

arrière sur la capsule ; en avant la trochlée s'échappe, à travers cette déchirure, tandis qu'en arrière le cubitus appuie son apophyse coronoïde sur la face inférieure et postérieure de la poulie humérale. Le cubitus est fixé dans cette position grâce à la tension des ligaments et de la capsule dont la déchirure s'étend en arrière. Le ligament annulaire du radius peut rester intact, tandis qu'il se déchire assez souvent sur le vivant. Le radius se déplace quelque peu en arrière dans les cas où ses moyens d'union avec le cubitus sont restés intacts (SÉDILLOT). Le nerf cubital peut se trouver distendu, tirailé. ROSER attire l'attention sur la possibilité d'une fracture concomitante du condyle externe ou de la tête du radius. D'autres chirurgiens ont observé, en outre, une fracture du condyle interne (fracture par arrachement).

L'avant-bras est dans l'extension ou très légèrement fléchi, les mouvements de flexion et d'extension sont très douloureux, tandis que la pronation et la supination sont possibles. L'angle ouvert en dehors que forme le coude dans l'extension, est effacé, et parfois même remplacé par un angle ouvert en dedans. Le côté interne du membre offre alors un certain degré de raccourcissement. Le diamètre antéro-postérieur est agrandi au niveau de la face interne de l'articulation, ce qui s'explique par la saillie de la partie interne de la trochlée dans le pli du coude et par celle de l'olécrâne en arrière.

Parfois la réduction s'opère facilement, tandis que, dans d'autres cas, on rencontre des difficultés dues à la tension de la capsule déchirée. ROSER insiste sur la nécessité de l'extension de l'avant-bras du côté radial comme moyen de réduction. L'extension combinée avec la supination peut aussi conduire au but. Si ces tentatives ne sont pas couronnées de succès, on procède de la manière suivante : l'avant-bras étant dans l'extension et la supination, on infléchit le membre du côté radial comme s'il s'agissait de produire la luxation sur le cadavre. Puis on imprime au membre un double mouvement de rotation, de dedans en dehors pour l'avant-bras et de dehors en dedans pour le bras, et l'on termine les manœuvres de réduction par la flexion de l'avant-bras.

§ 71. — La forme la plus fréquente de **luxation isolée du radius** est, de l'avis de la plupart des chirurgiens, celle dans laquelle cet os se déplace en avant. C'est à la description de A. COOPER, basée sur un certain nombre d'observations, que nous devons une connaissance plus exacte de la luxation du radius en avant.

Encore ici il importe d'établir une distinction entre la luxation simple de la tête du radius et celle qui est compliquée de fracture. Nous reviendrons plus tard sur cette dernière forme.

En ce qui concerne les formes pures de luxation, les expériences sur le cadavre ont démontré que l'on peut les déterminer en fléchissant l'avant-bras à 45° et en portant la main en pronation forcée, après avoir fait fixer solidement le bras au-dessus du coude. Dans ce mouvement exagéré de pronation, le radius prend un point d'appui sur le cubitus à son entrecroisement avec ce dernier,

et grâce à un mouvement de levier, la tête radiale vient presser contre la partie antérieure de la capsule articulaire et se luxe en avant du condyle huméral. Le déplacement se produit en haut et, en général, aussi un peu en dedans, vers le bord externe de l'apophyse coronoïde.

D'après les observations publiées, on doit admettre que la luxation peut être produite par un choc direct ou un coup sur la face postérieure du coude. Le déplacement du radius est surtout facilité lorsque, au moment de l'accident, le coude étant en légère flexion, le ligament latéral externe est relâché et l'articulation légèrement béante. Bien plus souvent, le malade accuse comme cause de luxation une chute sur la face palmaire de la main, le membre étant dans l'extension, et de fait le déplacement du radius peut bien être la conséquence du mouvement forcé de rotation du bras qui se produit, grâce à l'action persistante du poids du corps, l'avant-bras étant appuyé en pronation.

