

un éboulement qui le menaçait. Dupuytren fit la réduction de la même manière, et avec succès.

Je n'ai eu qu'une seule fois l'occasion de voir une luxation de l'extrémité inférieure du cubitus en arrière. Un homme âgé de trente-trois ans, garçon de cour dans un établissement de messageries, était occupé, le 4 mars 1842, à ranger des voitures dans la cour de cet établissement, quand son pied droit glissa pendant qu'il poussait avec ses deux mains une roue d'une de ces voitures. Sa main droite abandonna le rais qu'elle tenait, et elle passa entre deux rais en faisant un violent mouvement de pronation. Aussitôt cet homme éprouva une douleur très-vive dans le poignet, et il ne put plus se servir de sa main. Le lendemain, 5 mars, il vint à la consultation de l'hôpital Saint-Louis. Il présentait les phénomènes suivants. La main est dans une pronation forcée; il ne peut la relever. Il existe à la partie postérieure du poignet une saillie remarquable formée par l'extrémité inférieure du cubitus. En avant, le tendon du muscle cubital antérieur fortement tendu laisse de chaque côté un enfoncement pouvant recevoir le bout du doigt; les tendons des muscles fléchisseurs sont un peu refoulés en dehors; l'extrémité inférieure de l'avant-bras est moins large que celle du côté opposé. Le croisement des os indiqué par les pathologistes n'est pas aussi marqué qu'ils le disent. Les signes les plus apparents sont: 1° la pronation forcée; 2° la saillie du cubitus; 3° la saillie du tendon du muscle cubital antérieur; 4° la gêne des mouvements. Je reçois le malade à l'hôpital, et le lendemain, 6 mars, quarante-huit heures environ après l'accident, je tente la réduction. Je fais maintenir l'avant-bras par un aide, et je fais moi-même l'extension sur la main. Comme j'ai remarqué que dans le mouvement de pronation la difformité augmente, et que, au contraire, dans le mouvement de supination elle diminue, je dirige la traction dans ce sens. L'os rentre à sa place en faisant entendre un petit bruit très-appréciable pour l'aide et pour moi. Immédiatement toute difformité cesse. Je mets un bandage roulé avec une compresse graduée et une attelle derrière le cubitus. Le lendemain, 7 mars, j'examine les parties et trouve tout en bon état. Je réapplique l'appareil. Le 13 mars, c'est-à-dire sept jours après la réduction, le malade a pu sortir de l'hôpital. Je lui ai recommandé de continuer à envelopper son poignet d'une bande, et je lui ai conseillé de ne pas se servir de sa main.

Indépendamment des luxations de l'extrémité inférieure du cubitus,

immédiatement produites par un mouvement brusque et violent de l'avant-bras ou de l'articulation du poignet, on en observe qui paraissent être le résultat de mouvements journaliers et continus de cette partie. On ne peut y remédier par une réduction méthodique, parce que les surfaces articulaires se conforment peu à peu au changement de forme que nécessitent ces mouvements. Le seul moyen de s'opposer aux inconvénients qui succèdent à ce déplacement est de faire porter aux malades un bracelet de cuir. J'ai connu des ouvriers qui pouvaient ainsi continuer un état auquel ils auraient été obligés de renoncer sans le secours de ce bandage.

ARTICLE XII.

Des luxations des os de la main.

Nous traiterons dans cet article, 1° des luxations de la main ou du poignet; 2° de celles des os du carpe; 3° de celles des os du métacarpe; 4° enfin de celles des doigts.

§ 1. — Des luxations du poignet.

Les trois premiers os du carpe forment une convexité oblongue transversalement, inclinée en arrière, et qui s'emboîte dans une cavité creusée sur l'extrémité inférieure du radius. Quoique le cubitus paraisse contribuer à former cette cavité, il n'y a par lui-même aucune part, mais la face inférieure de la substance ligamento-cartilagineuse, qui se porte transversalement du radius au cubitus, en se plaçant entre ce dernier et l'os pyramidal du carpe, forme la partie interne de cette cavité.

