

1° Le coup de poing, qui ne nous a donné que des résultats très-incertains.

2° La pression combinée de haut en bas sur les dernières molaires, et de bas en haut sur le menton, telle que le conseillaient Boyer et la plupart des chirurgiens. Ce moyen a été aussi fort infidèle.

3° Abaissement du menton et écartement des muscles masséters au moyen des pouces placés à l'intérieur de la bouche. Ce moyen nous a donné quelques résultats, mais non d'une manière constante.

4° Enfin, abaissement du menton et propulsion des apophyses coronoides au moyen des pouces placés à l'intérieur de la bouche.

Ce dernier procédé nous a donné des résultats constants et d'une facilité merveilleuse. Nous avons eu dès lors à en examiner avec attention le mécanisme, tant sur le sujet frais que sur la tête sèche.

Or, voici ce que nous avons constaté :

Quand on pousse directement d'avant en arrière les apophyses coronoides, on voit que tout l'effort se trouve, sans perte aucune, transmis au condyle; que cet effort est presque aussi efficace que s'il était exercé sur le condyle lui-même, et qu'il a lieu précisément dans la direction la plus favorable à la réduction, c'est-à-dire directement d'avant en arrière, tandis que dans tous les autres procédés ce mouvement de propulsion en arrière se trouve, quoi qu'on fasse, décomposé en une espèce de mouvement de sonnette qui neutralise une grande partie de l'action produite.

De ces faits et de ces expériences, que chacun peut répéter facilement, nous croyons pouvoir conclure :

1° Que la luxation de la mâchoire inférieure résulte du glissement anormal des condyles de cet os au-devant de la racine transverse de l'arcade zygomatique.

2° Que la fixité de la luxation résulte de ce que le condyle est maintenu comme engrené au-devant de cette racine transverse par la combinaison de deux forces, l'une passive, due

principalement à la résistance des ligaments stylo et sphéno-maxillaires, l'autre active, due à la contraction des muscles temporaux, masséters et ptérygoïdiens.

3° Que le procédé le plus efficace pour opérer la réduction consiste à relâcher d'abord les ligaments, puis à refouler le condyle en arrière. Ce qu'on obtient très-facilement en abaissant légèrement le menton et en pressant d'avant en arrière sur le sommet des apophyses coronoides, au moyen des pouces portés à l'intérieur de la bouche.

LUXATION DE L'ARTICULATION MÉDIO-CARPIENNE EN ARRIÈRE¹

Depuis que Dupuytren, dans son *Mémoire sur les fractures de l'extrémité inférieure du radius*, a fait ressortir l'erreur de ses devanciers relativement à la luxation du poignet, la science enregistre avec sollicitude tous les faits qui peuvent se rapporter à cette dernière lésion, dont l'histoire, anéantie par le chirurgien de l'Hôtel-Dieu, se trouve maintenant à reconstruire tout entière.

Déjà MM. Marjolin fils, Padiou, Voillemier et Scoultetten, ont publié des observations qui ont été reçues avec un vif intérêt. Je viens, comme eux, apporter le tribut de mon expérience à cette œuvre à peine commencée.

Le fait que je vais rapporter appartient aux luxations du poignet, mais non pas à celles de l'articulation radio-carpienne.

C'est un cas de luxation des deux rangées du carpe entre elles. Jusqu'à présent je ne sache pas qu'il en existe d'autre dans la science.

Le 13 octobre 1841, pendant l'absence de M. Roux que je remplaçais alors, on apporta dans mon service à l'Hôtel-Dieu, salle Sainte-Marthe, n° 54, un homme de quarante-deux ans, nommé Maupas (Jean), couvreur, qui venait de tomber

¹ Mémoires de la Société de chirurgie, 1851.

d'une hauteur de treize mètres environ sur le pavé de la rue. Cet homme était mourant, et parmi les nombreuses lésions qu'il présentait, celle dont il s'agit passa presque inaperçue. Ce n'est que le lendemain, à l'autopsie, que, frappé de la déformation singulière du poignet droit, j'examinai cette partie avec attention.