Nous avons déjà fait remarquer que, dans la luxation en avant, la tête du radius se déplace un peu en dedans et en haut, au-devant du condyle huméral, de façon à arriver en contact avec le bord latéral de l'apophyse coronoïde. La partie antérieure correspondante de la capsule est nécessairement toujours déchirée dans cette luxation. Souvent aussi, il se produit une rupture du ligament annulaire. Cependant ce dernier peut être épargné, comme le prouvent les expériences sur le cadavre et quelques pièces anatomiques (DEBRUIN). Quant aux ligaments latéraux, ils restent intacts.

La luxation du radius en avant s'accompagne assez souvent d'une fracture et avant tout de celle de la portion la plus élevée du tiers supérieur du cubitus, par violence directe ; MALGAIGNE fait déjà mention de cette complication, mais c'est surtout à ROSER que nous en devons la connaissance. Le choc direct chasse en avant le cubitus fracturé, et ce dernier entraîne avec lui le radius qui reste uni au fragment inférieur. La tête du radius se luxe en avant après avoir rompu la paroi antérieure de la capsule. Le chevauchement des fragments augmente encore le déplacement de bas en haut de la tête du radius au devant de l'humérus. De même la luxation en question a été assez souvent observée comme complication d'une fracture du condyle interne.

Un signe caractéristique de la luxation en avant, c'est la flexion à 45°, avec pronation de l'avant-bras. Ni l'extension ni la flexion ne sont possibles, d'une façon complète ; l'obstacle à la flexion est dû à la rencontre du radius avec la face antérieure de l'humérus. De même on ne réussit pas à opérer un mouvement étendu de supination. L'avant bras est dans l'abduction, et du côté radial il offre un raccourcissement d'environ deux centimètres. L'épitrochlée fait naturellement une saillie plus forte qu'à l'état normal. Les muscles de la région antéro-externe du coude sont soulevés par la tête du radius sous-jacente, qui est déplacée et que l'on sent se mouvoir sous le doigt, lorsqu'on imprime des mouve-

ments à l'avant-bras. Chez les individus maigres, la tête radiale est accessible à la palpation entre le tendon du biceps et le long supinateur. En arrière, lorsqu'il n'existe pas de gonflement, on constate l'absence de cette même partie osseuse, au-dessous du condyle huméral proéminent; par contre, on sent la saillie osseuse qui porte la petite cavité sigmoïde du cubitus (STREUBEL).

Beaucoup de chirurgiens se plaignent de ce que la réduction offre des difficultés insurmontables. et, souvent, alors même qu'il s'agit d'une luxation récente; en outre, le déplacement se reproduirait facilement une fois la réduction opérée. La nature de l'obstacle n'a pas encore été démontrée anatomiquement. ROSER croit à une interposition de la capsule déchirée au niveau du col du radius, tandis que ROBERT pense devoir admettre une interposition du ligament annulaire également déchiré. On pourrait aussi attribuer l'obstacle à la réduction à une forte tension des bords de l'étroite déchirure de la capsule (STREUBEL).

ROSER conseille de procéder à la réduction par une légère flexion dorsale suivie d'une flexion de l'avant-bras, pendant que l'on tient le pouce appliqué sur la tête du radius.

En tout cas, on devrait essayer tout d'abord la simple extension avec rotation de l'avant-bras en supination. Le conseil de ROSER de maintenir quelque temps le membre fléchi à angle aigu, afin d'éviter les récurrences, est sans doute meilleur que celui de STREUBEL de fixer l'avant-bras dans la supination et l'extension; en effet, cette dernière position nous paraît devoir être rejetée déjà par le fait qu'elle est gênante pour le malade.

MALGAIGNE, PITHA et d'autres auteurs admettent une luxation incomplète, laquelle serait surtout fréquente chez les enfants. Lorsqu'on soulève un enfant par la main, le poids du corps de ce dernier déterminerait une supination ou une pronation forcée, et par le fait une subluxation tantôt en arrière, tantôt en avant. Les symptômes en seraient peu marqués, et la réduction s'obtiendrait en général facilement par extension et supination.

