

toutes les manœuvres mises autrefois en usage pour produire l'extension.

1° Le malade est solidement attaché à un objet fixe (colonne, anneau, etc.), à l'aide de serviettes qui embrassent son thorax.

2° Le coude écarté du tronc et l'avant-bras fléchi, une serviette est disposée en forme d'étrier au-dessous du coude, c'est-à-dire que ses deux extrémités sont placées l'une en avant et l'autre en arrière du bras tandis que sa partie moyenne libre déborde le coude ; cette serviette est, à l'aide d'une ou plusieurs bandes, très solidement fixée au bras.

3° Une bande ou de gros tubes en caoutchouc sont attachés à l'étrier du coude, puis conduits vers un point résistant, décrivant ainsi un grand nombre d'ellipses, qui embrassent à la fois l'étrier et l'objet fixe (colonne de lit, anneau, etc.). En disposant ces ellipses, on tire sur le caoutchouc, de manière à mettre en jeu son élasticité.

Au bout de peu d'instant, le malade tressaute tout à coup sur son siège, la luxation est réduite. Lâchez immédiatement le caoutchouc. Que s'est-il passé ? Les muscles d'abord contractés se sont relâchés, la traction du caoutchouc a entraîné l'humérus : la contraction musculaire se reproduisant aussitôt ramène l'humérus dans sa cavité.

La méthode de Kocher convient surtout aux luxations antéro-internes, la propulsion directe ou la traction par le caoutchouc à toutes les autres. En cas d'insuccès ayez recours au chloroforme. Et si, par extraordinaire, on ne réussit pas il faut procéder à l'*arthrotomie* qui permettra d'agir directement sur la cause de l'irréductibilité.

**PRÉCEPTÉ TRÈS IMPORTANT :** Lorsque la luxation est réduite, il faut immobiliser la jointure pendant une quinzaine de jours. C'est à l'oubli de cette précaution que doivent être en partie attribuées les douleurs persistantes, les récidives, etc.; pendant ce temps quelques massages pourront être utiles <sup>1</sup>.

1. Quelques luxations ont été réduites par le simple *refoulement* de la tête humérale. Le *procédé du talon* a joui d'une grande vogue ; le malade est étendu sur le sol, le chirurgien s'assied à côté de lui, place son talon sous l'aisselle, tandis qu'avec les mains il tire fortement sur le bras luxé. La *cravate* est une serviette passée au-dessous

**LUXATIONS ANCIENNES NON RÉDUITES.** — Lorsque la luxation n'a pas été réduite il se passe de notables modifications dans la jointure.

L'ouverture de la capsule qui a livré passage à la tête de l'humérus se rétrécit et s'indure et toute la capsule se resserre ; une capsule nouvelle en continuité avec l'ancienne se forme autour de la tête luxée.

La tête luxée se déforme, s'use, s'aplatit, s'entoure de végétations osseuses et une nouvelle cavité glénoïde tend à se constituer dans la nouvelle situation occupée par la tête de l'humérus.

On tentera la réduction de ces luxations par l'*appareil d'Hennequin* ou par l'*arthrotomie* qui a pu donner de bons résultats, mais qui parfois n'en a donné aucun en raison des raideurs qui suivent la réduction.

### Luxations du coude.

Après celles de l'épaule, les luxations du coude sont les plus communes. Elles présentent de grandes variétés, dans lesquelles on peut tout d'abord établir trois divisions :

- |  |  |
|--|--|
| A. Les deux os de l'avant-bras se déplacent ensemble. . . . .        | } <i>en arrière</i> , variété la plus commune.<br><i>en avant</i> , avec ou sans fracture de l'olécrâne. |
|  |  |
| B. La luxation ne porte que sur l'un d'eux . . . . .                 | } 1° Cubitus. . . en arrière.<br>2° Radius. . . en avant.<br>en dehors.                                  |
|  |  |
| C. Luxations simultanées du radius et du cubitus en sens différents. |  |

#### A. — Luxations des deux os de l'avant-bras.

C'est la plus fréquente, les autres variétés sont exceptionnelles, et elle s'effectue :

- a) *En arrière*, dans l'immense majorité des cas.
- b) *En avant*, avec ou sans fracture de l'olécrâne.
- c) *Sur les côtés*, en dedans ou en dehors.

du bras luxé et autour du cou de l'opérateur qui, saisissant l'avant-bras entre ses membres inférieurs, repousse le tronc avec ses mains, rejette son cou en arrière et attire vers lui l'humérus grâce à la cravate.



