

tion du coude est remarquable : le diamètre transverse est augmenté; l'épicondyle et le condyle forment une saillie au-dessous de laquelle on sent, par le palper, une dépression à la place que doit occuper le radius. En dedans, la saillie de l'épitrôchlée est remplacée par une dépression répondant à l'échancrure sigmoïde, et limitée en arrière par l'olécrâne, en avant par l'apophyse coronoïde. La fossette olécrânienne est vide. Le radius, placé en dedans du condyle, est situé au voisinage de la trochlée, mais sa position exacte n'est pas en général très-bien déterminée.

Le blessé peut à peine exécuter quelques légers mouvements de flexion et d'extension.

Le *diagnostic* se déduit facilement des signes précédents.

Le *pronostic* n'offre rien de particulier. Il peut être aggravé par l'existence de complications, telles que : fractures articulaires, plaies, etc. Malgaigne a rapporté une observation dans laquelle la réduction ne put être obtenue.

**TRAITEMENT.** — Pour réduire cette luxation, on fait exercer la contre-extension sur le bras, puis une traction étant opérée sur le poignet, on ramène graduellement l'avant-bras dans l'extension et la supination, et l'on complète la réduction en poussant les os en sens inverse.

#### § VIII. — Luxations de l'extrémité supérieure du cubitus.

Cette luxation se trouve décrite, dans les traités de pathologie, en même temps et sous le même titre que les luxations du coude proprement dites. Nous avons exposé les motifs pour lesquels il nous a semblé utile de faire une distinction plus nette que nos prédécesseurs, et nous rappellerons seulement que nous devons étudier dans ce paragraphe le déplacement du cubitus, à la fois sur l'humérus et le radius. Ce qui distingue donc cette luxation de celle du coude, c'est la perte des rapports de l'articulation radio-cubitale supérieure.

La luxation isolée du cubitus est d'ailleurs assez rare, et elle fut, jusqu'au siècle dernier, sinon ignorée, du moins à peine soupçonnée. Il s'en faut de beaucoup même aujourd'hui que son histoire soit aussi claire qu'on pourrait le croire en lisant la description qu'en ont donnée certains auteurs.

La luxation du cubitus ne présente qu'une seule variété, c'est la *luxation en arrière*. Michon (1) a vu, il est vrai, un cas de luxation en avant et en dedans, mais dans des conditions tout à fait spéciales; le malade avait eu le coude luxé longtemps auparavant, et en outre, l'année précédente, il avait eu probablement une fracture de l'olécrâne. Dans une chute, il se fractura de nouveau l'olécrâne et se luxa le cubitus en avant et en dedans. Un autre fait, rapporté à la Société de chirurgie par Causin (2), démontre cependant la possibilité de la luxation isolée du cubitus

(1) *Bulletins de la Soc. anatom.*, 1855, p. 61.

(2) *Bulletin de la Soc. de chir.*, 1861, p. 451.

en avant, sans fracture de l'olécrâne; mais cette luxation n'était pas simple, elle était accompagnée d'une fracture des deux os de l'avant-bras.

**ÉTIOLOGIE ET MÉCANISME.** — Suivant Nélaton et Malgaigne, les violences extérieures agissent pour déterminer la luxation du cubitus en arrière, en produisant une flexion latérale combinée avec la torsion de l'avant-bras. Cette flexion latérale peut être causée par un choc direct ou par une chute sur la paume de la main; la torsion par un mouvement de pronation exagérée.

**ANATOMIE PATHOLOGIQUE.** — La luxation du cubitus en arrière est tantôt *complète*, tantôt *incomplète*.

Dans la luxation *complète*, l'apophyse coronoïde répond à la cavité olécrânienne. Le radius reste à sa place normale, ou, s'il se déplace très-légalement en arrière, on doit néanmoins considérer la lésion comme une luxation du cubitus, parce que les rapports des deux os sont changés. Les ligaments latéraux sont rompus, ainsi que l'anérieur et le postérieur.