§ 72. — La luxation du radius en arrière était déjà connue au milieu du siècle dernier, grâce à un travail de DUVERNEY. Au commencement de ce siècle, MARTIN a contribué à la faire connaître dans un mémoire sur ce sujet. Elle est plus rare que la luxation en avant et elle s'observerait particulièrement chez les individus jeunes. On a admis, mais certainement à titre de pure hypothèse, que cette luxation pouvait être produite par un choc direct sur la face antérieure de la tête du radius; en effet, cette dernière est si bien protégée en avant, qu'il est pour le moins extrêmement rare de la voir se déplacer sous l'influence d'une cause directe. Bien plus souvent, la luxation est due à une chute sur la main étendue.

Le déplacement du radius en arrière n'est en somme qu'un phénomène par-

tiel de la luxation de l'avant-bras dans cette même direction, et de même que l'on peut reproduire cette dernière sur le cadavre, il est possible aussi de déterminer la luxation du radius seul par voie expérimentale; il suffit pour cela de porter d'abord l'avant-bras dans l'hyperextension et la supination, et d'exagérer ce mouvement jusqu'à ce que le radius vienne se placer en arrière du condyle huméral; en effet, dans ce mouvement combiné, le déplacement du radius se produit avant celui du cubitus; une fois ce résultat obtenu on pousse fortement l'avant-bras dans la direction du bras et on l'infléchit en outre un peu en dehors. Enfin, tout en opérant un mouvement énergique de torsion dans le sens de la supination combiné avec une pression continue dans la direction de l'axe du bras, on fait passer l'avant-bras de l'hyperextension à l'extension, puis à la flexion (STREUBEL).

Dans plusieurs cas, le blessé accusait comme cause de la luxation une chute sur la main étendue, l'avant-bras étant en supination. Le poids du corps, au moment de la chute, peut avoir produit une inflexion latérale du membre, puis grâce à cette dernière et à la rotation du bras en dedans, le cubitus reprendrait sa place normale, tandis que le radius resterait luxé. Lorsque, dans les expériences sur le cadavre mentionnées plus haut, on réussit à déterminer une luxation du radius en arrière, on observe des ruptures assez étendues de la capsule. Ainsi la paroi antérieure de cette membrane est déchirée et le condyle de l'humérus sort à travers l'ouverture. Une déchirure constante est celle du ligament annulaire à son point d'insertion ou un peu en dehors de ce dernier, ainsi que celle du ligament de Weitbrecht. Enfin le ligament latéral externe est également déchiré. La tête du radius reste fixée immédiatement en arrière du condyle ou ne remonte que peu sur la face postérieure de l'humérus.

Dans la luxation du radius en arrière, l'avant bras est fléchi à 45°, et la main, qui est en pronation moyenne, ne peut être amenée en supination. De même, la flexion et l'extension ne peuvent être opérées complètement. L'avant-bras paraît être dévié dans le sens de l'abduction et il offre du côté radial un certain degré de raccourcissement (environ 15 millimètres). L'épitrochlée fait saillie en dedans. Dans le pli du coude on voit et l'on sent le condyle huméral proéminent, tandis qu'en arrière on constate une dépression. La tête du radius, absente à sa place normale, se présente en arrière du condyle externe de l'humérus, sous la forme d'une saillie osseuse arrondie et mobile dans les mouvements de rotation de l'avant-bras.

En général, la réduction de cette luxation s'opère facilement: Lorsqu'elle n'a pas été réduite, l'état fonctionnel du bras peut en subir une grave atteinte. Dans ces cas, on a cherché à obtenir tardivement une amélioration par la résection de la tête du radius (TEXTOR, EMMERT). Mais jusqu'ici, cette opération a eu comme conséquence un état de roideur de l'articulation.

Les manœuvres de réduction consistent dans l'extension de l'avant-bras et la rotation de la main dans le sens de la supination. Lorsque le radius se trouve remonté plus haut, en arrière de l'humérus et que l'on