I. LUXATIONS DES DEUX OS DE L'AVANT-BRAS EN ARRIÈRE. — Contrairement aux luxations de l'épaule, les luxations du coude s'observent surtout dans l'enfance et la jeunesse.

La luxation en arrière peut être complète ou incomplète : dans le premier cas, l'apophyse coronoïde est venue se placer dans la cavité olécrânienne ; la cupule du radius est située en arrière du condyle huméral, par conséquent l'extrémité inférieure de l'humérus proémine en avant. Les ligaments antérieur et interne sont rompus, le biceps et le brachial antérieur repoussés en avant, le triceps en arrière. Il est rare que les vaisseaux et nerfs soient lésés.

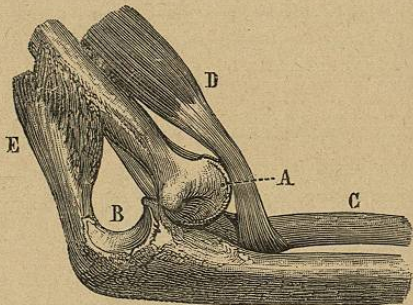


Fig. 71. Luxation des deux os de l'avant-bras en arrière. — A. Extrémité inférieure de l'humérus qui est venue se placer au devant des os de l'avant-bras, et forme dans le pli du coude un relief considérable.

B. Grande cavité sigmoïde du cubitus qui n'embrasse plus la trochlée humérale, mais qui s'est portée en arrière, de telle sorte que sa partie inférieure, c'est-à-dire l'apophyse coronoïde, est venue se loger dans la cavité olécrânienne, tandis que sa partie la plus élevée, c'est-à-dire le bec de l'olécrâne, forme en arrière un relief énorme qui se trouve situé au-dessus d'une ligne transversale passant par l'épicondyle et l'épitrochlée.

C. Radius ; sa cupule est venue se placer derrière l'épicondyle, mais elle ne peut être vue sur notre figure.

D. Muscle biceps projeté en avant par l'extrémité inférieure de l'humérus ; on n'a pas représenté le brachial antérieur qui devait être placé au-dessous de lui, et projeté dans le même sens.

E. Muscle triceps brachial, attiré en arrière par l'olécrâne.

Dans la luxation incomplète, le bec de l'apophyse coronoïde et le bord de la cupule radiale sont en contact avec la surface

articulaire de l'humérus ; la déformation est donc moins accentuée.

**Étiologie.** — Il est probable que la luxation se produit dans une *extension forcée*. A la suite d'une chute sur la main, par exemple, le coude a de la tendance à s'incurver en arrière, les ligaments antérieurs et internes se déchirent et l'extrémité inférieure de l'humérus glisse au devant de l'apophyse coronoïde, d'autant plus aisément que l'extension forcée éloigne de plus en plus le bec coronoïdien de sa cavité naturelle pour le rapprocher de la cavité olécrânienne. Plus l'avant-bras sera dans l'extension, moins l'apophyse coronoïde s'opposera au passage de l'humérus en avant ; cependant Malgaigne pense que la luxation se produit surtout par un *mouvement de torsion imprimé à l'humérus sur l'avant-bras*, celui-ci étant légèrement fléchi.

**Symptômes.** — 1<sup>o</sup> LUXATION COMPLÈTE. — *Déformation.* — Le coude est très déformé, l'olécrâne forme en arrière une saillie considérable et se trouve situé au-dessus du plan transversal de l'épicondyle et de l'épitrochlée. C'est le signe pathognomonique de la luxation ; pour bien le reconnaître, précisez avec trois doigts la position respective de l'épicondyle, de l'épitrochlée et de l'olécrâne. Vous verrez, qu'au lieu d'être situés sur la même ligne horizontale, ils représentent les trois angles d'un triangle dont l'olécrâne formera le sommet.

En dehors de l'olécrâne on sent aisément la *cupule du radius* dans laquelle on peut placer la pulpe du doigt ; des mouvements de pronation et de supination imprimés à l'avant-bras, indiqueront bien que c'est la cupule du radius que l'on a sous le doigt.

