

avec un plein succès. Depuis lors, von Lesser⁽¹⁾, von Wahl de Dorpat⁽²⁾, Decès et Doyen (de Reims)⁽³⁾, Ollier⁽⁴⁾, Trendelenburg, Volker, Nicoladoni, Hueter, Albert Dumreicher, Stimson⁽⁵⁾, Vamossy⁽⁶⁾, Ozanam⁽⁷⁾ l'ont exécutée, et dans plusieurs cas avec succès. Les procédés opératoires suivis diffèrent quelque peu. Blumhardt abordait la jointure luxée par deux incisions latérales respectant absolument les insertions du muscle triceps. Decès et Doyen font une incision en J renversé, la branche horizontale s'étend de l'épicondyle à l'épitrachée et la branche verticale passe sur le milieu de la face postérieure du triceps. Le tendon du triceps, mis à découvert, est incisé obliquement, quelques centimètres au-dessus de l'olécrane, et l'on pénètre dans l'articulation par sa partie postérieure. Après réduction, on suture au catgut le tendon du triceps divisé.

Volker pénètre de même dans l'articulation par la partie postérieure en divisant avec le ciseau l'olécrane. La réduction des os luxés est alors tentée, et si elle est obtenue, il termine par la suture de l'olécrane.

Enfin, Ollier aborde comme Blumhardt l'articulation par deux incisions latérales, et il fait la ténotomie incomplète du triceps, ménageant à dessein quelques fibres de ce muscle, de façon à ce qu'il se répare le plus rapidement possible.

Résection. — Textor en 1825, Emmert en 1847, avaient pratiqué des résections du coude pour des luxations anciennes. Mais cette opération n'a été acceptée que depuis l'antisepsie Bœckel⁽⁸⁾, Maydl⁽⁹⁾, Ollier⁽¹⁰⁾, Reverdin⁽¹¹⁾, Nicoladoni, Sprengel, Lejars, Lucas-Championnière⁽¹²⁾, y ont eu recours. La résection peu être typique, c'est-à-dire comprendre à la fois l'épiphyse humérale et l'extrémité supérieure des os de l'avant-bras, ou semi-articulaire, c'est-à-dire rester limitée à l'extrémité inférieure de l'humérus.

Choix de la méthode. — Il est fort difficile d'établir une formule générale pour le traitement des luxations anciennes du coude, parce que les résultats obtenus par les différentes méthodes que nous venons de décrire n'ont souvent été observés que pendant peu de temps.

Les résultats de la réduction laborieusement obtenue par les tractions ne sont pas brillants; les malades de Peyrot, de Quénu et le mien n'avaient que des mouvements très limités. Il en est de même des résultats donnés par l'arthrotomie, sauf quelques rares exceptions. De telle sorte que, jusqu'à plus ample informé, lorsqu'une luxation du coude remonte à six semaines ou deux mois, la meilleure intervention nous paraît être la résection du coude, résection semi-articulaire ou typique, suivant la variété de la luxation et l'étendue du déplacement.

Les dernières observations et les conclusions de la plupart des membres de la Société de chirurgie sont conformes à cette manière de voir. Lorsqu'une luxation

(1) VON LESSER, *Centralblatt für Chirurgie*, 1881, n° 16, p. 241.

(2) VON WAHL, *Saint-Petersb. med. Wochenschrift*, 1879, n° 25.

(3) DECÈS et DOYEN, *Congrès de chirurgie*, 1886.

(4) OLLIER, *Loc. cit.*

(5) Cités par STIMSON, p. 504.

(6) VAMOSSY, *Wiener klin. Wochenschrift*, 1890, n° 5.

(7) OZANAM, Thèse de Bordeaux, 1892-1895.

(8) BÖECKEL, *Congrès de chirurgie*, p. 284, 1886.

(9) MAYDL, *Idem*, p. 541.

(10) OLLIER, *Traité des résections*, t. II, p. 275.

(11) REVERDIN, in thèse de BARROS. Genève, 1886.

(12) LUCAS-CHAMPIONNIÈRE, Société de chirurgie, mars 1895.

tion du coude a plus de six semaines de date, c'est à la résection semi-articulaire qu'il faut recourir immédiatement.

Dans les pages qui précèdent, nous avons eu surtout en vue la luxation du coude en arrière. Les indications sont, à peu de chose près, les mêmes pour les autres variétés de déplacements.