Cette articulation est affermie par une capsule, par deux ligaments latéraux, par deux bandes ligamenteuses, une antérieure et l'autre postérieure, et par les tendons des muscles destinés aux mouvements de la main et des doigts. Ces tendons, rassemblés en faisceaux sur les faces dorsale et palmaire de l'articulation, doivent opposer une grande résistance aux puissances qui tendent à changer le rapport naturel des os qui la forment; aussi remarque-t-on que la main se

luxé rarement, quoiqu'elle soit fréquemment exposée à soutenir des efforts considérables.

Cependant des efforts violents peuvent surmonter la résistance des tendons et des ligaments, et produire la luxation de la main. Cette luxation peut avoir lieu dans quatre sens différents, savoir, en arrière, en devant, en dedans et en dehors. Les luxations en arrière et en devant sont beaucoup plus fréquentes que les luxations en dedans et en dehors; non-seulement parce que les surfaces articulaires ont beaucoup plus d'étendue transversalement que de devant en arrière, et que l'apophyse styloïde du radius et celle du cubitus peuvent s'opposer jusqu'à un certain point aux déplacements latéraux; mais encore parce que les efforts auxquels la main est exposée tendent à la renverser dans le sens de la flexion ou de l'extension, et rarement dans celui de l'adduction ou de l'abduction. Par les mêmes raisons, les luxations en dedans et en dehors sont toujours incomplètes, tandis que les luxations en arrière et en devant sont presque toujours complètes: je dis presque toujours, car il arrive quelquefois que la convexité articulaire du carpe ne sort qu'en partie de la cavité du radius, et qu'alors la luxation en arrière ou en devant est incomplète, comme je l'ai vu plusieurs fois.

Dans toutes ces luxations, les ligaments correspondants au côté vers lequel le déplacement a lieu doivent nécessairement être rompus, et les tendons plus ou moins distendus suivant l'étendue du déplacement: sans cette rupture, les pièces osseuses ne manqueraient pas de reprendre spontanément leur place naturelle, par la seule inclinaison des surfaces articulaires, et surtout par l'élasticité des tendons, notamment dans la luxation en devant qui est la plus fréquente.

Une chute sur la paume ou sur le dos de la main, ou bien sur le côté radial ou cubital de la même partie, un effort exercé immédiatement et d'une manière inopinée sur la partie supérieure de l'avant-bras, dans le sens de la flexion, de l'extension, de l'abduction ou de l'adduction, la main étant fixée, sont les causes ordinaires de la luxation.

Quel que soit le sens dans lequel la luxation a lieu, les mouvements de la main ne peuvent plus s'exécuter, les mouvements de rotation du radius sont impossibles, par les déplacements qu'ils impriment à la main et que la luxation de cette dernière rend très-douloureux. Mais chaque espèce de luxation présente en outre des

phénomènes particuliers propres à la faire reconnaître. 1° Dans la luxation en devant, la main est fixée dans une extension proportionnée au degré du déplacement; les doigts sont plus ou moins fléchis; le carpe fait une saillie remarquable à la partie antérieure de l'articulation; on voit en arrière, au-dessous de l'extrémité inférieure du radius, une dépression d'autant plus étroite, et ressemblant d'autant mieux à un pli transversal, que la main est plus renversée en arrière; les tendons des muscles fléchisseurs sont dans une tension manifeste et considérable. 2° Dans la luxation en arrière, la main est fixée dans la flexion; les doigts sont étendus, ou peuvent l'être sans efforts; le carpe fait une saillie à la partie postérieure de l'articulation; on remarque une dépression ou une sorte de pli transversal au-dessous de l'extrémité inférieure de l'avant-bras et du côté de la face palmaire; les tendons des muscles extenseurs sont tendus et soulevés. 3° Dans la luxation du carpe en dehors, la main est fortement inclinée vers le côté cubital de l'avant-bras, et fixée dans l'adduction; le côté externe du carpe est saillant au-dessous de l'extrémité inférieure du radius. 4° Dans la luxation en dedans, la main est fortement inclinée sur le pouce, et le côté interne du carpe forme une saillie au-dessous de l'extrémité inférieure du cubitus.

