

millimètres au plus en dedans de leur position normale. La marge de la cupule franchit le bord externe de la trochlée, et c'est là ce qui rend la luxation permanente. Mais si l'on cherche une preuve à l'appui de cette théorie de la *subluxation latérale interne*, on n'en trouve aucune.

De l'exposé qui précède, nous nous croyons en droit de conclure que la lésion qui, jusqu'à présent, semble le mieux en rapport avec les accidents qui succèdent aux tractions ou torsions de l'avant-bras chez les jeunes enfants, doit être considérée comme une subluxation de la tête du radius en avant. Quant à la subluxation en arrière, elle est possible, mais nous paraît moins bien démontrée.

On comprend maintenant combien le diagnostic d'une lésion si mal déterminée doit être lui-même entouré d'obscurité. Il sera surtout fondé sur l'existence d'une déformation légère, et, en l'absence de celle-ci, sur la position fixe du membre (pronation ou supination), sur le siège de la douleur et sur la disparition brusque et complète de ces symptômes, à la suite de certains mouvements communiqués. Malgaigne, quoique confondant dans une même description la luxation incomplète des adultes et des enfants, prétend en outre être parvenu, dans quelques cas, à sentir nettement en arrière la saillie du condyle huméral partiellement abandonné par la cupule radiale. Mais ce signe, qui serait réellement pathognomonique, fait souvent défaut.

L'entorse, qu'on pourrait aisément confondre avec la subluxation du radius, se reconnaît à la persistance des accidents après les manœuvres que nous indiquerons.

Le craquement entendu au moment de l'accident, et qui se reproduit souvent dans les mouvements d'exploration, a pu tromper certains observateurs et leur faire croire à une fracture du col du radius. Malgaigne commit deux fois une semblable erreur. La disparition de la douleur et le retour complet des mouvements après la réduction lui montrèrent qu'il s'était trompé.

Enfin, la *torpeur douloureuse* ou *paralysie douloureuse des jeunes enfants*, décrite par Chassaignac (1), présente certains points de ressemblance avec la subluxation du radius, mais elle ne s'accompagne pas de déformation, ni de position fixe de l'avant-bras, et les accidents disparaissent graduellement et spontanément au bout d'un septénaire au plus.

La subluxation du radius se réduit quelquefois spontanément dans un mouvement involontaire. Quand elle est récente, sa réduction est d'ailleurs toujours facile; mais le déplacement est sujet à se reproduire.

Si la luxation passe inaperçue, ce qui doit arriver fréquemment, le défaut de réduction n'entraîne pas de conséquences graves, et les mouvements se rétablissent. Cependant Duverney et Bottentuit ont vu survenir l'inflammation de l'article, la carie et l'ankylose. Ces complications s'observent surtout chez les sujets scrofuleux.

(1) Archives générales de médecine, 1856, p. 653.

Pour réduire la subluxation du radius en avant, on porte l'avant-bras en supination, puis on le fléchit brusquement; la réduction s'annonce par un bruit clair. Aussitôt la douleur cesse et le membre reprend sa mobilité naturelle. Dans un grand nombre de cas, on peut se dispenser de tout autre traitement; cependant il est sage de placer l'avant-bras dans une écharpe, en demi-pronation et en demi-flexion. Le membre devra rester immobile pendant douze ou quinze jours.

§ X. — Luxation simultanée du cubitus en arrière et du radius en avant.

L'histoire de cette luxation repose seulement sur un très-petit nombre d'observations. Aux trois faits de Micheaux, de Bulley et de Meyer, cités dans tous les auteurs classiques, nous en ajouterons un quatrième rapporté par Pitha (1), sous le titre de *luxation divergente des deux os de l'avant-bras*. Dans un cas, l'accident survint dans une chute sur le coude fléchi et écarté du tronc; dans un autre cas, dans une chute sur la main. Enfin, le malade de Pitha, tombant de la hauteur de deux étages, la tête la première, avait eu l'avant-bras pris entre deux planches. Nous pensons, avec Nélaton, que le mécanisme de cette luxation ne peut s'expliquer que par une torsion de l'avant-bras en dedans, et le fait de Pitha est de nature à confirmer cette opinion.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — Les désordres doivent toujours être considérables. A l'autopsie de son malade, Pitha a trouvé les deux os de l'avant-bras complètement séparés l'un de l'autre; une déchirure totale de la capsule, des deux ligaments latéraux et du ligament interosseux, une fracture de l'apophyse coronoïde, des déchirures du biceps et du brachial antérieur. L'extrémité humérale était placée comme un coin entre les deux os, le radius répendant à la cavité coronoïdienne, le cubitus à la cavité olécrânienne.