Pour les luxations isolées du radius en avant ou en arrière, la résection de la tête radiale est indiquée; elle réussit bien et rend aux mouvements de flexion et d'extension leur étendue normale⁽¹⁾.

V

LUXATIONS RADIO-CARPIENNES

Les luxations radio-carpiennes, considérées comme très fréquentes avant la publication du mémoire de Pouteau sur la fracture du radius furent, à partir de ce moment, beaucoup plus rarement admises. Cependant, elles étaient encore couramment décrites sous le couvert d'observations faites par des hommes tels que Petit, Desault, Boyer, lorsque Dupuytren déclara qu'il n'avait jamais observé un tel déplacement, « et qu'il ne saurait y avoir de doute sur la fréquence des fractures du radius et sur l'impossibilité, ou du moins sur l'extrême rareté des luxations⁽²⁾ ».

Aujourd'hui il n'existe certainement pas plus d'une dizaine de dissections permettant d'établir la réalité du déplacement du carpe en arrière, et six ou sept pièces se rapportant à la luxation en avant sont, pour la plupart contestables en tant qu'exemples de luxations pures. Ces luxations sont donc extrêmement rares, ainsi que le disait Dupuytren, et l'exorde de l'excellent petit mémoire de Voillemier, publié en 1859, alors qu'il était interne des hôpitaux, paraîtra bien imprudent. « Il ne fallait rien moins, dit-il, que l'immense autorité de cet homme (Dupuytren) et l'espèce de fanatisme avec lequel on acceptait alors sa pensée, pour qu'on abandonnât ainsi en un jour les traditions des J.-L. Petit, Desault, Boyer. »

La rareté même de la luxation radio-carpienne, l'impossibilité à peu près absolue de la produire expérimentalement, est certainement la cause du petit nombre de travaux entrepris sur ce sujet, et après les traités spéciaux de Malgaigne, Stimson, Bardenheuer, nous n'indiquerons ici que les mémoires de :

VOILLEMIER, *Arch. génér. de méd.*, 1859, t. LXI, p. 401. — TILLMANN, *Arch. der Heilkunde*, 1874, t. XV. — SERVIER, *Gaz. hebdom.*, 1880.

Les luxations radio-carpiennes présentent deux variétés.

1° Les luxations du carpe en arrière;

2° Les luxations du carpe en avant.

Je me bornerai à mentionner le cas unique de Chapplain⁽³⁾, intitulé *luxation en dehors*, qui est un exemple de déplacement atypique du carpe accompagné de désordres traumatiques considérables.

(1) PORQUIER, Thèse de Paris, 1890.

(2) DUPUYTREN, *Leçons cliniques*, 1859, t. I, p. 140.

(3) CHAPPLAIN, *Bull. de la Soc. de chir.*, 1874, p. 475.

LUXATIONS EN ARRIÈRE. — *Étiologie et mécanisme.* — Les causes des luxations en arrière sont : 1° des chutes faites d'une grande hauteur sur la paume de la main ; 2° des pressions considérables exercées simultanément et en sens inverse sur la face palmaire de la main en extension et sur la face postérieure du coude fléchi. Billroth (1) et Rydygier (2) ont rapporté des exemples de luxations produites par ce dernier mécanisme : un homme poussait un wagon, la paume de la main appuyée sur un tampon, l'avant-bras demi-fléchi ; à ce moment le tampon d'un second wagon arrivant par derrière vint frapper la face postérieure du coude et soumit l'avant-bras à une pression parallèle à son axe : la luxation eut lieu. Chaplain et Kelly (3) ont publié des exemples analogues.

Guyon (4) a rapporté le fait suivant : un tailleur de pierres travaillait une pierre énorme ; voulant la changer de position, il lui imprima de la main droite un mouvement de bascule, tandis que de la main gauche il l'empêchait de glisser trop rapidement. Bientôt il sentit que, sous l'influence du poids qu'elle soutenait, la main gauche se ployait outre mesure ; il voulut la dégager, mais le coude fut arrêté par une autre pierre placée derrière lui, et la première continuant à presser de tout son poids sur la paume de la main gauche, pendant que le coude était fixé en arrière, la luxation se produisit.

Le mécanisme qui conduit à la luxation en arrière a donné lieu à bien des hypothèses, sans que nous possédions encore aujourd'hui des notions exactes sur ce point (5).