En général, les luxations du poignet sont très-fâcheuses, à cause du déchirement des ligaments, de la distension des tendons et des autres parties molles qui environnent l'articulation: d'où résultent presque inévitablement une douleur extraordinaire, le gonflement, l'inflammation, des épanchements de matière glaireuse ou synoviale dans les gaines des tendons, et quelquefois même des abcès. D'ailleurs, la cure de ces luxations est toujours fort longue. Il reste souvent une gêne considérable dans les mouvements, et quelquefois même une ankylose. On ne sera point surpris des accidents fâcheux qui accompagnent ces luxations, si l'on fait attention à la violence de l'effort nécessaire pour rompre les ligaments qui affermissent l'articulation, et pour surmonter la résistance des tendons qui la couvrent et la fortifient. On conçoit que la gravité de la maladie doit augmenter en raison de l'étendue du désordre que les parties molles ont éprouvé, de la mauvaise disposition du blessé, et de la manière peu méthodique dont il aura été traité. Alors il survient quelquefois un gonflement inflammatoire énorme dont on ne peut arrêter les progrès, et qui se termine par la gangrène, ou par une suppuration

excessive qui conduit à la nécessité de l'amputation; ou, si l'on peut conserver le membre sans compromettre la vie du malade, les os s'altèrent, la carie entretient longtemps des fistules, la main se soude avec l'avant-bras, et ses mouvements sont entièrement abolis. Cependant toutes les luxations du poignet avec déchirement considérable des ligaments et des autres parties molles, ne sont pas accompagnées d'accidents aussi graves. M. Thomassin (1) nous a conservé l'histoire d'un enfant de six ans qui s'était luxé complètement le poignet de la main gauche en tombant de cheval. L'extrémité inférieure du radius avait percé les téguments à la face interne du poignet, entre l'artère radiale et la masse formée par la réunion des tendons des muscles fléchisseurs du poignet et des doigts, et débordait de la longueur d'un travers de doigt; le cubitus était demeuré sous les muscles, et s'avancait jusque sous l'os crochu. Une luxation aussi grave eut une issue heureuse: l'enfant dut sa guérison aux soins éclairés de M. Thomassin; et, ce qu'il y a de très-remarquable, c'est qu'il pouvait exécuter les mouvements du poignet avec autant de liberté qu'avant sa blessure. La seule difformité qui lui resta fut un gonflement assez apparent de l'extrémité de l'os, mais qui ne gênait en rien les mouvements.

Les luxations du poignet se réduisent avec assez de facilité, lorsqu'elles sont incomplètes; mais lorsqu'elles sont complètes, et surtout lorsqu'il est survenu un gonflement inflammatoire très-grand, leur réduction est difficile, et souvent même impossible. Dans ce cas, il y aurait même beaucoup d'inconvénients à l'entreprendre; des tentatives de réduction faites imprudemment ne manqueraient pas d'aggraver la maladie, en ajoutant à l'irritation qui existe déjà. On doit donc alors combattre l'engorgement inflammatoire par les moyens antiphlogistiques les plus puissants, et lorsqu'il est dissipé, ou considérablement diminué, on procède à la réduction si elle est encore possible.

Pour opérer la réduction de ces luxations, on s'y prend de la manière suivante. Le malade étant assis, un aide vigoureux embrasse la partie supérieure de l'avant-bras avec ses deux mains; un autre aide, encore plus fort et plus intelligent, embrasse le métacarpe le

(1) *Journal de médecine*, t. XXXIX, p. 100.

plus près du carpe qu'il est possible. Ils tirent d'abord avec douceur, puis en augmentant les forces par degrés jusqu'à ce que l'extension soit suffisante. La réduction s'opère quelquefois par cette seule manœuvre; mais le plus souvent il est nécessaire de faire des mouvements pour la faciliter. Dans ce cas, aussitôt que le chirurgien s'aperçoit que le poignet cède à l'extension, et qu'il s'éloigne de l'avant-bras, il pousse avec ses deux mains la convexité du carpe du côté opposé à la luxation; en même temps il recommande à l'aide chargé de faire l'extension d'imprimer à la main un mouvement en sens contraire de celui qui a eu lieu pendant le déplacement.