La partie postérieure et inférieure du bras décrit une concavité, le triceps ayant été entraîné par l'olécrâne. Le pli du coude est occupé par la saillie irrégulière de l'humérus dont le toucher fait reconnaître la forme.

**Attitude.** — L'avant-bras dans la pronation ou la supination est à *demi fléchi*.



*Variations de longueur.* — L'avant-bras est légèrement raccourci.

*Troubles fonctionnels.* — Tout mouvement de flexion ou d'extension est fort difficile, ceux de pronation et de supination sont possibles. Enfin, on peut parfois produire des *mouvements de latéralité* absolument anormaux.

2° LUXATION INCOMPLÈTE. — Les symptômes sont les mêmes, mais bien moins accentués.



Fig. 72. — Luxation ancienne du coude en arrière.

Indépendamment des complications communes à toutes les luxations on a vu se produire, ici, une fracture de l'apophyse coronoïde; la luxation se reproduira, alors, avec la plus grande facilité.

**Pronostic.** — Les luxations du coude sont très rapidement irréductibles. C'est à titre d'exception que l'on cite des réductions obtenues après six semaines, deux mois et même davantage. Le pronostic est encore en rapport avec les compli-

cations; ainsi dans le cas où l'humérus aurait traversé les tendons, en déchirant les vaisseaux, le nerf médian, etc., l'amputation peut être indiquée.

**Diagnostic.** — Malgré des déplacements aussi considérables, il arrive souvent que le diagnostic est difficile, car le gonflement masque les saillies qui doivent servir de points de repère<sup>1</sup>.

La luxation du coude pourrait être confondue avec une fracture de l'extrémité inférieure de l'humérus: mais: 1° si, dans les deux cas, l'olécrâne fait en arrière une saillie considérable, dans la fracture, il a conservé ses rapports avec l'épicondyle et l'épitrôchlée tandis qu'il les a perdus dans la luxation.

2° Dans les deux cas, le pli du coude est soulevé par un relief osseux, mais ce relief est étroit et irrégulier dans la fracture, large et plus arrondi dans la luxation.

3° Dans les fractures, la déformation s'efface par de simples tractions, pour reparaitre aussitôt qu'on les cesse; dans la luxation, la réduction est difficile à obtenir, mais elle se maintient.

4° Dans la fracture, l'articulation est intacte et les mouvements communiqués sont possibles; ils sont impossibles dans la luxation.

**Traitement.** — Hâtez-vous de réduire avec ou sans anes-

1. Cependant pour préciser la position du cubitus, vous aurez toujours l'épicondyle, l'épitrôchlée et l'olécrâne qui doivent normalement se trouver sur la même ligne transversale, l'olécrâne étant à peu près placé au milieu de l'épicondyle et de l'épitrôchlée, un peu plus rapproché de l'épitrôchlée; tout changement dans la situation de ces trois saillies vous indiquera l'existence d'une luxation du cubitus et le sens dans lequel elle s'est effectuée. — La tête du radius est plus difficile à trouver; cependant, à l'état normal, vous pouvez constater la présence, à 1 centimètre environ au-dessous de l'épicondyle, d'un relief osseux arrondi, qui roule sous votre doigt pendant les mouvements de pronation de l'avant-bras, c'est la tête du radius; dans le cas de luxation, vous tombez dans une dépression, et dans son voisinage vous trouvez la cupule radiale.

Chez les enfants, jusqu'à 44 ou 45 ans, la disjonction de l'épiphysse humérale inférieure simule la luxation, l'examen de la surface humérale apprendra que l'épitrôchlée continue à faire corps avec l'humérus et qu'il en est ainsi d'une partie de l'épicondyle, tout cela comme dans la luxation; le diagnostic se base sur ce fait que dans la disjonction épiphysaire la cupule du radius est à une faible distance de l'olécrâne tandis qu'elle en est éloignée dans la luxation.



thésie ; l'extension et la contre-extension étant pratiquées, on refoulera l'olécrâne en bas et en avant, à l'aide des pouces fortement appliqués sur lui ; en même temps les autres doigts embrassent le coude et, prenant un point d'appui sur l'humérus, cherchent à le repousser en arrière.