SYMPTOMATOLOGIE. — L'avant-bras est demi-fléchi; le diamètre antéro-postérieur du coude est augmenté; le diamètre transverse, au contraire, paraît diminué. L'olécrane, remonté en arrière de l'humérus, au-dessus de la ligne qui unit l'épicondyle à l'épitrochlée, se trouve à égale distance de ces deux apophyses, qui font de chaque côté une notable saillie. Dans l'un des cas, le radius était placé au devant du condyle huméral; dans ceux de Bulley et de Pitha, il était situé au-

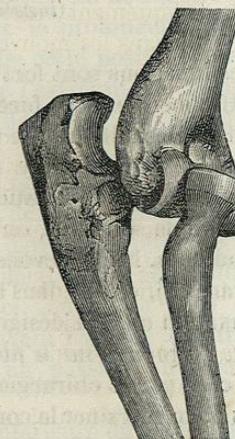


FIG. 67. — Luxation simultanée du radius en avant et du cubitus en arrière.

(1) Handbuch der allgem. und spec. Chirurgie, Bd. IV, 1^o Abth., 2^e Hft., p. 78.

dessus du point occupé normalement par l'apophyse coronoïde, en sorte que le cubitus et le radius se croisaient entre eux. Les mouvements étaient très-limités dans les observations de Micheaux, de Bulley et de Meyer; ils étaient au contraire très-étendus dans le fait de Pitha.

DIAGNOSTIC. — Il paraît assez difficile à établir à cause du gonflement considérable qui accompagne cette lésion. Ainsi, dans une observation, la luxation du cubitus fut reconnue d'abord, et ce ne fut qu'après la réduction qu'on s'aperçut du déplacement du radius. Dans un autre cas, le diagnostic ne put être établi qu'au quatorzième jour.

PRONOSTIC. — Deux fois la réduction fut facile et les mouvements se rétablirent complètement; mais dans un cas où la lésion ne fut reconnue que tardivement, les tentatives de réduction demeurèrent infructueuses. Les mouvements restèrent assez notablement gênés; la pronation et la supination étaient impossibles.

TRAITEMENT. — On réduira isolément le cubitus et le radius d'après les procédés déjà décrits. On pourrait aussi essayer le procédé inspiré à Nélaton, d'après le mécanisme supposé de la luxation, et qui consiste, après une extension légère sur l'avant-bras, à imprimer à celui-ci un mouvement de torsion en dehors. Nélaton conseille, en conséquence, de saisir le coude par son côté interne, le pouce appuyant sur la tête du radius et les doigts recourbés en crochet sur le côté externe de l'olécrâne.

§ XI. — Luxations de l'extrémité inférieure du cubitus
(luxations radio-cubitales inférieures).

Ces luxations sont fort rares, aussi ont-elles été peu étudiées. Signalées par Hippocrate, elles furent presque complètement oubliées jusqu'au moment où Desault vint lire un mémoire sur ce sujet à la séance publique de l'Académie de chirurgie (1777). Malgaigne n'a pu réunir qu'un très-petit nombre de cas de luxations radio-cubitales inférieures, et depuis la publication de son livre, on ne trouve aucun fait nouveau dans les recueils périodiques. Nous devons cependant mentionner un travail déjà cité de Goyrand (1), d'Aix, dans lequel ce chirurgien a décrit une nouvelle espèce de luxation qu'il a désignée sous le nom de *luxation de l'extrémité inférieure du cubitus sur le fibro-cartilage interarticulaire du poignet*. Mais les faits cités par ce chirurgien à l'appui de son opinion sont loin d'être suffisants pour entraîner la conviction, et dans une discussion soulevée au sein de la Société de chirurgie (2) à l'occasion de la communication de ce travail, la réalité de la luxation décrite par Goyrand a été vivement contestée.