Lorsque la luxation est réduite, ce que l'on connaît à la bonne conformation de la partie et à la facilité des mouvements de la main, on entoure l'articulation avec des compresses languettes, trempées dans une liqueur résolutive, et on les assujettit avec un bandage roulé médiocrement serré. Cet appareil simple suffit pour contenir les luxations latérales; mais dans les luxations en devant et en arrière, le carpe conserve ordinairement une tendance si grande à se déplacer de nouveau, que l'on est obligé, pour le contenir, de placer sur deux compresses languettes deux attelles de bois, l'une antérieurement, l'autre postérieurement, comme dans la fracture de l'avant-bras, et de les assujettir avec une bande roulée. Hippocrate, à qui cette tendance du carpe à se déplacer de nouveau n'a point échappé, et qui recommande l'usage des attelles, veut qu'elles s'étendent jusqu'aux doigts; qu'on lève plus souvent l'appareil qu'aux fractures, et qu'on y fasse de plus fréquentes fomentations. Nous avons eu occasion plusieurs fois de nous convaincre de l'excellence de ce précepte, et notamment sur un jeune homme de dix-huit à vingt ans qui s'était luxé le poignet en arrière, en tombant sur le dos de la main: les os du carpe avaient une telle disposition à sortir de la cavité du radius, qu'il fallut exercer une compression assez forte pour les retenir dans leur place naturelle.

Il n'y a peut-être point de luxations dans lesquelles les moyens généraux et particuliers propres à prévenir les accidents soient plus nécessaires que dans celles du poignet. On doit donc, dans toutes les luxations de cette partie, avoir recours à la saignée, au régime et aux boissons délayantes et rafraichissantes. Après ces secours, qui doivent être administrés dans les premières vingt-quatre heures de la maladie, si le malade n'éprouve qu'une douleur médiocre, on ne doit lever

l'appareil qu'au bout de deux ou trois jours. Alors s'il n'est survenu que le gonflement inséparable de la déchirure des ligaments, et de la distension des autres parties molles, on réapplique l'appareil de la même manière que la première fois, et on continue l'usage des résolutifs jusqu'au moment où l'on juge convenable de faire exécuter des mouvements à la main, pour prévenir la roideur qu'un trop long repos pourrait faire contracter à l'articulation.

Quoique la réduction ait été bien faite, et que les moyens propres à prévenir les accidents aient été employés efficacement, il reste souvent un engorgement lymphatique qui dure longtemps, et qui rend les mouvements du poignet et des doigts très-difficiles. Cet engorgement, qui a son siège dans le tissu cellulaire qui environne les tendons, et qui en remplit les interstices, produit, à l'endroit de l'articulation, une difformité qui, jointe à la saillie de l'extrémité inférieure du cubitus, et à la difficulté des mouvements, peut faire croire aux malades, et même à des chirurgiens peu instruits, que la réduction n'a pas été bien faite; mais cette difformité n'en impose point aux praticiens éclairés, qui savent qu'elle est une suite naturelle de la maladie, qu'elle ne demande qu'un long usage des remèdes propres à dissiper l'engorgement, et dont nous avons parlé en traitant de l'entorse.

Lorsque la luxation du poignet est compliquée d'un engorgement inflammatoire très-considérable, on doit se hâter de le combattre par les moyens les plus énergiques, afin de prévenir la suppuration qui pourrait en être le résultat. S'il se forme des abcès malgré l'emploi de ces moyens, on doit les ouvrir aussitôt que la fluctuation est manifeste. Toutefois il faut prendre garde de s'en laisser imposer par les apparences de la fluctuation; car il n'y aurait pas moins d'inconvénient à pratiquer des incisions, lorsqu'il n'y a point de collection purulente, qu'à attendre pour faire ces incisions que la suppuration eût causé un désordre considérable. Mais quand les choses en sont venues là, il est fort à craindre, si la luxation n'a pas été réduite, qu'elle soit irréductible; et dans ce cas, comme dans celui où les os ont été remis dans leur situation naturelle, il est probable qu'il se formera une ankylose, et que les mouvements de la main seront perdus pour jamais. Il peut même se faire que l'altération des surfaces articulaires, l'abondance de la suppuration, et la fièvre lente qui en est la conséquence, forcent à recourir à l'amputation de l'avant-bras.

