

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

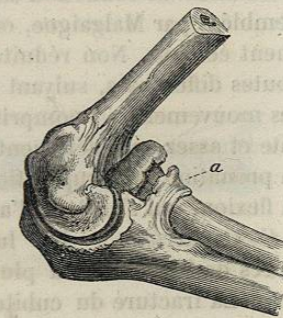


FIG. 64. — Luxation complète du radius en avant. — a, ligament annulaire conservé.

(1) *Bullet. de la Société de chirurg.* 1864, 5^e série, t. V, p. 385.

douleur, et quelquefois le malade perçoit la sensation d'un choc. Au-dessous de l'épicondyle, on trouve une dépression; dans le pli du coude, une tumeur, formée par la tête radiale, laquelle est située en avant et en dedans du condyle, entre les muscles épicondyliens et le tendon du biceps; elle est seulement recouverte par la peau et l'aponévrose, en sorte qu'on peut aisément reconnaître sa cupule.

DIAGNOSTIC. — Cette luxation est souvent méconnue, ainsi qu'il est permis d'en juger par le nombre assez considérable de pièces pathologiques qu'on possède, relativement au nombre des faits publiés.

La *contusion*, l'*entorse*, les *fractures articulaires* ou voisines de l'articulation, en raison de la douleur et du gonflement qui les accompagnent, pourraient laisser le chirurgien indécis sur l'existence d'une luxation. Mais la gêne des mouvements, la dépression sous-condylienne, et la saillie anormale formée par la tête du radius, qu'on reconnaît aisément à sa forme et aux mouvements de rotation qu'elle éprouve dans la pronation et la supination de la main, ne permettent pas de rester longtemps incertain sur le diagnostic.

Cette luxation survenant fréquemment chez les enfants, on pourrait soupçonner un décollement de l'épiphyse supérieure du radius; mais, dans ce dernier cas, on reconnaît par la palpation que la tête de cet os est encore sous le condyle.

On jugera de plus que la luxation est complète, par le degré d'ascension de la tête radiale, et par la possibilité de sentir sa cupule.

PRONOSTIC. — La luxation du radius en avant présente quelquefois des difficultés de réduction assez sérieuses. Sur vingt-cinq observations rassemblées par Malgaigne, onze fois les efforts de réduction ont complètement échoué. Non réduites, ces luxations entraînent des conséquences toutes différentes, suivant l'âge des blessés. Tandis que, chez les enfants, les mouvements, y compris même celui des flexions, se rétablissent assez vite et assez complètement, chez les individus plus âgés, au contraire, la pronation et la supination restent plus ou moins gênées, mais surtout la flexion, qui s'arrête à l'angle droit.

COMPLICATIONS. — Les luxations du radius sont assez souvent compliquées de fractures. La plus commune est celle des deux os de l'avant-bras. La fracture du cubitus seul s'observe plus fréquemment que celle du radius; elle siège ordinairement au tiers ou au quart supérieur du corps de l'os.

Les symptômes de la fracture et de la luxation se trouvent alors réunis, mais, en raison du gonflement énorme qui occupe l'avant-bras et le coude, ceux de la luxation restent masqués; aussi cette lésion est-elle souvent méconnue pendant les premiers jours. C'est à ce propos que Malgaigne a établi les deux règles suivantes :

« 1° Dans toute fracture du cubitus seul, méfiez-vous de la luxation du radius.

« 2° Dans toute fracture de l'avant-bras, où le gonflement dépasse le

« coude, souvenez-vous que la fracture simple s'accompagne rarement d'un gonflement si considérable, et explorez scrupuleusement l'articulation. »

Si la fracture concomitante du radius ou des deux os de l'avant-bras peut devenir un obstacle à la réduction, celle-ci est au contraire favorisée par la fracture du cubitus seul.

TRAITEMENT. — On pourra d'abord essayer la pression directe sur la tête du radius, après avoir ramené préalablement l'avant-bras dans la supination. Puis, si ce moyen ne réussit pas, on aura recours à l'extension pratiquée sur le poignet, ou mieux encore sur la main, afin d'agir plus directement sur le radius.