Laissant donc de côté cette variété de déplacement encore hypothétique, nous admettrons, avec la plupart des auteurs classiques, que les luxations radio-cubitales inférieures peuvent se produire en deux sens

(1) *Gaz. méd.*, 1859.

(2) *Bulletin de la Société de chirurgie*, 2^e série, 1861, t. II, p. 596.

opposés, *en arrière* et *en avant*, et nous décrirons parallèlement ces deux variétés.

ÉTIOLOGIE ET MÉCANISME. — La *luxation en arrière* est ordinairement le résultat d'une pronation forcée de la main. Dans ce mouvement, en effet, le radius tournant autour du cubitus immobile, celui-ci tend à faire saillie en arrière, et si la pronation est exagérée, le radius passe en avant du cubitus, en sorte qu'on pourrait, avec Desault, considérer le déplacement comme une luxation de l'extrémité inférieure du radius.

Indépendamment des cas où la pronation forcée a été la cause manifeste du déplacement, il en est d'autres dans lesquels la luxation ayant succédé à des chutes, le mécanisme reste tout à fait obscur.

La *luxation en avant* est beaucoup plus rare que la précédente, ce qui tient à la plus grande solidité des ligaments antérieurs et à l'épaisseur des parties molles plus considérable à la partie antérieure qu'à la partie postérieure de l'articulation. La cause ordinaire de la luxation du cubitus en avant est la supination forcée. Dans quelques cas, un choc direct a repoussé le radius en arrière du cubitus.

SYMPTOMATOLOGIE. — *Luxation en arrière*. — L'avant-bras est dans une position intermédiaire entre la pronation et la supination, cependant on l'a vu dans la pronation forcée; la main est quelquefois dans l'adduction.

Le poignet est déformé; son diamètre transversal est diminué. En avant, on trouve une dépression au-dessus du pyramidal; en arrière, la tête du cubitus fait une saillie anormale qui répond au milieu de la face postérieure du poignet. L'apophyse styloïde du cubitus, au lieu d'être en ligne directe avec le doigt annulaire, se trouve sur le prolongement du médium, précisément au-dessus du semi-lunaire. De cette position il résulte que la tête du cubitus croise la face dorsale de l'extrémité inférieure du radius. On peut provoquer des mouvements de flexion et d'extension, mais la supination est impossible.

Luxation en avant. — L'avant-bras est dans une position intermédiaire à la pronation et à la supination; quelquefois il est dans la supination. Le diamètre transverse du poignet est rétréci comme dans la variété précédente. En arrière, on observe une dépression à la place de la légère saillie que forme normalement la tête du cubitus. Celle-ci soulève la peau de la partie antérieure et moyenne du poignet. En suivant l'axe du cubitus, on constate qu'il se dirige en avant et en dehors, en passant au devant de l'extrémité inférieure du radius.

COMPLICATIONS. — Les luxations de l'extrémité inférieure du cubitus accompagnent souvent les fractures du radius, et surtout celles de l'extrémité inférieure de cet os. Dans ce dernier cas, le déplacement du cubitus est tantôt incomplet, tantôt complet, et se fait d'ordinaire *en avant* ou *en dedans*.

La luxation en avant est souvent complète; elle se produit lorsque le fragment inférieur du radius, repoussé fortement en arrière et en dehors, entraîne le carpe avec lui. La petite tête du cubitus fait alors une saillie plus ou moins considérable en avant de la petite cavité sigmoïde du radius.

La luxation en dedans est plus commune et, suivant Malgaigne, elle serait le plus souvent complète. Elle se produit quand le fragment inférieur du radius chevauche sur le supérieur et remonte le long du cubitus, dont il abandonne la surface articulaire.

L'issue de la tête du cubitus à travers les téguments est une complication plus rare; Malgaigne, cependant, en a réuni douze cas. A l'exception d'un seul, tous s'accompagnaient d'une fracture du radius. Le cubitus sort en arrière, en avant ou au côté interne du poignet. Malgaigne croit que la luxation en dedans serait, dans ce cas, la plus fréquente.