Voillemier avait proposé la théorie suivante : dans une chute le bras est porté en avant, la direction générale du membre supérieur est oblique par rapport au plan du sol qu'il rencontre. La main qui supporte directement l'effort tend à se fermer, les doigts se fléchissent légèrement et ce sont les têtes métacarpiennes qui portent par terre. Dans cette attitude, la surface articulaire radiale présente un plan incliné, oblique de haut en bas et d'arrière en avant, que remonterait en glissant le condyle carpien, obéissant à la poussée qui lui est transmise par les métacarpiens.

Malgaigne et la plupart des classiques supposent au contraire que le déplacement du carpe en arrière se fait pendant que la main est en extension forcée. Pour eux, la main heurtant par sa face palmaire est renversée en arrière sur l'avant-bras. Le bord postérieur de l'épiphyse radiale rencontre le trapézoïde et le grand os sur lesquels il prend un point d'appui, et si l'extension continue, le carpe bascule autour de ce point. Alors les ligaments antérieurs devront se rompre et permettre aux os de l'avant-bras de se jeter en avant hors de l'articulation.

Malheureusement les expériences cadavériques faites jusqu'ici par un assez bon nombre d'auteurs : Voillemier, Malgaigne, Bouchet (6), Bonnet, Boinet (7), etc., (sans parler de tous ceux qui se sont accessoirement occupés de cette question en étudiant le mécanisme de la fracture du radius), n'ont pas permis de reproduire la luxation en arrière.

(1) BILLROTH, *Arch. für klin. Chir.*, t. X, p. 601.

(2) RYDYGIER, *Deutsche Zeitschrift für Chir.*, 1881, t. XV, p. 289.

(3) KELLY, *Arch. gén. de méd.*, 5^e série, t. XIII, p. 491.

(4) GUYON, *Bull. de la Soc. de chir.*, 1868, p. 205.

(5) HUSSACK, *British med. Journal*, 1895, p. 1424. — MORTON, *British med. Journal*, 1895, p. 151. — DELORME, *Bull. de la Soc. de chir.*, 1895, p. 577. — FÉLIZET, *Idem*, 1895, p. 579.

(6) BOUCHET, Thèse de Paris, 1854.

(7) BOINET, *Bull. de la Soc. de chir.*, 1868, p. 211.

Si l'on expérimente en plaçant un membre dans la position conseillée par Voillemier, le poignet se fléchit et on produit la disjonction de la jointure médio-carpienne ou la fracture du radius avec déplacement du fragment inférieur en avant. Lorsque, au contraire, on met en œuvre l'extension forcée recommandée par Malgaigne, on produit infailliblement la fracture classique de l'extrémité inférieure du radius.

Schuller (1) pense que la luxation du carpe en arrière succède à une extension forcée associée ou à un mouvement de rotation du poignet de dedans en dehors ou à une inflexion de la main sur le bord cubital de l'avant-bras. Ce mouvement provoquerait, en même temps que la déchirure des ligaments dorsaux, la rupture du ligament latéral externe, et la luxation se produirait en arrière et en dehors par un mouvement de circumduction.

Anatomie pathologique. — La description anatomique donnée par Voillemier du déplacement du carpe en arrière est restée classique. En effet, les dissections de Lenoir (2), Marjolin (3), Padieu (4), n'ont apporté que quelques modifications accessoires à ce que Voillemier avait constaté.

Le carpe remonte sur la face postérieure des os de l'avant-bras ; ceux-ci, restés unis, passent en avant du carpe et répondent à la face antérieure des os de la première rangée. Tous les ligaments, externe, postérieur, antérieur, sont rompus ; l'apophyse styloïde du cubitus est arrachée, mais le ligament latéral interne a résisté et maintient en position le fragment de l'apophyse styloïde du cubitus rompue. Les tendons extenseurs sont détachés en masse du radius par le passage du carpe en arrière de cet os. Projetés hors de leurs gaines tendineuses, ils entraînent avec eux une partie du périoste et quelques parcelles osseuses des arêtes qui séparent les coulisses des tendons.

Du côté de la face palmaire, on constate la saillie de l'extrémité inférieure des os de l'avant-bras. L'apophyse styloïde radiale proémine sous la peau à travers une déchirure des muscles fléchisseurs. Une partie de ces muscles, le nerf médian, l'artère radiale, glissent en dehors et échappent ainsi à toute compression.

Le déplacement est toujours à peu près le même ; cependant, la main peut s'incliner un peu en dedans ou en dehors suivant que la projection du condyle carpien s'est faite directement en arrière, en arrière et en dehors ou en arrière et en dedans.

