu'autant que le poignet est soutenu.

*Observation 121<sup>e</sup>.* — J'ai été consulté par une jeune dame qui présentait cette saillie du grand os, et qui, par là, était obligée de renoncer à la musique et à ses autres occupations; elle ne pouvait se servir de sa main, qu'en ayant recours à deux courtes attelles, adaptées au poignet et maintenues contre la partie antérieure et à la partie postérieure de la main et de l'avant-bras.

Une autre dame, qui était atteinte de la même maladie, portait, pour suppléer au défaut de force de son poignet, un fort bracelet de chaîne d'acier, étroitement serré autour du poignet.

Le moyen le plus généralement employé dans ces cas, consiste dans l'application de bandelettes agglutinatives et d'une bande autour du poignet. On emploie aussi les affusions d'eau froide sur la main, en les faisant tomber d'une grande hauteur, et après ces affusions, on pratique des frictions avec une serviette rude, dans le but d'activer la circulation et de donner de la force aux ligaments.

**LUXATION COMPLIQUÉE DES OS DU CARPE.** — Cet accident n'est pas rare: il est ordinairement causé par un fusil qui crève dans la main, et dont les fragmens se frayent une route à travers le carpe et entre les os métacarpiens. Dans les cas de ce genre, on peut enlever un des os du carpe, conserver la main sans qu'elle perde beaucoup de sa mobilité, et sans compromettre la vie du malade.

*Observation 122<sup>e</sup>, recueillie par M. Charles Fagg.* — Richard Mitchell, âgé de 22 ans, entra à l'hôpital de Guy, dans le service de M. Forster, le 17 octobre 1822, pour une lésion grave du poignet, causée par l'instrument qu'on appelle un diable à cardeur de laine. La plaie comprenait les deux tiers de la circonférence du poignet; elle était accompagnée d'une forte contusion; l'os scaphoïde faisait saillie en arrière, et n'était retenu contre l'articulation que par sa partie latérale; en conséquence, les articulations que cet os concourt à former, étaient béantes: les tendons extenseurs du pouce, du doigt médius et de l'indicateur étaient rompus; l'artère radiale, quoique divisée, ne donna pas une hémorrhagie considérable. On enleva l'os scaphoïde avec l'instrument tranchant; les bords de la plaie furent rapprochés par des points de suture; de la charpie imbibée de sang fut appliquée sur elle, et maintenue avec des bandelettes agglutinatives; l'avant-bras et la main furent placés sur une attelle destinée à empêcher tout mouvement du poignet; on fit une saignée de douze onces: enfin on prescrivit les lotions évaporantes. Au bout de deux ou trois jours, la douleur étant très-vive, cet appareil fut levé; on trouva une inflammation assez intense et même une escarrhe

sur un des points de la plaie; les sutures furent enlevées, et on appliqua un cataplasme. deux ou trois jours après, il se forma le long des gaines des tendons, des abcès qui furent ouverts. L'escarrhe se sépara promptement, et l'inflammation diminua à mesure que la suppuration s'établit. Au bout de deux ou trois semaines, la cicatrisation était assez avancée pour permettre l'application d'emplâtres agglutinatifs, et sous l'influence de ces moyens, elle se compléta graduellement. Le malade n'éprouva qu'une fièvre traumatique modérée; toutefois sa guérison fut retardée par une affection pulmonaire, qui fit craindre une phthisie commençante, et qui fut dissipée par les sangsues et les diaphorétiques. Lorsque la plaie marchait vers la cicatrisation, on eut recours aux mouvemens passifs, renouvelés régulièrement. Plus tard, on fit des frictions avec le liniment savonneux. Toutefois la mobilité des doigts n'était pas complète, lorsque le malade quitta l'hôpital, ce qui ne l'a pas empêché de reprendre ses travaux.

Quand un ou deux os du carpe seulement sont luxés par les éclats d'une arme à feu, on peut les enlever et suivre le traitement indiqué; mais quand le désordre est plus considérable, l'amputation devient nécessaire.

### LUXATION DES OS DU METACARPE.

Ces os sont articulés si solidement avec ceux du carpe, que je ne les ai jamais vus luxés que par les éclats d'un fusil qui avait crevé dans la main, ou par la roue d'une voiture pesante qui avait passé sur cette partie. Ordinairement, le désordre est tel que l'amputation est indispensable. Cependant, lorsque l'accident reconnaît la première des deux causes, on peut quelquefois se contenter d'enlever un ou deux de ces os; et, si on juge nécessaire d'amputer le doigt médius et l'annulaire, on peut ensuite rapprocher l'indicateur de l'auriculaire de manière à ce qu'il n'en résulte que peu de difformité.

*Observation 123<sup>e</sup>.* — Je fus appelé auprès de M. Waddle; son fusil ayant crevé dans sa main, un éclat du canon avait traversé celle-ci. Les os métacarpiens des doigts médius et annulaire étaient fracturés comminutivement; mais la peau n'était que déchirée et sans perte de substance. J'amputai les deux doigts

avec les os métacarpiens correspondans; je rapprochai les tégumens à l'aide d'une suture, en ayant soin de porter l'indicateur et le petit doigt l'un vers l'autre au moyen d'une bande. La réunion se fit exactement, et la main, quoique mutilée, resta encore extrêmement utile.

*Observation 124<sup>e</sup>.* — On apporta à l'hôpital de Guy un enfant de douze ans, chez qui le même accident avait mis en pièces le pouce et tous les doigts excepté l'indicateur; toute la main était comme broyée, et les os métacarpiens étaient séparés du carpe. Je m'aperçus que le tendon du doigt indicateur était intact, et qu'on pouvait conserver assez de peau pour recouvrir l'os métacarpien correspondant. En conséquence, j'emportai l'os trapèze (le pouce avait été complètement séparé par l'instrument vulnérant) et les os métacarpiens de tous les autres doigts. Dans la suite, ce doigt unique fut très-utile au malade qui s'en servait comme d'un crochet.