DIAGNOSTIC. — Les lésions avec lesquelles on pourrait confondre la luxation de l'extrémité inférieure du cubitus sont : l'entorse, la luxation du poignet, la fracture de l'extrémité inférieure du radius.

L'entorse se reconnaîtra à l'absence de saillies et de dépressions anormales, à la conservation des mouvements. Cependant le gonflement des parties molles obligera quelquefois le chirurgien à attendre pour se prononcer.

La luxation du poignet, lésion d'ailleurs très-rare, présente, ainsi que nous le verrons, des symptômes tellement tranchés, que toute confusion nous paraît impossible.

Quant à la fracture de l'extrémité inférieure du radius, elle est très-facile à reconnaître lorsqu'elle existe seule. Mais si elle coïncide avec une luxation du cubitus, l'attention se portant exclusivement sur la fracture, il est possible de méconnaître le déplacement de la tête du cubitus. On devra donc, dans ces cas, examiner avec le plus grand soin les rapports des deux os entre eux.

Enfin, on sait que chez les jeunes enfants, on a confondu avec la luxation de l'extrémité inférieure du cubitus des lésions qui semblent plutôt siéger à l'articulation du coude, et que nous avons décrites sous le nom de subluxations de l'extrémité supérieure du radius. Le siège de la douleur, la déformation du coude, permettront d'établir le diagnostic. Cependant il se peut que certaines subluxations du radius s'accompagnent d'une entorse de l'articulation radio-cubitale inférieure. On constatera, dans ce cas, de la douleur, du gonflement au poignet, mais sans qu'il existe de saillie ni de dépression anormales.

PRONOSTIC. — La réduction est toujours facile; on a pu l'obtenir sans de grandes difficultés après vingt et même soixante jours. Il est vrai que les récidives se reproduisent quelquefois. Non réduites, ces luxations n'entraînent pas toujours la perte complète des fonctions du membre, même quand elles sont accompagnées d'une fracture du radius.

Mais lorsque l'os luxé fait saillie à travers les parties molles, le pronostic devient extrêmement grave. Sur les douze cas réunis par Malgaigne, trois fois seulement la réduction fut facile et la guérison complète. Dans les autres cas, tantôt on a été obligé de recourir à la résection et même à l'amputation du membre, tantôt les malades sont morts de gangrène ou de tétanos.

TRAITEMENT. — Les méthodes de douceur conviennent seules pour la réduction de ces luxations.

Pour la luxation en arrière, on ramène la main dans la supination, ou bien on emploie la simple pression d'arrière en avant sur la tête du cubitus. On peut encore essayer la méthode d'impulsion. On fixe le poignet et le radius avec les quatre doigts des deux mains, puis on repousse le cubitus en avant et en dedans, et non pas directement en avant, comme dans la simple pression. La réduction obtenue, il sera sage de maintenir l'avant-bras dans la supination, parce que, dans la pronation, la tête du cubitus fait saillie en arrière. Le plus souvent, aucun appareil de contention ne sera nécessaire; cependant si le déplacement tendait à se reproduire, on placerait des compresses en avant du radius, en arrière du cubitus, et on les maintiendrait par des attelles de carton et quelques tours de bande.

Pour réduire la luxation en avant, un mouvement de pronation serait peut-être suffisant, mais l'impulsion simple est ce qui convient le mieux. La luxation réduite, on maintiendra l'avant-bras dans la pronation, et, au besoin, on appliquera un petit appareil.

Dans les deux cas, on pourra commencer à faire exécuter des mouvements au bout d'une quinzaine de jours.

La présence d'une fracture du radius n'apporte aucun obstacle à la réduction, mais l'emploi d'un appareil de contention est alors de toute nécessité. Si la tête du cubitus fait saillie à travers les téguments, il faudra d'abord essayer de réduire, en débridant s'il y a lieu. Enfin, si la réduction est impossible, on aura recours à la résection.

§ XII. — Luxations radio-carpiennes (luxations du carpe ou du poignet).