Au premier coup d'œil, le poignet présentait les caractères de la fracture du radius; il était le siège d'une déformation résultant de ce que la main déviée de l'axe de l'avant-bras, se trouvait portée en arrière, ce qui donnait au membre la figure d'un 7, mais, par un examen attentif, je m'aperçus bientôt que le siège de la déformation était plus bas que dans la fracture du radius. Le plan antérieur de l'avant-bras, régulier jusqu'au pli transversal du poignet, présentait en ce point une dépression brusque résultant de la translation de la main sur un plan postérieur. Cette translation rendait saillante en avant l'extrémité inférieure des os de l'avant-bras dont je reconnus parfaitement les apophyses styloïdes; la main examinée par sa partie antérieure paraissait raccourcie de plusieurs millimètres, les doigts étaient fléchis et leur extension n'était pas possible sans un effort assez considérable.

Sur sa face postérieure, le membre présentait une déformation correspondante, c'est-à-dire qu'au lieu de se continuer avec le plan de l'avant-bras la main était projetée en arrière, son extrémité supérieure faisait, à quelques millimètres au-dessus des apophyses styloïdes, une saillie de plus de un centimètre par laquelle le doigt explorateur était brusquement arrêté. Elle était moins abrupte cependant que la saillie antérieure formée par les os de l'avant-bras.

Je fis exécuter quelques mouvements en sens inverse à l'avant-bras et à la main pour essayer de percevoir la crépitation, je ne sentis qu'un frottement rude, mais tout à fait différent de la crépitation réelle; puis, dans un effort de traction, je fis brusquement disparaître la difformité. Je la fis du reste bientôt reparaitre telle qu'elle était, et c'est dans cet état que je fis la dissection de la pièce.

Je commençai par la partie postérieure et enlevai d'abord la peau, puis l'aponévrose superficielle qui n'avait éprouvé aucune déchirure. Je mis à nu les tendons extenseurs, tous étaient intacts, mais refoulés en arrière par suite du déplacement de la main. Après avoir écarté toutes les parties molles, je découvris le siège de la lésion. Il était dans l'articulation médio-carpienne. L'articulation du radius avec la rangée du carpe n'y était pour rien, la portion radiale du scaphoïde, le semi-lunaire tout entier et une portion du pyramidal, étaient restés unis aux os de l'avant-bras, leurs ligaments antérieurs et postérieurs étaient intacts.

Les os de la deuxième rangée ne présentaient aucune altération dans leurs rapports avec le métacarpe, mais ils étaient complètement séparés des os de la première rangée sur lesquels ils chevauchaient en arrière de plus d'un centimètre. La séparation cependant n'avait pas exclusivement lieu dans la continuité, une partie du scaphoïde était restée unie au trapèze, une portion du pyramidal entraînant avec elle le pisiforme, avait suivi l'os crochu, de sorte que ce n'était pas une luxation franche, mais une luxation compliquée de la fracture des deux montants de la mortaise.

La dissection, faite par la face antérieure du membre, fit voir une ecchymose assez considérable dans le tissu cellulaire sous-cutané. Aucun des muscles fléchisseurs n'était rompu, mais tous étaient fortement tendus, ils se réfléchissaient sur l'extrémité inférieure des os de l'avant-bras, comme sur une poulie, pour aller passer sous le ligament annulaire antérieur du carpe.

Les ligaments latéraux externe et interne de l'articulation radio-carpienne étaient complètement rompus, ainsi que les fibres ligamenteuses antérieures et postérieures qui unissent les deux rangées du carpe.

Si maintenant nous résumons les signes de cette lésion, nous voyons qu'ils consistent dans les phénomènes suivants : 1° déplacement en totalité de la main vers la face postérieure de l'avant-bras; 2° saillies de deux centimètres en avant, de un cen-

timètre en arrière, formées, l'une par la carpe, l'autre par les os de l'avant-bras, la première placée à quelques millimètres au-dessus de la seconde; 5° longueur égale du plan osseux carpo-métacarpien sur les deux membres; 4° même longueur des deux radius; 5° apophyses styloïdes du radius et du cubitus dans leurs rapports normaux; 6° position fléchie des doigts.