Nélaton conseille, « l'avant-bras étant fléchi à angle droit sur le bras, de placer à la partie postérieure de celui-ci une forte attelle, dont l'extrémité inférieure repose sur l'olécrâne recouvert de compresses ; on entoure la partie inférieure de l'avant-bras avec une bande fortement serrée, et cela a suffi dans quelques cas pour réduire la luxation ».

La luxation réduite, l'avant-bras sera maintenu pendant quelques jours dans la demi-flexion, le coude entouré d'un 8 de chiffre et de quelques compresses imbibées de liqueurs résolutive ; dès le 5<sup>e</sup> jour, l'appareil enlevé, on commence à imprimer des mouvements.

II. LUXATIONS EN AVANT. — Les luxations en avant, avec ou sans fractures de l'olécrâne, sont fort rares : il n'en existe que quatre à cinq observations de Colson, de Lera, de Richet.

1<sup>er</sup> cas. — *Luxation sans fracture de l'olécrâne.* — Elles paraissent avoir été produites par une chute sur le coude, l'avant-bras étant fortement fléchi.

L'olécrâne venant se mettre au-dessous de la trochlée humérale, on ne le trouve plus à sa place ordinaire qui est très déprimée, les tubérosités humérales sont saillantes, l'avant-bras est allongé de toute la hauteur de l'olécrâne, les téguments sont très tendus.

Il suffirait, pour réduire cette luxation, de pratiquer l'extension et la contre-extension, en repoussant en sens inverse l'avant-bras et le bras : c'est ce qui fut fait dans les observations publiées et la réduction ne présenta aucune difficulté.

2<sup>e</sup> cas. — *Luxation avec fracture de l'olécrâne.* — Richet en a publié un cas, il s'agit d'un jeune homme tombé d'un échafaudage élevé. Le coude est déformé, son diamètre antéro-postérieur accru, il existe une tumeur dans le pli du coude, elle partage les mouvements de l'avant-bras ; en arrière, l'olécrâne, qui a conservé sa position, est très mobile. Tout mouvement actif est impossible, et dans les mouvements passifs, on sent la crépitation.

La réduction ne put être maintenue, le malade succomba à d'au-

tres lésions, et l'autopsie démontra la luxation avec fracture de l'olécrâne.

III. LUXATIONS LATÉRALES. — Le coude ne possède que la flexion ; toute violence tendant à lui faire exécuter des mouvements en arrière ou sur les côtés entraîne une fracture ou une luxation. Nous avons vu les luxations en arrière résulter d'une incurvation en ce sens. De même, les luxations latérales sont produites par des incurvations internes ou externes. Si les surfaces articulaires tendent à s'écarter en dedans par exemple, elles prennent un point d'appui en dehors, le ligament interne se déchire et il y a un déplacement transversal plus ou moins complet.

La luxation est donc incomplète, les os ne répondent plus à leurs surfaces humérales respectives, ainsi :

1<sup>o</sup> Dans la luxation en dehors, la cupule du radius est placée au-dessous de l'épicondyle et la grande cavité sigmoïde du cubitus embrasse le condyle huméral. Il y aura une légère augmentation du diamètre transversal du coude.

*Le signe caractéristique sera fourni par la présence, assez facile à reconnaître, de la cupule radiale au-dessous de l'épicondyle, et par une dépression notable au-dessous de l'épitrôchlée.* — L'olécrâne sera rapproché de l'épicondyle.

2<sup>o</sup> Si la luxation incomplète s'est effectuée en dedans, l'olécrâne est rapproché de l'épitrôchlée qui est embrassée par le crochet cubital et l'on trouve une dépression au-dessous de l'épicondyle <sup>1</sup>.

**Traitement.** — Pratiquez d'abord l'extension et la contre-extension. — Lorsque les surfaces articulaires seront dégagées les unes des autres, on repoussera transversalement et en sens inverse l'extrémité inférieure de l'humérus d'une part, les os de l'avant-bras de l'autre.

<sup>1</sup> La luxation complète est fort rare. Nélaton n'en connaissait qu'un exemple. Les symptômes précédents sont beaucoup plus nets. Le radius ou le cubitus forment sur un des côtés de l'articulation, une saillie facile à reconnaître, tandis que l'humérus proémine du côté opposé. L'olécrâne au lieu d'être placé à égale distance des tubérosités humérales, est situé derrière l'épicondyle ou l'épitrôchlée. L'avant-bras et la main sont inclinés en dedans dans la luxation en dehors et réciproquement.



