

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 subluxent 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.

pouce : la luxation postérieure. L'antérieure, admise par A. Cooper, n'a jamais été rencontrée.

Les causes sont directes et indirectes. Parmi les causes directes on cite : un coup frappé avec l'éminence thénar sur le manche d'un ciseau, sur le manche d'un marteau de forgeron, sur un chandelier, etc. Dans tous ces cas la violence s'exerce directement sur l'éminence thénar et la face antérieure du premier métacarpien.

Les causes indirectes provoquent la luxation de deux manières : en produisant une flexion avec adduction forcée ou bien l'extension avec abduction.

Dans le premier cas, les surfaces articulaires s'écartent en arrière et la tête métacarpienne, se déseboitant de la surface cartilagineuse du trapèze, saute d'avant en arrière sur la face dorsale de cet os. Dans le second, les ligaments antérieurs de l'articulation trapézo-métacarpienne se rompent, puis l'effort, continuant, porte de plus en plus le métacarpien en arrière et le renverse sur le dos du trapèze.

Deux dissections de luxations anciennes, faites par Foucher (1) et Gerin Roze (2), ne montrent autre chose que la présence de l'extrémité supérieure du premier métatarsien sur la face dorsale du trapèze.

**Symptômes.** — La douleur qui suit le traumatisme n'est pas toujours très vive, et quelques blessés ont même pu continuer leur travail. L'extrémité supérieure du métacarpien fait en arrière une saillie dure, variable suivant le degré de la luxation.

Dans la luxation incomplète, la plus fréquente, les surfaces articulaires ont perdu leurs rapports normaux mais sont en contact.

Dans la luxation complète, la base du premier métacarpien chevauche sur le carpe.

Dans la luxation incomplète, la légère déformation dorsale existante disparaît par un mouvement de forte abduction.

Dans la luxation complète, le trapèze fait à la face palmaire une saillie au-devant de laquelle est une notable dépression, c'est dans ces cas que le raccourcissement est considérable et peut aller jusqu'à 1 centimètre 1/2 ; à la face dorsale, le métacarpien fait saillie dans la tabatière anatomique entre les tendons du long extenseur et du long abducteur. Le premier métacarpien est tantôt dans une flexion légère, tantôt dans l'extension.

Le diagnostic est ordinairement facile ; cependant Girard fait remarquer que cette luxation pourrait être confondue avec la fracture du col métacarpien accompagnée de déplacement du fragment inférieur en arrière.

**Traitement.** — La réduction, en général facile, s'obtient en pressant directement sur la saillie formée par le métacarpien déplacé en même temps que l'on exerce une légère traction sur le doigt. Cependant, dans un cas rapporté par Bourguet, les tentatives de réduction échouèrent complètement. La contention du déplacement une fois corrigé doit être maintenue pendant plusieurs jours, à l'aide d'un petit appareil compressif qui appuie sur le dos du métacarpien et qui porte le pouce dans l'abduction. L'appareil devra être surveillé de près, car le maintien de la réduction est assez difficile (Annequin).

(1) FOUCHER, *Bull. de la Soc. anat.*, 1856, p. 6.

(2) GERIN ROZE, *Bull. de la Soc. anat.*, 1858, p. 266.

*Luxations des quatre derniers métacarpiens.* — Ces luxations sont rares, elles se font en avant ou en arrière. Longtemps méconnues elles furent observées pour la première fois et décrites par Blandin et J. Roux, puis parurent le travail de Bourguet, le traité de Malgaigne, les descriptions de Foucher et de Vigouroux à la Société anatomique. Ces luxations sont rares, il en existe une douzaine de cas environ dans la littérature médicale ; tantôt la luxation n'atteint qu'un seul métacarpien (Blandin (1), Roux (2), Bourguet (3), Humbert (4), Maurice (5)), tantôt plusieurs (Foucher (6), Orillard (7)), tantôt les quatre derniers métacarpiens sont luxés à la fois en avant ou en arrière (Vigouroux (8), Erichsen (9), Tillaux (10)), tantôt enfin le premier métacarpien accompagne ses congénères et la luxation du métacarpe sur le carpe est totale (Rivington (11), Poulet (12)). Qu'elles se produisent au niveau du second, du troisième, du quatrième ou du cinquième, elles s'accusent suivant la direction du déplacement par une forte saillie de l'extrémité supérieure du métacarpien en avant ou en arrière. Le doigt est ordinairement rectiligne, quelquefois raccourci.

Les complications de plaies des téguments, de fractures des métacarpiens sont fréquentes. La réduction s'obtient facilement par une traction légère et une pression exercée sur la saillie métacarpienne. Le diagnostic est assez facile, mais dans les cas douteux on pourra avoir recours à la ligne de Perrin, ligne transversale passant par l'articulation trapézo-métacarpienne et coupant à peu près l'interligne carpo-métacarpien à 12 millimètres au-dessous de l'interligne carpo-carpien ; on différencie de cette façon les luxations médio-carpiennes d'une luxation carpo-métacarpienne (cas présenté à la Société de chirurgie en 1875).

## VIII

## LUXATIONS MÉTACARPO-PHALANGIENNES

## 1° LUXATIONS MÉTACARPO-PHALANGIENNES DU POUCE

Elles avaient été souvent étudiées, avant le mémoire de Farabeuf (13), par Hey, Dupuytren, Ballingall, Lawrie, Pailloux, Michel, etc. L'irréductibilité fréquente de la luxation en arrière étonnait et avait donné lieu à une foule d'interprétations.

En 1876, Farabeuf a pénétré et décrit les détails les plus intimes de cette luxation, de telle sorte qu'aujourd'hui la luxation du pouce en arrière est, de

(1) BLANDIN (J.), *Des connaissances médico-chirurgicales*, 1844, p. 177.

(2) ROUX, *Union médicale*, 1848, p. 224.

(3) BOURGUET, *Revue médico-chirurgicale de Paris*, 1853, p. 94.

(4) HUMBERT, *Union médicale*, 1868, p. 527.

(5) MAURICE, *Gazette médicale de Paris*, 1868.

(6) FOUCHER, *Bull. de la Soc. anat.*, 1856, p. 15.

(7) ORILLARD, *Gazette des hôpitaux*, 1893, p. 1085.

(8) VIGOUROUX, *Bull. de la Soc. anat.*, 1856, p. 15.

(9) ERICHSEN, *The sc. and art. of surg.* London, 1872.

(10) TILLAUX, *Bull. de la Soc. de chir.*, 1875, p. 415.

(11) RIVINGTON, *The Lancet*, 1875, t. I.

(12) POULET, *Bull. de la Soc. de chir.*, 1884, p. 902.

(13) FARABEUF, *Bull. de la Soc. de chir.*, 1876, p. 21.