Les lésions constatées par Servier diffèrent des précédentes ; le carpe, en se déplaçant en arrière pour monter sur les os de l'avant-bras, avait laissé derrière lui le semi-lunaire solidement uni au radius par le puissant ligament radio-carpien antérieur : le semi-lunaire ainsi abandonné se dressait en saillie sur la ligne articulaire radiale, comparable, selon Servier, « à une dent unique sur une mâchoire ».

Je pense que cette observation a une tout autre portée que celles qui montrent des arrachements plus ou moins étendus des rebords articulaires ou des apophyses styloïdes ; car si l'on se reporte à la thèse de Schmit (5) sur le mécanisme de la fracture du radius, on verra que chez quelques sujets adolescents, à sque-

(1) Cité par Bardenhauer.

(2) LENOIR, *Arch. gén. de méd.*, 1859, t. L.

(3) MARJOLIN, Thèse de Paris, 1859.

(4) PADIEU, Société anatomique, 1858.

(5) SCHMIT, Thèse de Paris, 1878.

lètes très résistants, cet auteur a pu observer, à la suite du mouvement d'extension forcée, la rupture des ligaments carpiens qui unissent la face palmaire du semi-lunaire au grand os et au scaphoïde. Porté plus loin, l'effort n'amènerait-il pas exceptionnellement la déchirure des derniers liens qui relient encore dans les pièces de Schmit le semi-lunaire aux autres os du carpe, pour donner lieu au déplacement observé par Servier.

La luxation en arrière pourrait donc de cette façon succéder à l'extension forcée pure et simple.

Symptômes. — La main paraît, au premier coup d'œil, montée sur la face dorsale de l'avant-bras; il y a une superposition très nettement dessinée des deux plans constitués par l'extrémité inférieure des os de l'avant-bras et par le carpe. La main est à peine inclinée dans le sens de la flexion et son axe reste sensiblement parallèle à l'axe de l'avant-bras. Les doigts légèrement fléchis sur le métacarpe ont leurs dernières phalanges dans l'extension. Les mouvements d'abduction et d'adduction sont supprimés et le poignet se déplace en totalité, lorsqu'on porte la main en dedans ou en dehors.

Sur la face dorsale, le carpe fait une saillie au-dessus de laquelle la peau forme des plis transversaux (Guyon) ou n'en forme point lorsqu'elle est soulevée par les tendons extenseurs séparés du radius (Voillemier).

En avant, on trouve une autre saillie formée par les os de l'avant-bras; elle descend à peu près jusqu'au niveau du pli transversal de flexion du poignet dont elle n'est séparée que de quelques millimètres. Les apophyses styloïdes radiales et cubitales sont reconnaissables à la palpation, et l'on peut établir qu'elles ont conservé leurs rapports normaux (fig. 57).

Quelquefois, et surtout lorsque le blessé est examiné pendant l'anesthésie chloroformique (Guyon), on peut, en déprimant les parties molles de la région palmaire, reconnaître la surface articulaire de l'extrémité inférieure du radius (Chapplain, Laloy⁽¹⁾, Dartignolles⁽²⁾). Mais souvent aussi cette exploration ne permet pas de constater autre chose que la présence d'un rebord abrupt, recouvert par les tendons qui se réfléchissent sur lui.

Diagnostic. — Le diagnostic paraît extrêmement simple; la plupart des chirurgiens qui ont rapporté des observations de luxations radio-carpiennes insistent sur l'évidence du déplacement articulaire (Voillemier, Guyon, Laloy, Chapplain, etc.). Ce serait, du reste, avec la fracture du radius type, accompagnée du déplacement du fragment inférieur en arrière, que cette luxation pourrait seulement être confondue, et l'enseignement de Dupuytren a si bien gravé dans les esprits les caractères de cette lésion que la méprise des anciens, qui consistait à prendre cette fracture pour une luxation, n'est plus commise aujourd'hui.

(1) BENJ. ANGER, *Traité iconographique des maladies chirurgicales*, p. 208.
(2) DARTIGNOLLES, *Journal de méd. de Bordeaux*, novembre 1885.

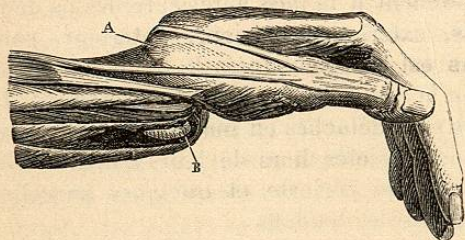


FIG. 57. — Luxation du poignet en arrière.