Dans la luxation *incomplète*, le cubitus chevauche moins sur l'humérus, l'apophyse coronoïde répond au-dessous de la trochlée, l'olécrâne remonte moins haut, le ligament latéral interne est rompu, l'externe paraît intact.

Cette description est, on le voit, fort vague; elle ne repose en effet que sur des données fournies par l'examen sur le vivant, et par quelques expériences sur le cadavre. Un point surtout reste dans l'obscurité, c'est l'état de l'articulation radio-cubitale supérieure. Malgaigne est porté à croire que cette articulation reste intacte, et que la luxation du cubitus en arrière n'est autre chose qu'un degré inférieur de la luxation incomplète du coude en arrière, dans lequel le radius restant en place, exécute un mouvement de rotation autour du condyle huméral, en même temps que le cubitus tourne en dedans et en arrière. Cette opinion nous semble difficilement admissible, et même tout à fait insoutenable pour la luxation complète du cubitus, qui doit nécessairement s'accompagner de déchirure du ligament annulaire. D'ailleurs les faits rapportés par Boudaut (1), Brun (2), Diday (3) et Sédillot (4), nous paraissent de nature à infirmer l'assertion de Malgaigne.

Mais si le cubitus se déplace en même temps que le radius et remonte en arrière de l'humérus, il est évident qu'un déplacement analogue doit se produire dans l'articulation radio-cubitale inférieure, ainsi qu'on peut le voir dans la figure 63. Or les ob-

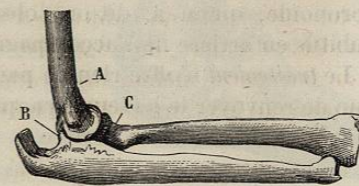


FIG. 63. — Luxation en arrière du cubitus. — A, humérus; B, cubitus; C, radius.

(1) *Revue médicale*, 1830, t. I, p. 73.

(2) *Journal de chirurgie*, 1844, p. 368.

(3) *Gaz. méd.*, 1839, p. 393.

(4) *Gaz. méd.*, 1839, p. 360.



servations restent muettes sur ce point. Il y a donc là un sujet de recherches, et nous pensons qu'on ne doit accepter qu'avec une extrême réserve la plupart des faits donnés comme exemples de luxations isolées du cubitus.

**SYMPTOMATOLOGIE.** — D'après ce qui précède, on ne s'étonnera pas si les symptômes assignés par les auteurs à la luxation isolée du cubitus ressemblent beaucoup à ceux de la luxation du coude en arrière.

L'avant-bras est dans la demi-flexion; Sédillot l'a vu cependant dans l'extension. Il est de plus en pronation; la face antérieure tend à devenir interne et la face postérieure externe. L'angle saillant en dedans, que forme la partie interne du coude, est effacé, quelquefois même remplacé par un angle rentrant. L'olécrâne proémine en arrière et s'élève au-dessus de l'épitrôchlée. En avant, la trochlée fait une saillie au-dessous de laquelle existe une dépression. En dehors, on trouve le radius à sa place normale. La pronation et la supination sont assez bien conservées. Les mouvements de flexion et d'extension sont très-dououreux et gênés.

Le *diagnostic* présente un point délicat : c'est la détermination exacte de la position occupée par la tête du radius, d'où l'on pourra seulement conclure si l'on a affaire à une luxation des deux os ou à une luxation isolée du cubitus. Cette difficulté est quelquefois rendue insurmontable par le gonflement.

Nous ajouterons que l'on devra toujours, dans les cas douteux, examiner avec le plus grand soin l'état de l'articulation du poignet, puisque la luxation isolée du cubitus doit, ainsi que nous l'avons montré, s'accompagner d'un déplacement de l'articulation radio-cubitale inférieure, lequel se manifesterait par l'ascension de l'apophyse styloïde du cubitus.

Le *pronostic* n'est pas grave. La réduction a été obtenue facilement, excepté dans un seul cas où les tentatives ont échoué, quoique la luxation ne datât que de deux jours. Enfin, si l'on excepte la fracture de l'apophyse coronoïde, qu'on a, dit-on, observée quelquefois, le déplacement du cubitus en arrière ne s'accompagne pas de complications.