B. — *Luxations isolées des os de l'avant-bras.*1<sup>o</sup> Du cubitus, en arrière.2<sup>o</sup> Du radius... } en arrière.  
en dehors.  
en avant.

1<sup>o</sup> LUXATION ISOLÉE DU CUBITUS EN ARRIÈRE. — Le radius reste en place, le cubitus éprouve un mouvement de rotation d'un quart de cercle environ, autour d'un axe qui passerait par le centre de la cupule radiale.

**Étiologie.** — Une chute sur la main, l'avant-bras étant dans l'extension, et un mouvement de torsion d'avant en arrière et de dedans en dehors, imprimé au cubitus.

**Anatomie pathologique.** — L'articulation radio-cubitale supérieure est intacte <sup>1</sup>.

Les ligaments antérieur et latéral interne sont rompus et, par suite du mouvement de torsion dont nous avons parlé, le crochet cubital a complètement abandonné la trochlée humérale. Voici quelle est la position de l'extrémité supérieure du cubitus : elle est placée derrière le condyle et l'épicondyle huméral, de telle sorte que l'olécrâne regarde en dehors, le crochet cubital en dedans, son côté externe répond au radius et au condyle huméral, son côté interne regarde en arrière. Il est probable qu'un grand nombre des fibres du muscle brachial antérieur qui s'insère sur l'apophyse coronoïde sont déchirées.

**Symptômes.** — 1<sup>o</sup> Déformation. — Le coude est très déformé, l'olécrâne se trouve derrière l'épicondyle, on peut sentir en arrière son bord interne âpre et rugueux ; le diamètre antéro-postérieur de la partie externe du coude est aussi très augmenté ; l'épitrochlée est très saillante et au-dessous d'elle se trouve une dépression profonde créée par le déplacement du cubitus.

1. On ne saurait admettre que le cubitus puisse remonter de façon que la petite cavité sigmoïde abandonne la tête du radius, car un semblable déplacement entraînerait un déplacement analogue de l'articulation radio-cubitale inférieure et la déchirure du ligament interosseux dans toute son étendue (Nélaton).

2<sup>o</sup> Attitude. — L'avant-bras légèrement fléchi est incliné en dedans, la main dans la pronation. — Son bord cubital est un peu raccourci

3<sup>o</sup> Troubles fonctionnels. — Tout mouvement est à peu près impossible ; de plus, il existe de la douleur et de l'engourdissement dans les deux premiers doigts par le fait de l'irritation du nerf cubital sorti de sa gouttière ou vivement tirillé.

**Traitement.** — La contre-extension étant solidement assurée, l'extension devra être appliquée de façon que la traction s'exerce sur le bord interne de l'avant-bras. En même temps à l'aide de ses pouces, le chirurgien refoulera l'olécrâne en avant et en bas. — Maintenir pendant quelques jours le coude dans l'immobilité.

2<sup>o</sup> LUXATIONS ISOLÉES DU RADIUS. — Le radius peut se déplacer isolément en arrière, en avant et en dehors ; ces luxations sont complètes ou incomplètes <sup>1</sup>.

a) En arrière. — Boyer considère cette luxation comme étant assez fréquente chez les enfants, par le fait de la laxité du ligament annulaire et de l'habitude fâcheuse qu'on a de les soutenir, de les tirer, de les soulever par la main, l'avant-bras étant en pronation. Sous l'influence de ces tractions, les ligaments antérieur et externe se déchirent et la luxation se produit. Une chute sur la main, l'avant-bras étant dans la pronation forcée, peut encore les déterminer.

**Anatomie pathologique.** — La tête du radius est venue se placer derrière le condyle huméral ; les ligaments antérieur, externe et très souvent le ligament annulaire sont rompus.

**Symptômes.** — En arrière du condyle de l'humérus se voit une petite saillie ; en déprimant les téguments, on constate qu'elle a la forme d'une cupule ; elle partage tous les mouvements que l'on imprime au radius. En avant, se trouve une

1. Ces luxations étaient inconnues de l'Académie de chirurgie, qui envoya, à ses frais, Sabatier vérifier le diagnostic d'un chirurgien de province, qui annonçait en avoir constaté une.



dépression ; la main est dans la pronation et tous les autres mouvements sont douloureux et difficiles.