A, carpe. — B, extrémité inférieure du radius apparaissant entre les fibres déchirées du fléchisseur superficiel.

Le pronostic de la luxation simple n'est pas grave, et le rétablissement des fonctions du poignet suit généralement la réduction; alors même que la luxation n'est pas réduite, les mouvements se rétablissent suffisamment pour permettre l'usage du membre (Stimson).

Mais il est un certain nombre de complications qui aggravent le pronostic, je veux parler des plaies communiquant avec les cavités articulaires. Ces plaies succèdent à la déchirure des parties molles par les extrémités des os déplacés, ou bien sont produites directement au point d'application de la violence extérieure. Elles étaient autrefois suivies d'accidents septiques graves (Marjolin, Paret⁽¹⁾, Kelly). Un blessé de Goodall mourut le huitième jour du tétanos.

Traitement. — La réduction paraît avoir été très simplement obtenue dans la plupart des cas par une traction faite sur la main parallèlement à l'avant-bras. L'anesthésie facilité du reste singulièrement la manœuvre. Lorsqu'il s'agit de luxations compliquées de plaie, les plus rigoureuses précautions antiseptiques devront être prises pendant et après la réduction; les plaies seront soigneusement nettoyées et drainées et la jointure immobilisée.

LUXATIONS EN AVANT. — La luxation du carpe en avant est beaucoup plus rare que la luxation en arrière.

Cette proposition paraîtra évidente si l'on consulte les statistiques. Celles de Tillmans, Albert, Hamilton, Bardeleben, réunies par Bardenheuer, donnent 55 cas de luxations du poignet dont 25 en arrière et 11 en avant.

Quatre autopsies permettent seules d'admettre la luxation simple du carpe en avant. Celles de Malle⁽²⁾, de Goodall⁽³⁾, de Köhler⁽⁴⁾ et de Gaudier⁽⁵⁾.

Quant aux dissections de Jarjavay⁽⁶⁾, de Boinet et de Letenneur⁽⁷⁾, elles établissent qu'il existait en même temps que la luxation une fracture du bord antérieur du radius; la description donnée par Collin⁽⁸⁾ laisse supposer une fracture semblable; j'en dirai autant du dessin et de l'observation publiés récemment par Curtillet⁽⁹⁾.

Ces observations appartiennent par conséquent à la catégorie des luxations compliquées de fracture que nous étudierons seules ici parce que l'existence de la luxation simple en avant ne nous paraît pas absolument démontrée.

Causes. — Les traumatismes qui donnent lieu à la luxation en avant sont ordinairement des chutes d'une grande hauteur, le choc portant sur la main. Dans un cas observé par Scoutteten, la luxation s'était produite chez un sujet dont la main avait été saisie par un écheveau de fil enroulé sur un cylindre en mouvement. D'autres fois, un choc violent et direct sur la face postérieure du carpe a pu produire le déplacement, un coup de pied de cheval, un coup porté par l'anse d'un panier lourdement chargé (Collin, Dieu)⁽¹⁰⁾.

(1) PARET, Thèse de Paris, 1851.

(2) MALLE, *Mém. de méd. et de chir. milit.*, t. XLIV, p. 25, 1858.

(3) GOODALL, *Revue d'Hayem*, 1879, t. XIII, p. 247.

(4) KÖHLER, *Berl. klin. Woch.*, n° 48, p. 977, 1888, et *Revue d'Hayem*, 1889, t. I, p. 656.

(5) GAUDIER, *Gazette des hôpitaux*, 28 juillet 1892.

(6) JARJAVAY, *Bull. de la Soc. anat.*, 1861, p. 512.

(7) LETENNEUR, *Idem*, 1850, p. 162.

(8) COLLIN, *Idem*, 1844, p. 555.

(9) CURTILLET, *Gazette des hôpitaux*, 1890, p. 4.

(10) DIEU, *Bull. de la Soc. de chir.*, 1884, p. 296.

Anatomie pathologique. — Elle peut être établie par l'étude de deux ou trois pièces déposées au musée Dupuytren, et par l'expérimentation.

Sur deux pièces du musée, nos 757^r et 757^e, les os de l'avant-bras reposent sur la face dorsale de la première rangée des os du carpe. Un coin du bord antérieur du radius fracturé a été repoussé en haut par la première rangée des os du carpe, qui est devenue perpendiculaire à la seconde. Sur ces deux pièces desséchées on ne peut rien constater de plus (fig. 58).