Depuis Hippocrate jusqu'au commencement de ce siècle, tous les auteurs admirent sans contestation l'existence des luxations du poignet. Quelques-uns décrivaient même quatre variétés de déplacements; d'autres n'en reconnaissaient que deux. Aussi Dupuytren vint-il renverser toutes les idées reçues lorsqu'il nia résolument l'existence de ces luxations, et prétendit que tous les cas rapportés avant lui comme des exemples de déplacements du carpe n'étaient autre chose que des fractures de l'extrémité inférieure du radius. Les recherches ultérieures de Malgaigne confirmèrent cette dernière assertion de Dupuytren, mais elles montrèrent aussi que l'illustre chirurgien avait été beaucoup trop loin en niant complètement la réalité des luxations du poignet. Nous possédons aujourd'hui quelques observations, encore très-rares il est vrai, mais parfaitement authentiques, et qui ne permettent plus d'élever le moindre doute sur l'existence de ces luxations.

Paret (1) a réuni, dans sa thèse inaugurale, tous les faits connus jusqu'à lui, et depuis la publication de ce travail, nous n'avons à signaler

(1) Thèse de Paris, 1851.

que deux nouvelles observations, l'une de Desormeaux (1), l'autre de Guyon (2), et encore celle-ci a-t-elle fourni matière à discussion.

On s'accorde aujourd'hui pour admettre seulement deux variétés de déplacements : *en avant* et *en arrière*. Quant aux luxations latérales décrites par Hippocrate, elles n'ont pas été observées.

ÉTILOGIE ET MÉCANISME. — La luxation *en arrière* est plus commune que la luxation *en avant*. J. L. Petit expliquait le mécanisme de sa production par une flexion forcée de la main sur l'avant-bras; A. Cooper, au contraire, par une extension forcée. Le plus souvent, elle est le résultat d'une chute sur la paume de la main. Malgaigne pense que, dans ces circonstances, la main se renverse en arrière sur l'avant-bras; le bord postérieur du radius vient appuyer sur le trapézoïde et le grand os, bascule et passe en avant, de sorte qu'en réalité c'est l'extrémité inférieure de l'avant-bras qui se déplace en avant, laissant le poignet en arrière. Dans une observation de Voillemier (3), le déplacement s'est produit par un mécanisme analogue.

Sur les six cas de luxations *en avant* réunis par Malgaigne, cinq fois le mécanisme est resté inconnu; une fois la luxation a été produite par un mouvement de la main en arrière.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — Luxation *en arrière*. — Le carpe remonte

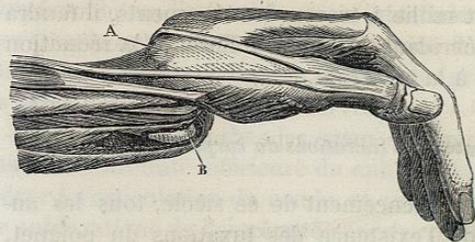


FIG. 68. — Luxation du poignet en arrière. — A, carpe; B, extrémité inférieure du radius apparaissant à travers les fibres déchirées du fléchisseur superficiel.

sur la face postérieure de l'avant-bras; le cubitus et le radius, restés unis, passent en avant du carpe, de façon à répondre aux os de la première rangée; dans le cas de Voillemier (fig. 68), le radius et le cubitus étaient déplacés en avant et un peu en dedans.

Tous les ligaments sont rompus, sauf quelques trousseaux fibreux, qui vont du ligament triangulaire au côté interne du carpe. Les tendons des extenseurs ne reposent plus sur la face postérieure du radius; ils s'en sont séparés, entraînant avec eux des débris du périoste et des petites crêtes osseuses qui séparent les coulisses tendineuses.

La luxation *en avant* est peut-être quelquefois incomplète, mais ordinairement elle est complète. La première rangée des os du carpe remonte sur la face antérieure des os de l'avant-bras : le scaphoïde et le semi-lunaire au devant du radius, le pyramidal au devant du cubitus

(1) *Gaz. des hôpitaux*, 1868, n° 109.

(2) *Bulletin de la Société de chirurgie*, 29 mai 1868.

(3) *Archives générales de médecine*, 1839, t. VI, p. 401.

(Jarjavay) (1). Dans un cas de Malle (2), les os du carpe jouissaient entre eux d'une mobilité anormale; le ligament antérieur était rompu; Malgaigne pense qu'un des ligaments latéraux l'était également.