Malheureusement, il arrive quelquefois que la réduction, aisément obtenue, ne se maintient pas, ce qui dépend probablement de l'interposition de quelques débris du ligament annulaire entre le radius et le condyle. L'immobilité du membre dans la flexion forcée, la compression directe sur la tête radiale, à l'aide d'un gros tampon d'ouate, ont été, dans quelques cas, impuissants à prévenir la récurrence.

On devra faire alors tous ses efforts pour rendre au membre blessé le plus de mouvements possible, et par l'exercice sagement combiné, on parvient souvent à un résultat très-satisfaisant. Aussi, dans les cas de luxations invétérées, est-il prudent de s'abstenir de tentatives de réduction.

b. Luxation en arrière. — Nous ne possédons que fort peu de renseignements sur les causes et le mécanisme de cette luxation qui, par suite, est mal connue. Dans le petit nombre de cas où la cause déterminante est indiquée, la lésion avait été produite dans une chute sur le coude ou sur la main portée en avant.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — La tête radiale abandonne le condyle pour se placer à sa partie postérieure (fig. 65); elle abandonne aussi la petite cavité sigmoïde du cubitus, mais quelquefois d'une manière incomplète. Le ligament annulaire est déchiré; cependant il peut demeurer intact, mais la rupture du ligament latéral externe lui permet alors de s'abaisser sur le col du radius.

On a signalé, comme se rapportant à des luxations invétérées du radius en arrière, certaines lésions assez singulières, telles que l'atrophie de l'extrémité supérieure du radius coïncidant avec l'accroissement de sa longueur totale, la soudure des deux os à leur partie supérieure, l'augmentation de volume de l'extrémité supérieure du cubitus, ou au contraire la disparition de cette extrémité. Mais nous pensons, contrairement à l'opinion de Denucé, que la plupart de ces faits concernent des luxations congénitales ou des difformités originelles.

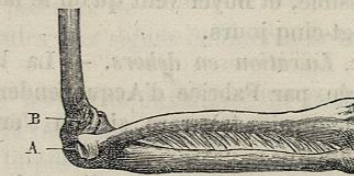


FIG. 65. — Luxation du radius en arrière. — A, extrémité supérieure du radius; B, épicondyle.

SYMPTOMATOLOGIE. — L'avant-bras, légèrement fléchi, est dans la pronation. En avant du pli du coude, on trouve une dépression sous le condyle huméral et une saillie formée par le tendon du biceps. En arrière, la tête radiale fait un relief sensible qu'augmente la pronation. Le bord externe de l'avant-bras, mesuré de l'épicondyle à l'apophyse styloïde du radius, est raccourci. La flexion et l'extension ne s'exécutent qu'incomplètement, mais la pronation et la supination sont conservées. Cependant la supination complète est souvent impossible.

Le *diagnostic* est établi par la saillie bien déterminée de la tête radiale, en arrière du condyle.

Relativement au *pronostic*, nous n'aurions qu'à répéter ce que nous avons dit à propos de la luxation en avant. Cependant la luxation en arrière paraît être d'une réduction plus facile que cette dernière; mais lorsqu'elle n'a pas été réduite, elle laisse après elle une gêne des mouvements peut-être plus considérable. Ainsi la supination est plus ou moins perdue, et l'extension incomplète.

TRAITEMENT. — La pression directe sur la tête du radius, l'avant-bras étant mis en supination, peut suffire à la réduction; mais, le plus souvent, il sera nécessaire d'avoir recours à l'extension. La contre-extension étant faite sur le bras, on ramène l'avant-bras dans la supination et dans l'extension; un aide exerce les tractions sur la main blessée, tandis que le chirurgien embrassant le coude de ses deux mains, refoule avec ses pouces la tête radiale de haut en bas et d'arrière en avant.

De même que pour la luxation en avant, on a noté une tendance à la récidive. Aussi doit-on tenir le membre dans la plus grande extension possible, et Boyer veut qu'on le laisse dans l'immobilité pendant vingt ou vingt-cinq jours.

c. Luxation en dehors. — La luxation du radius en dehors, considérée par Fabrice d'Acquapendente comme la plus commune, paraît au contraire très-rare, si l'on s'en rapporte au petit nombre des observations.