C'est la luxation du carpe en avant

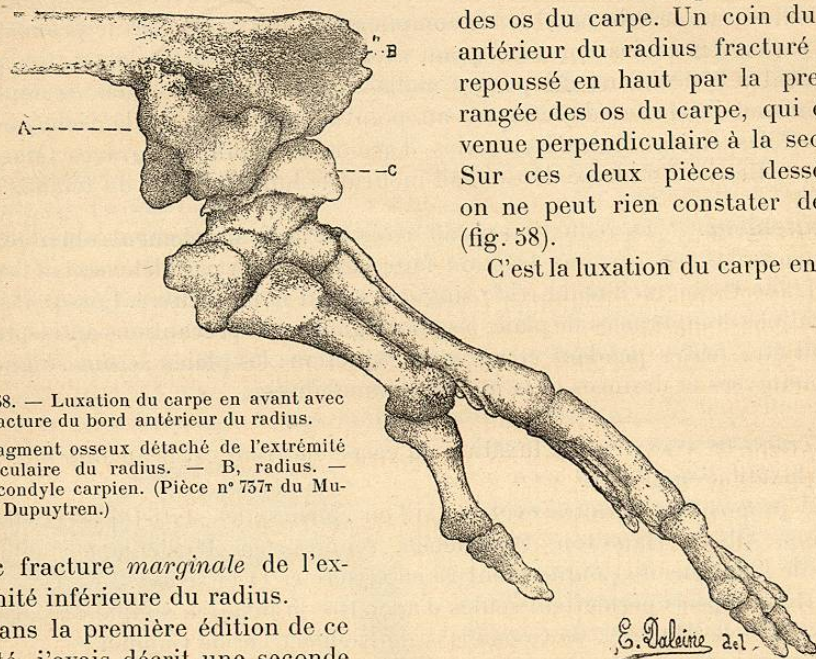


FIG. 58. — Luxation du carpe en avant avec fracture du bord antérieur du radius.

A, fragment osseux détaché de l'extrémité articulaire du radius. — B, radius. — C, condyle carpien. (Pièce n° 757^r du Musée Dupuytren.)

avec fracture *marginale* de l'extrémité inférieure du radius.

Dans la première édition de ce traité, j'avais décrit une seconde forme de luxation du carpe en avant avec fracture du radius et déplacement du fragment inférieur du radius en avant. L'observation m'a permis de reconnaître que la déformation que je

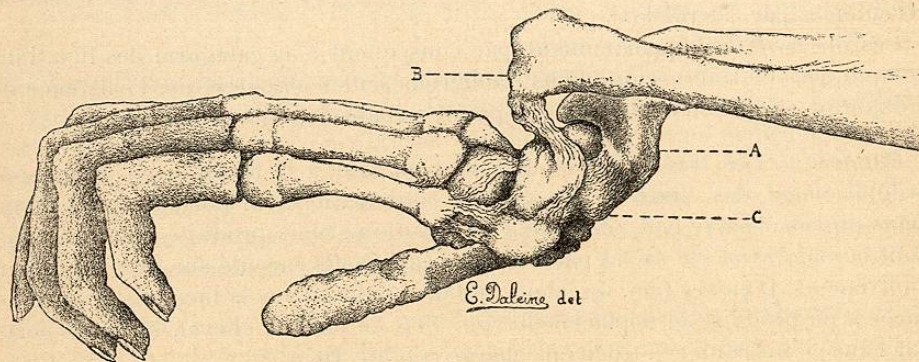


FIG. 59. — Courbure rachitique du radius simulant une luxation du carpe en avant.

A, extrémité inférieure du radius en avant. — B, extrémité inférieure du cubitus luxée incurvée. — C, semi-lunaire.

rapportais à une luxation accompagnée de fracture dépendait d'une altération osseuse, sorte de rachitisme tardif qui donne lieu à la déformation représentée ci-contre (fig. 59). Cette déformation étudiée par Duplay, Redard, Malfuson, etc., ne doit plus être confondue avec la luxation.

Symptômes. — La luxation qui s'accompagne de l'arrachement d'un coin du bord antérieur du radius donne les symptômes attribués à la luxation simple.

Le poignet est déformé; en avant on trouve une forte saillie constituée par le carpe, dont la palpation permet de reconnaître la surface articulaire convexe placée immédiatement au-devant des os de l'avant-bras; en arrière est une autre saillie formée par les extrémités inférieures du radius et du cubitus. La main est dans l'extension, les doigts fléchis. La région carpo-métacarpienne est sensiblement raccourcie, tandis que les os de l'avant-bras ont conservé leur longueur normale (fig. 60).