Ces signes sont exactement les mêmes que ceux attribués par M. Voillemier à la luxation radio-carpienne. Je ne sais si plus tard on trouvera quelque moyen de les distinguer, mais pour l'instant, je ne vois rien qui puisse servir à baser un diagnostic différentiel. Heureusement que ces deux lésions, du reste fort rares, exigent un traitement identique.

LUXATION DE L'HUMÉRUS EN HAUT¹

Presque tous les auteurs rejettent l'existence de cette luxation, sauf le cas où elle est accompagnée d'une fracture de la voûte acromio-claviculaire. Sir A. Cooper a néanmoins publié un cas de luxation incomplète en haut; mais, dans notre opinion, ce grand chirurgien ne s'était pas suffisamment rendu compte du déplacement de l'os. M. Laugier a publié, en 1854, dans les *Archives de médecine*, un autre cas de luxation incomplète en haut, qu'il classait avec celui de sir A. Cooper. Nous avons lu attentivement la description de M. Laugier, et nous sommes forcé de déclarer que nous n'y avons rien trouvé qui ressemblât à une luxation en haut. Il ne s'agissait, à notre avis, de rien autre chose que d'une rotation de l'os sur lui-même. Suivant l'exemple de nos meilleures autorités, et confirmé dans cette idée par des expériences sur le cadavre, nous rejetons cette luxation d'une manière absolue, lorsque nous eûmes l'occasion d'observer un cas qui ne nous permit pas de douter plus longtemps de son existence; et nous sommes porté

¹ *Encyclopædia of practical surgery*, t. III, art. Luxation.

à croire que la description qui va suivre laissera la même conviction dans l'esprit de nos lecteurs. Nous avouons cependant que nous ajournions la publication de ce cas unique et réellement extraordinaire dans l'espoir d'en trouver un autre semblable. Mais cet espoir ne s'étant pas réalisé, nous profitons de l'occasion que nous offre naturellement le présent article¹, pour publier les détails du cas en question.

Cas de luxation en haut. — Le 25 novembre 1844, un maçon, âgé de quarante-six ans, nommé Jean Bazin, fut apporté dans mon service à l'hôpital de Bicêtre, venant de faire une chute d'une hauteur de quatre mètres (environ douze pieds). Il raconta que l'échafaudage sur lequel il travaillait n'étant pas solide, une des planches avait cédé sous lui, et qu'il était tombé en arrière les bras tendus dans le même sens, pour protéger son corps dans la chute. Le bras droit toucha le sol le premier, et supporta la plus grande partie du choc. Deux lésions en furent la conséquence, une à la partie inférieure, l'autre à la partie supérieure du membre; la première était une fracture du radius, remarquable seulement par la hauteur de la solution de continuité : elle était à un peu plus de cinquante-quatre millimètres au-dessus de l'extrémité inférieure de l'os. Le cubitus était intact, la paume de la main était excoriée et souillée de la boue du sol. Nous prîmes la deuxième lésion, au premier aperçu, pour une fracture de l'extrémité supérieure de l'humérus; mais, après un examen attentif, notre première opinion fut bientôt rectifiée, et nous reconnûmes une luxation scapulo-humérale. Cette luxation n'avait de ressemblance avec aucune de celles que nous avons observées jusque-là; elle présentait quelque chose de si extraordinaire, que je me déterminai à n'en faire le diagnostic qu'après en avoir analysé avec le plus grand soin tous les symptômes.