**Traitement.** — Pratiquez l'extension, surtout vers le bord radial ; les pouces, appliqués sur la cupule radiale, la repoussent en bas et en avant.

*b) En dehors.* — Elle est extrêmement rare, car pour que le radius s'écarte du cubitus, il faut que le ligament annulaire et un grand nombre de fibres musculaires soient déchirés.

Une semblable luxation, qui s'est accompagnée, dans les rares exemples que l'on possède, de fractures multiples, présente comme signe caractéristique la présence de la cupule radiale au-dessous ou en dehors de l'épicondyle.

**Traitement.** — *Extension.* — Refoulement en bas et en dedans de la cupule radiale.

*c) En avant.* — Elle peut être complète ou incomplète ; cette dernière variété est, toujours pour la même cause, assez fréquente chez les enfants.

La difformité n'est pas très accentuée, cependant on peut sentir, en avant du condyle huméral, la cupule radiale et, en arrière, une dépression notable. L'avant-bras dans une demi-pronation est légèrement fléchi, mais toute flexion plus grande est rendue impossible par la rencontre de la cupule radiale et de l'humérus.

Extension du bord radial, refoulement en bas et en arrière de la cupule de cet os. Il faut remarquer que ces luxations isolées du radius sont souvent très difficiles à maintenir réduites, ce qui tient dans la plupart des cas à l'interposition du ligament annulaire, en sorte qu'il y a là une indication à l'arthrotomie.

#### C. — Luxations simultanées du radius et du cubitus.

On a observé quelques cas de déplacements complexes dans lesquels le cubitus et le radius avaient à la fois perdu leurs rapports avec la trochlée humérale.

Dans les trois ou quatre cas qui ont été observés, les désordres étaient considérables ; à la déchirure de tous les ligaments et au

déplacement des surfaces articulaires, étaient venues se joindre des fractures de l'apophyse coronoïde, etc.

Le cubitus était luxé en arrière, de telle sorte que l'olécrâne formait en arrière un relief semblable à celui qui se produit dans les cas de luxation complète en arrière ; la position du radius a présenté plus de variété : dans un cas il était placé au-devant du condyle huméral ; dans les cas de Bullay et de Pitha, il était situé au-dessus du point occupé normalement par l'apophyse coronoïde.

Le diagnostic précis a été difficile, en raison du gonflement énorme qui accompagnait cette lésion.

**Traitement.** — On réduira isolément le radius et le cubitus ; on pourrait aussi recourir à la torsion de l'avant-bras en dehors, moyen indiqué par Nélaton qui conseille de saisir le coude par son côté interne, le pouce appuyant sur la tête du radius, les doigts recourbés en crochet sur le côté interne de l'olécrâne.

#### LUXATIONS DU POIGNET<sup>1</sup>.

Depuis les temps les plus reculés jusqu'au commencement de ce siècle, les luxations du poignet étaient non seulement admises sans à moindre contestation, mais encore jugées fréquentes. Dupuytren renversa complètement ces idées, en démontrant que les prétendues luxations du poignet n'étaient autre chose que des fractures de l'extrémité inférieure du radius.

Les luxations du poignet sont aussi rares que jadis on les croyait fréquentes, cependant on possède quelques observations authentiques qui permettent d'admettre deux variétés de luxations du poignet : l'une *en avant*, l'autre *en arrière*.

Les luxations *en avant* ont été plus souvent observées, ce sont, en réalité, le radius et le cubitus qui glissent au-devant des os du carpe, de telle sorte que le poignet vient se placer en arrière d'eux ; tous les ligaments sont rompus ; le carpe fait en arrière une saillie considérable terminée brusquement du côté de l'avant-bras ; en avant, au contraire, les deux os de l'avant-bras font une saillie tout aussi considérable, les doigts sont à demi fléchis sur la main, mais les dernières phalanges sont étendues.

Cette luxation présente donc un certain nombre de caractères qui appartiennent aux fractures de l'extrémité inférieure du radius : mais elle est tellement rare, qu'en clinique vous pouvez n'y point

<sup>1</sup> Nous donnons en petits caractères, la description de ces diverses luxations vu leur rareté, et, par suite, leur peu d'importance clinique.



songer ; si, par un hasard tout à fait exceptionnel, vous rencontrez une luxation du poignet, vous la reconnaîtrez au relief bien plus accentué que présentent les os déplacés, à ce que les apophyses styloïdes se trouvent sur le même niveau, etc. Le même traitement serait applicable ; réduire la difformité et appliquer l'appareil employé dans les fractures du radius.