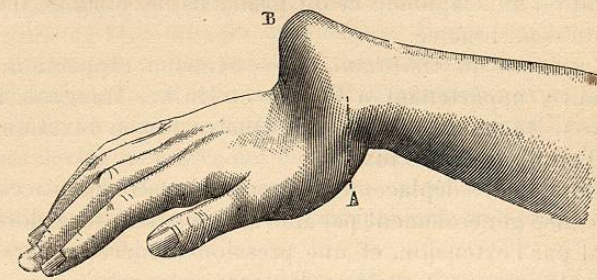


FIG. 60. — Luxation du poignet en avant. (Follin.)

Diagnostic. — Le diagnostic de la luxation du poignet en avant est très simple. La déformation n'est plus celle de la fracture du radius, et lorsque la saillie dorsale formée par les os de l'avant-bras existe, elle ne laisse aucun doute sur la nature de la lésion.

Traitement. — La réduction de la luxation en avant s'obtient par une traction faite sur la main parallèlement à l'axe de l'avant-bras, mais il n'est pas rare de voir le déplacement se reproduire, soit par le fait de l'interposition d'une bride capsulaire entre les os du carpe déplacés (Goodall), soit et surtout à cause de la fracture du bord antérieur de la cavité articulaire du radius (Malgaigne).

Dans quelques cas de luxations compliquées de plaies avec issue des extrémités osseuses à travers la peau, on a pratiqué la résection de ces extrémités.

VI

LUXATIONS DES OS DU CARPE

Luxations isolées des os du carpe. — Ces luxations sont exceptionnelles, on ne sait rien de leur mécanisme; elles réclament une force considérable pour se produire. Nous nous bornerons à mentionner ici les principales observations de ces déplacements.

Luxations du scaphoïde. — Deux cas de déplacements du scaphoïde en arrière sont rapportés par A. Cooper. Dans l'un d'eux, la luxation s'accompagnait de fracture de l'extrémité inférieure du radius projetée en arrière comme le scaphoïde. Dans l'autre, il y avait une large plaie à la région externe du poignet, et le scaphoïde rejeté en arrière n'était plus adhérent au carpe que par quelques brides ligamenteuses.

Cameron (1) a observé une luxation du scaphoïde en avant compliquée de fracture de l'extrémité inférieure du radius. Enfin Morris (2) aurait vu une luxation du scaphoïde et du grand os, et Forgue (3) une luxation du scaphoïde et du semi-lunaire.

Luxation du semi-lunaire. — Stimson rapporte 9 cas de luxation du semi-lunaire, appartenant à Flower et Hulke, Mougeot, Erichsen, Taaffe, Chisolm, Gross, Buchanan et Albertin. Quatre fois la luxation était compliquée de plaie et l'on réséqua l'os luxé.

Lorsque le déplacement du semi-lunaire ne s'accompagne point de plaie, il s'accuse généralement par une saillie sur la face dorsale du poignet, disparaissant par l'extension, et une pression modérée reparaissant dans la flexion. Le semi-lunaire peut aussi se déplacer en avant.

On connaît un cas de luxation de l'unciforme, il est rapporté par Buchanan (4); trois luxations du pisiforme : deux sont de causes musculaires (Erichsen (5), Ferguson), une de cause traumatique (Albin Gras (6)).

Luxation du grand os. — Admise par Boyer, Nélaton, Erichsen, elle n'est point décrite par Malgaigne et niée par Polaillon.

Les cas toujours cités qui font admettre la luxation du grand os sont ceux de Richerand, Cooper, Seeger (7), Chopart et Boyer.

Cette luxation résulterait toujours d'un mouvement de flexion forcée du poignet. Le grand os est intimement uni au troisième métacarpien, et la flexion forcée de cet os entraîne la déchirure des ligaments dorsaux du grand os, qui se subluxe en arrière. On reconnaît alors, dans la région moyenne et postérieure du carpe, une tumeur dure, circonscrite, que la flexion fait saillir de plus en plus. On opère la réduction par pression directe.

La luxation du trapézoïde a été observée par Gay (8). Celle du trapèze par Uhde (9), Mosengeil (10) et Alquié (11).

LUXATIONS MÉDIO-CARPIENNES

On en possède quatre exemples authentiques :

MAISONNEUVE, *Mém. de la Soc. de chir.*, t. II, 1851. — DESPRÈS, *Bull. de la Soc. de chir.*, 1875, p. 412. — RICHMOND, *Lancet*, 1879, t. I, p. 844. — CLAUDOT, *Arch. de méd. milit.*, t. V, p. 156, 1885.