Le *traitement* n'offre rien de particulier, et nous ne pouvons mieux faire que de renvoyer le lecteur à ce que nous avons dit de la réduction des luxations du coude en arrière.

### § IX. — Luxations de l'extrémité supérieure du radius.

Le cubitus restant en place, le radius peut se déplacer isolément, c'est-à-dire se luxer à la fois sur l'humérus et sur le cubitus.

L'histoire de ces luxations a subi des phases différentes : admises d'abord par Hippocrate et les chirurgiens de l'antiquité, les luxations du radius furent laissées dans l'oubli par les écrivains du moyen âge, et, quoique de nouveau signalées par Fabrice d'Acquapendente, Denys Fournier et Duverney, elles restèrent ignorées de J. L. Petit et des membres de

l'Académie de chirurgie, jusqu'au jour où Butet, ayant communiqué à la savante compagnie une observation de luxation du radius, Sabatier et Louis firent le voyage d'Etampes pour vérifier le diagnostic. Depuis lors, des faits assez nombreux vinrent mettre hors de doute l'existence des luxations isolées du radius, dont on admet généralement trois espèces : 1° la *luxation en avant*; 2° la *luxation en arrière*; 3° la *luxation en dehors*.

Pour la plupart des auteurs, les luxations en avant et en arrière peuvent être *complètes* ou *incomplètes*. Mais tandis que l'histoire des luxations complètes paraît établie sur des bases certaines, il règne au contraire des doutes assez sérieux relativement aux luxations incomplètes du radius.

C'est pour ce motif que nous avons cru devoir modifier l'ordre adopté par nous jusqu'à présent, et décrire isolément : 1° les luxations complètes du radius; 2° les luxations incomplètes ou subluxations.

#### 1° Luxations complètes du radius.

Elles comprennent, comme nous l'avons dit, trois espèces différentes : a. la *luxation en avant*; b. la *luxation en arrière*; c. la *luxation en dehors*.

a. *Luxation en avant.* — Quoique longtemps ignorée ou méconnue, cette luxation n'est pas très-rare. De même que les luxations du coude, elle est commune dans l'enfance et la jeunesse. Malgaigne en a observé un exemple chez une petite fille de dix-huit mois.

**ÉTIOLOGIE ET MÉCANISME.** — Une chute sur la main pendant l'extension de l'avant-bras, une chute sur le coude, une traction sur la main portée en supination, telles sont les causes mentionnées par les auteurs.

**ANATOMIE PATHOLOGIQUE.** — La tête radiale se place en avant et un peu en dedans du condyle. Lizé (du Mans) (1) l'a même vue comme adossée à la face antérieure du cubitus. Il y avait, il est vrai, une fracture du tiers supérieur du radius. Le ligament antérieur est déchiré; le ligament annulaire et le ligament latéral externe sont rompus, ou tout au moins l'un des deux, car, sur plusieurs pièces, le ligament annulaire est conservé (fig. 64).

**SYMPTOMATOLOGIE.** — L'avant-bras est demi-fléchi, et généralement dans une position intermédiaire entre la pronation et la supination. On l'a vu quelquefois fixé dans la pronation. La flexion ne peut être portée au delà de l'angle droit; elle est limitée par la rencontre du radius et de l'humérus. Cette rencontre est accompagnée de

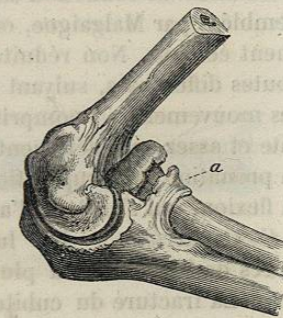


FIG. 64. — Luxation complète du radius en avant. — a, ligament annulaire conservé.

(1) *Bullet. de la Société de chirurg.* 1864, 5<sup>e</sup> série, t. V, p. 385.