La luxation *en arrière* est l'inverse de la précédente, le radius et le cubitus proéminent sur la face dorsale des os du carpe, par conséquent, cette luxation ne saurait être confondue avec une fracture de l'extrémité inférieure du radius. Le poignet présente en arrière un relief abrupt formé par le radius et le cubitus, en avant c'est le carpe qui forme une saillie très considérable. Dans les quelques observations qui ont été publiées, la luxation se compliquait de fractures diverses ; dans le cas de Guyon, il y avait en même temps diastase de l'articulation radio-cubitale inférieure.

La réduction des luxations du poignet paraît avoir été facile.

#### Luxations des os du carpe.

Les luxations des os du carpe sont fort rares, conséquence naturelle du petit volume de ces os, de la solidité des ligaments qui les unissent entre eux, de l'engrenage de leurs surfaces articulaires, de la protection que leur offrent les tendons des extenseurs et des fléchisseurs qui les recouvrent ; les quelques observations qu'en possède la science méritent à peine une mention. Erichsen a observé, à la suite d'une chute, une petite tumeur sur la face dorsale de la main, tumeur qu'à sa forme, son volume et sa situation, il jugea être *l'os semi-lunaire*. La luxation *du pisiforme* a été observée deux ou trois fois, cet os est devenu mobile sans s'éloigner beaucoup de sa situation normale. La luxation *du grand os* a lieu en arrière dans une flexion forcée de la main, elle se reconnaît à une tumeur dure et circonscrite faisant saillie sur la face dorsale du poignet, tumeur qu'on est parvenu à réduire en la comprimant directement, après avoir étendu la main.

Les luxations *médio-carpiennes* sont tout aussi rares ; Maisonneuve en a observé une, vérifiée à l'autopsie, dans laquelle les symptômes étaient à peu près semblables à ceux de la luxation du poignet en arrière.

#### Luxations du métacarpe.

Nous retrouvons, dans les articulations des quatre derniers méta-

carpiens, les conditions de solidité que présentent les articulations des os du carpe, leurs luxations sont donc tout aussi rares, mais le premier métacarpien s'articule avec le trapèze d'une façon moins serrée, ce qui explique les quelques luxations observées dans cette jointure.

Une chute sur la main étendue ou sur l'éminence thénar, ou encore un choc sur le bord externe de la main, paraissent avoir été les causes de ce déplacement. Dans quelques cas, le premier métacarpien se porte *en avant*, il forme une saillie dans la paume de la main ; le pouce, renversé en arrière, ne peut être approché du petit doigt. Les observations de la luxation *en arrière* sont un peu moins rares : la peau se trouve soulevée sur la surface dorsale de la main, par le relief que forme l'extrémité supérieure du premier métacarpien : le pouce et son métacarpien sont dans une flexion forcée, ces signes permettent aisément de reconnaître la luxation, si l'on examine le blessé avant que le gonflement se soit produit.

La réduction s'opère facilement, mais il faut avoir soin d'immobiliser les parties déplacées, car la réduction paraît avoir été difficile à maintenir.

On ne possède que six exemples de luxations des quatre derniers métacarpiens, et leur déplacement n'a présenté aucune particularité nécessitant une description spéciale.

#### LUXATIONS MÉTACARPO-PHALANGIENNES.

Très rares pour les quatre derniers doigts, elles sont au contraire fréquentes au pouce ; les luxations métacarpo-phalangiennes du pouce méritent donc autre chose qu'une simple mention, non seulement parce qu'elles ne sont point rares, mais parce que le ur réduction offre des difficultés particulières.

#### Luxations métacarpo-phalangiennes du pouce.

Cette luxation présente un intérêt spécial en raison de sa fréquence relative et surtout des difficultés que présente parfois sa réduction.

La première phalange du pouce peut se luxer *en arrière* (variété la plus ordinaire) ou *en avant* (ce qui est plus rare) ; dans les deux cas la luxation peut être complète ou incomplète.