Le bras, en parallélisme avec le tronc, était raccourci de vingt-sept millimètres; le coude, légèrement porté en arrière; l'avant-bras, à demi-fléchi, reposait sur le ventre du blessé, et y semblait fixé. L'épaule, au lieu d'être aplatie, présentait au

¹ Article Luxation, *Encyclopædia of practical surgery*.

contraire une saillie plus forte que de l'autre côté; le deltoïde était raccourci et bombé, comme s'il eût été gonflé par une extravasation de sang. Cette tuméfaction du deltoïde masquait, à un certain degré la saillie de l'acromion; mais, à la dépression du muscle, on découvrait promptement un vide, au fond duquel on pouvait sentir la cavité glénoïde de l'omoplate. Entre l'acromion et l'apophyse coracoïde, une tumeur arrondie perceptible à la vue et au toucher, révélait la tête de l'os luxé, que l'on sentait rouler sous les doigts lorsqu'on faisait mouvoir le membre; il était aisé de reconnaître sa partie articulaire tournée en arrière et la grosse tubérosité en avant. Les parties molles qui la couvraient étaient minces et semblaient constituées seulement par la peau, le tissu cellulaire et quelques fibres du muscle deltoïde. A l'exploration, l'aisselle était trouvée parfaitement libre; les doigts pouvaient suivre le petit pectoral jusqu'à son insertion coracoïdienne; il était ainsi facile de constater la parfaite intégrité de l'acromion et de l'apophyse coracoïde, placés l'un derrière l'autre devant la tête de l'os. En arrière, l'omoplate était légèrement écartée de l'épine dorsale, tandis que son angle inférieur était porté en avant.

Je passai ensuite à l'examen des changements survenus dans les mouvements de l'articulation. Ces mouvements étaient tous très-douloureux, et il était surtout difficile de porter le membre en avant et en dehors. Dans ce dernier mouvement on pouvait sentir la tête de l'humérus changer de place et butter contre l'apophyse coracoïde. En présence de ces symptômes, aucun doute ne pouvait exister sur la nature de la lésion: il était évident que j'avais affaire à une luxation de l'humérus en haut, complète et sans complication de fracture ni de l'acromion ni de l'apophyse coracoïde. J'essayai de faire la réduction en m'efforçant de placer le bras dans la position horizontale et perpendiculaire à l'axe du corps; mais ce fut en vain, bien que j'eusse exercé une traction très-énergique. Le blessé fut soigné et mis à la diète absolue; puis, par suite de circonstances étrangères au malade, je remis au lendemain tout nouvel essai de réduction.

Pour opérer cette réduction, je fis asseoir le blessé sur une chaise. Un tampon enduit de cérat fut placé dans le creux de l'aisselle, et par-dessus un drap plié en cravate, dont les extrémités, passées dans un anneau scellé au mur, furent tenues par deux aides, qui devaient faire la contre-extension. La courroie destinée à faire l'extension fut fixée à la jointure du coude, la fracture du radius ne permettant pas de la placer au poignet. Quatre aides robustes étaient chargés de l'extension. Debout, à côté du blessé, je saisis le bras avec mes deux mains pour diriger la marche de la coaptation, avant de commencer la traction. Je saignai le blessé, et, au moment où la syncope parut sur le point d'arriver, j'ordonnai l'extension, le bras étant alors dans la position horizontale. Modérées d'abord, les tractions augmentèrent graduellement, jusqu'au plus haut degré de puissance, sans cependant produire aucun changement dans la position de la tête de l'humérus. Je commençais à désespérer du succès, lorsque soudainement, et alors que les aides faisaient un dernier effort d'extension, je sentis sous ma main et j'entendis un craquement encourageant. J'appuyai alors fortement ma main gauche sur l'épaule, en même temps que je portai le bras en bas et en avant, et la réduction fut accomplie: ce qui fut rendu évident par la disparition de tous les symptômes. Le malade fut reconduit à son lit le bras maintenu légèrement séparé du corps et le coude reposant sur un oreiller. Deux jours après, il put se lever et marcher en portant son bras en écharpe. Des compresses résolatives furent appliquées sur l'épaule, et la guérison fut rapide, sauf un certain degré de roideur dans l'articulation qui persista longtemps.

Si le lecteur a suivi attentivement tous les détails de ce cas unique, il comprendra qu'il est impossible de mettre en doute la réalité des luxations de l'épaule en haut.

Elles ont lieu évidemment par un mécanisme qui diffère de celui des autres luxations, et ne peuvent être regardées que comme des cas exceptionnels; mais, dans tous les cas, le fait de leur existence ne peut plus être mis en question.