Il est fort difficile d'expliquer le mécanisme suivant lequel elle se produit, et de comprendre comment, sans fracture du cubitus, le radius peut se porter en dehors sous l'influence d'un choc sur le coude ou sur l'avant-bras. Dans la plupart des cas, en effet, la luxation s'est produite dans une chute sur le coude.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — Malgaigne admet trois variétés de déplacements: suivant que la tête du radius se porte *directement en dehors, en dehors et en avant, ou en dehors et en arrière.*

Dans la luxation *directement en dehors* (fig. 66), la tête du radius vient se placer au-dessous de l'épicondyle, en dehors du condyle, dont elle dépasse le niveau. Le déplacement pourrait être *complet* ou *incomplet* suivant Malgaigne, qui rapporte une observation de Thomassin, dans laquelle il s'agissait d'une luxation incomplète.

La tête radiale répond un peu en avant de l'épicondyle, dans les luxa-

tions *en dehors et en avant*; elle est située un peu en arrière de cette apophyse, dans les luxations *en dehors et en arrière.*

Les pièces anatomiques font presque complètement défaut pour nous renseigner sur l'état des ligaments. Cependant on a constaté la rupture du ligament annulaire et du ligament latéral externe.

SYMPTOMATOLOGIE. — Dans la luxation *directement en dehors*, le membre est demi-fléchi et en pronation. Le coude est déformé; la tête radiale forme une saillie, à la partie supérieure et externe de l'avant-bras, repoussant en dehors les muscles radiaux et supinateurs. Par la palpation, on reconnaît aisément un vide entre le radius et le cubitus. La supination et la flexion complètes sont impossibles.

Quand le déplacement a lieu *en dehors et en avant*, la tête radiale est séparée du bord externe de l'olécrâne par un intervalle plus considérable que celui qui existe du côté sain, ce qui caractérise déjà la luxation en dehors; mais en même temps la tête du radius se trouve au devant de l'épicondyle.

Enfin, dans la luxation *en dehors et en arrière*, les symptômes ne diffèrent que par la situation de la tête radiale, qu'on sent à la partie externe et un peu postérieure du condyle huméral.

Le *diagnostic* ne semble pas avoir présenté de bien sérieuses difficultés. On reconnaîtra aux signes énumérés la variété à laquelle on a affaire.

PRONOSTIC ET TRAITEMENT. — Dans les cas de luxations du radius en dehors que nous connaissons, tantôt la réduction, assez facile, n'a pu être maintenue, tantôt la réduction a été impossible à obtenir, tantôt enfin la luxation ayant été méconnue, a persisté. A ce premier point de vue, la luxation du radius en dehors offre donc une certaine gravité. D'une autre part, lorsque la réduction n'a pas été faite, les mouvements de l'avant-bras sont restés plus ou moins gênés; la flexion complète, mais surtout la supination, étaient impossibles. D'une manière générale, le pronostic de la luxation du radius en dehors est donc sérieux.

Pour réduire la luxation du radius en dehors, on fera l'extension sur l'avant-bras demi-fléchi, en le ramenant peu à peu à la supination, tandis qu'on pressera en même temps sur la tête du radius en la repoussant en dedans. Nous avons dit avec quelle facilité se reproduit quelquefois le déplacement après la réduction. Afin d'éviter une récidive, il faudra exercer une compression directe sur la tête radiale, à l'aide de compresses appliquées sur le coude et assujetties avec un bandage en huit de chiffre.

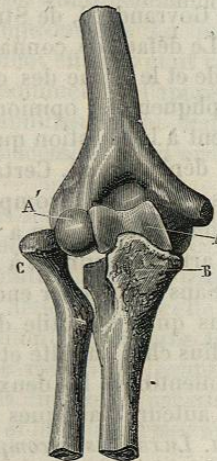


FIG. 66. — Luxation du radius en dehors. — A, trochlée; A' condyle; B, apophyse coronéide; C, tête du radius luxée en dehors. (Nélaton.)