Collin (3) a disséqué une luxation invétérée remontant à trente ans : le scaphoïde et le semi-lunaire s'étaient creusés une cavité nouvelle sur la face antérieure du radius. Cette nouvelle cavité empiétait par sa partie inférieure sur l'ancienne, d'ailleurs comblée.

Dans aucun cas, les vaisseaux et les nerfs n'ont été lésés.

SYMPTOMATOLOGIE. — Luxation *en arrière*. — La main est à peine inclinée dans le sens de la flexion, mais elle reste dans l'axe de l'avant-bras. Si elle se déplace latéralement, c'est par un mouvement de totalité. Les doigts à demi fléchis sur le métacarpe, ont leurs dernières phalanges presque entièrement étendues.

Le poignet est déformé; son diamètre antéro-postérieur est augmenté. Le carpe fait en arrière une saillie transversale remontant de plusieurs lignes sur les os de l'avant-bras. En avant, on trouve une autre saillie transversale s'avancant au devant de la paume de la main et formée par l'extrémité inférieure du radius et du cubitus. Au-dessous de cette saillie, la peau présente un pli transversal très-marqué. Les apophyses styloïdes radiale et cubitale conservent entre elles leurs rapports normaux. Le radius a la même longueur que celui du côté opposé, mais le membre blessé est plus court que le membre sain, si l'on prend pour point de repère supérieur l'olécrâne, et pour point de repère inférieur l'extrémité du médius.

Luxation *en avant* (fig. 69). — La main est dans l'extension, les doigts fléchis. Chez un malade de Malgaigne, le métacarpe s'inclinait en avant

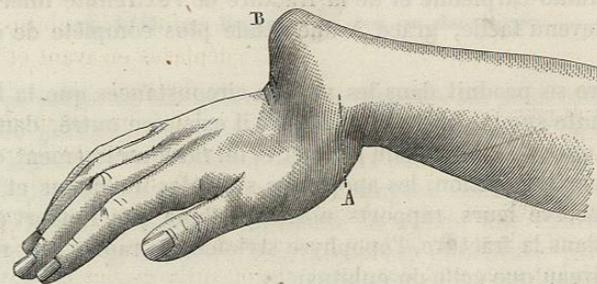


FIG. 69. — Luxation du poignet en avant. Déformation. — A, radius; B, cubitus.

de manière à former avec l'avant-bras un angle de 120 degrés, et les doigts étaient étendus, quoique pouvant être fléchis sans douleur.

(1) *Bulletins de la Société anatomique*, 1861, p. 312.

(2) *Rec. de mém. de méd. et de chir. militaires*, t. XLIV, p. 25.

(3) *Bulletins de la Société anatomique*, 2^e série, 1845, p. 338.

La région carpo-métacarpienne est raccourcie dans le sens de sa longueur. Le poignet est déformé (fig. 69); son diamètre antéro-postérieur est agrandi; en avant, on trouve une forte saillie remarquable par sa convexité transversale et formée par le carpe, qui remonte sur la face antérieure de l'avant-bras; en arrière se trouve une autre saillie formée par l'extrémité inférieure du radius et du cubitus. Le radius a la même longueur que celui du côté opposé; mais une mensuration faite de l'olécrâne à l'extrémité inférieure du médius, comme pour la luxation en arrière, donne un raccourcissement qui peut aller jusqu'à deux centimètres.

Les auteurs ont généralement passé sous silence l'état des mouvements de l'articulation luxée.

COMPLICATIONS. — Les luxations du poignet se compliquent presque toujours de lésions diverses.

Les plus communes sont les fractures et les plaies. On constate en effet l'arrachement, soit de l'apophyse styloïde du radius ou du cubitus, soit du rebord articulaire du radius. Guyon a vu une diastasis de l'articulation radio-cubitale inférieure dans une luxation en avant, et Malle la même lésion pour les os du carpe dans une luxation en avant.

Sur huit cas de luxations en arrière réunis par Malgaigne, cinq s'accompagnaient d'une rupture des téguments; le radius a fait quelquefois saillie à travers la plaie.