Le fait observé par Maisonneuve a trait à une luxation en arrière, les trois autres sont des exemples de déplacement en avant.

Ces luxations succèdent à des violences considérables exercées sur le poignet. Le malade de Maisonneuve était tombé d'une hauteur de 40 pieds. Celui de

(1) CAMERON, *Lancet*, 1884, t. I, p. 885.

(2) MORRIS, *New-York med. Rec.*, 1885, t. XXIII, p. 576.

(3) FORGUE, *Gazette hebdom. de Montpellier*, n° 1, 1887.

(4) BUCHANAN, *Philad. med. and surg. Reporter*, 1881-1882, t. XLVI, p. 418.

(5) ERICHSEN, *Sc. and art. of surgery*, p. 512.

(6) ALBIN GRAS, *Gazette médicale*, 1855, p. 542.

(7) SEEGER, *Mittheilungen des würt. ärztl. Vereins*, t. I.

(8) GAY, *Boston med. and Surg. Journal*, 1869, vol. LXXXI, p. 188.

(9) UHDE, *Deutsche Klinik*, 1850, t. II, p. 559.

(10) MOSENGEIL, *Archiv für Klinische Chirurgie*, 1871, vol. XII, p. 725.

(11) ALQUIÉ, *Clin. chir. Montpellier*, 1852, p. 52.

Desprès avait été projeté d'une escarpolette, et le blessé de Claudot était tombé de cheval.

Les symptômes observés par Maisonneuve étaient les suivants : le poignet paraissait luxé en arrière. Sur sa face dorsale, à quelques lignes au-dessous des apophyses styloïdes, existait une saillie osseuse, transversale, de plus de 1 centimètre de hauteur. En avant était une saillie plus marquée, avec une dépression placée au-devant et au-dessous d'elle, correspondant au pli transversal du poignet. Les doigts fléchis ne pouvaient être facilement étendus.

A l'autopsie, on trouva les os de la deuxième rangée du carpe complètement séparés de ceux de la première, sur lesquels ils chevauchaient en arrière de plus de 1 centimètre.

La luxation en avant est caractérisée par une déformation du poignet analogue à celle de la luxation des quatre derniers métacarpiens. Chez le malade de Desprès « on remarquait à un travers de doigt de la saillie répondant à la mortaise radio-cubitale une dépression profonde. Du côté de la face palmaire, on constatait une saillie du tendon du grand palmaire et une saillie des éminences thénar et hypothénar... » La déformation du poignet dans son ensemble, était une déformation en dos de fourchette, en sens opposé de la déformation en dos de fourchette de la fracture du radius.

Le diagnostic de cette luxation est facile à établir avec la fracture du radius. Il n'en est point de même lorsqu'il s'agit de la différencier de la luxation des quatre derniers métacarpiens. C'est pourquoi Perrin (1) conseille de reconnaître l'interligne du trapèze avec le premier métacarpien, et de tirer une ligne transversale sur le carpe partant de ce point. Cette ligne correspond à peu près aux articulations carpo-métacarpiennes, tandis que l'interligne médio-carpien est situé 10 à 12 millimètres au-dessus. On jugera ainsi facilement si la saillie osseuse est située au niveau ou au-dessus des articulations carpo-métacarpiennes.

La réduction est en général facile à obtenir par la flexion forcée du poignet.

VII

LUXATIONS CARPO-MÉTACARPIENNES

La moins rare de ces luxations est celle du premier métacarpien, elle mérite d'être étudiée isolément.

La première mention de cette lésion remonte à Boyer, puis elle attira l'attention de Bérard, de Malgaigne, et quelques rares observations s'ajoutant les unes aux autres, les auteurs des articles de Dictionnaire (Polaillon, Ledentu) purent en donner une description. En 1885, Girard en faisait le sujet de sa thèse inaugurale. Il avait réuni 26 faits auxquels Carette (2) ajoutait dans sa thèse un nouveau cas de Guérmonprez et Trouillet (3) un autre.

On ne décrit qu'une seule variété de la luxation carpo-métacarpienne du

(1) PERRIN, *Bull. de la Soc. de chir.*, 1875, p. 414.

(2) CARETTE, Thèse de Paris, 1894.

(3) TROUILLET, *Dauphiné médical*, 1894, p. 155.