DIAGNOSTIC. — La luxation du poignet, et surtout la luxation en arrière, a été longtemps confondue avec la fracture de l'extrémité inférieure du radius, et nous avons dit que c'est à Dupuytren que revient l'honneur d'avoir fait cesser cette confusion. Aujourd'hui, le diagnostic différentiel de la luxation radio-carpienne et de la fracture de l'extrémité inférieure du radius est devenu facile, grâce à une étude plus complète de ces deux lésions.

La fracture se produit dans les mêmes circonstances que la luxation, dans une chute sur la paume de la main; il existe en outre, dans l'un et l'autre cas, une déformation du poignet et un raccourcissement du membre. Mais dans la luxation, les apophyses styloïdes du radius et du cubitus ont conservé leurs rapports normaux l'une par rapport à l'autre, tandis que dans la fracture, l'apophyse styloïde du radius est remontée au même niveau que celle du cubitus.

La déformation n'est pas non plus la même dans le cas de fracture et de luxation; elle est beaucoup plus considérable lorsqu'il s'agit d'un déplacement articulaire, et les saillies anormales représentent la forme connue des surfaces articulaires. Cependant il faut avouer qu'il est souvent difficile d'apprécier ces caractères à cause du gonflement. Mais alors on a dans la mensuration un moyen sûr d'établir le diagnostic. Si, en effet, on trouve dans la fracture et dans la luxation un raccourcissement du membre lorsqu'on le mesure de l'olécrâne à l'extrémité du médius, en le mesurant de l'olécrâne à l'apophyse styloïde du radius, on constate

un raccourcissement dans la fracture, et une égalité de longueur des deux côtés dans la luxation.

Lorsque le radius est intéressé par une fracture transversale siégeant au voisinage de l'articulation, les difficultés du diagnostic augmentent, surtout si le déplacement a lieu suivant l'épaisseur. Chez les enfants, un décollement de l'épiphyse inférieure du radius serait également difficile à reconnaître. Mais ces lésions sont rares, et dans un cas de doute, le diagnostic serait établi sur les rapports du cubitus avec le carpe.

En traitant de la luxation médio-carpienne, nous parlerons de son diagnostic différentiel avec la luxation du poignet.

PRONOSTIC. — Le pronostic de la luxation simple n'a pas de gravité; la réduction s'obtient facilement. Les fractures articulaires n'apportent aucun obstacle à la réduction, mais bien à la contention. La rupture des téguments constitue, comme on le sait, une complication très-grave.

TRAITEMENT. — La réduction des luxations du poignet paraît généralement facile. L'extension sur la main pourrait être employée. Malgaigne préfère tenter l'impulsion directe, soit sur le carpe, soit sur le radius.

La réduction obtenue, s'il y a tendance à la récurrence, on applique un appareil analogue à celui des fractures du radius. Il va sans dire que s'il existe en même temps une fracture, l'emploi de cet appareil est de toute nécessité. L'appareil enlevé, il faudra rétablir le mouvement par un exercice ménagé.

Dans le cas de rupture des téguments avec issue des os, il faut d'abord tenter la réduction, en débridant s'il y a lieu; si la réduction ne réussit pas, on aura recours à la résection.

§ XIII. — Luxations des os du carpe.

Le carpe est formé par huit os courts disposés sur deux rangées. A l'exception du pisiforme uni au pyramidal par une arthrodiè lèche, les os de chaque rangée se correspondent entre eux par des arthrodiès très-serrées et très-solides. L'articulation des deux rangées, connue sous le nom d'articulation médio-carpienne, représente au milieu une énarthrose et de chaque côté une arthrodiè. L'énarthrose est constituée par la tête du grand os et une petite portion de l'os crochu, qui sont reçues dans une cavité formée par le scaphoïde et le semi-lunaire. Quant aux arthrodiès latérales, elles répondent: en dehors, à l'articulation du trapèze et du trapézoïde avec le scaphoïde; en dedans, à l'articulation de l'os crochu avec le pyramidal. L'articulation médio-carpienne, quoique jouissant de mouvements plus étendus que ceux des articulations des os de chaque rangée, présente des moyens d'union extrêmement puissants.

La solidité des articulations des os du carpe, le petit volume de chacun d'eux, expliquent la rareté des luxations traumatiques du carpe. Cepen-