Dans le cas où le radius aurait rompu les téguments et se serait fait jour au dehors, les ligaments énormément déchirés ne pourraient opposer aucune résistance à la rétrocession de l'os : la peau seule dont l'ouverture est rétrécie par le gonflement inflammatoire pourrait arrêter ce mouvement rétrograde; et, dans ce cas, elle ne devrait pas être épargnée. On inciserait donc les téguments autant qu'il paraîtrait nécessaire pour obtenir la réduction. Mais dans cette circonstance, il faudrait s'attendre à des accidents très-graves, à une suppuration abondante, et tout au moins à l'ankylose. Cependant, dans le cas de cette nature rapporté par M. Thomassin, le malade guérit sans accidents, et sans rien perdre de la mobilité de la main; mais ce cas ne peut être considéré que comme une exception heureuse à la règle générale (a).

(a) — Boyer fait observer, au commencement du paragraphe sur les luxations du poignet, que la main se luxe rarement, quoiqu'elle soit fréquemment exposée à soutenir des efforts considérables; et plus loin il dit que ces luxations sont presque toujours complètes, mais que cependant il arrive quelquefois que la convexité articulaire du carpe ne sort qu'en partie de la cavité du radius, et qu'alors la luxation en arrière ou en devant est incomplète, comme il en a vu plusieurs exemples. Plus loin encore il dit que souvent la simple extension pratiquée sur la main suffit pour réduire la luxation en avant ou en arrière; que cette luxation a une grande tendance à se déplacer de nouveau, et que, pour prévenir ce déplacement, il faut appliquer en avant et en arrière des attelles qui s'étendent jusque sur la main; qu'il reste souvent après la réduction un engorgement lymphatique qui subsiste longtemps, et qui rend les mouvements du poignet et des doigts très-difficiles, et que de cet engorgement résulte une difformité qui, jointe à la saillie de l'extrémité inférieure du cubitus et à la difficulté des mouvements, fait croire que la luxation n'a pas été réduite.

Il est évident que toute cette doctrine doit être rapportée aux fractures de l'extrémité inférieure du radius, et que, dans l'état actuel de la science, on doit appliquer à ces fractures presque tout ce qui a été dit sur les luxations du poignet en avant et en arrière. Cependant on ne peut pas nier l'existence des luxations du poignet : les

recherches d'anatomie pathologique l'ont prouvée dans ces derniers temps. Nous devons en admettre deux classes, les luxations par cause traumatique et les luxations par maladie des surfaces articulaires. Les premières sont très-rares; plusieurs des observations rapportées peuvent être regardées comme douteuses, et d'autres manquent de détails suffisants. Le cas de luxation du poignet en arrière cité par M. Voillemier, dans les *Archives générales de médecine*, est irrécusable à cause de tous les détails pathologiques et anatomiques donnés par l'observateur, de sorte qu'on ne peut aujourd'hui nier la possibilité de cette luxation. Les secondes sont beaucoup plus fréquentes. Elles sont la conséquence de plaies de l'articulation, de fractures du radius et d'entorses violentes du poignet. Elles n'ont lieu que lorsque le traitement n'a pas été convenablement fait et qu'on n'a pas eu le soin de soutenir la main pendant tout le temps de la cure. Lorsqu'on ne prend pas cette précaution, le poids de la main l'entraîne dans la flexion, le bord supérieur du carpe fait saillie à la partie postérieure du poignet, et peu à peu la luxation en arrière s'effectue.

§ 2. — Des luxations des os du carpe entre eux.

Les os du carpe sont unis ensemble d'une manière si serrée et si solide, et les mouvements de ces os les uns sur les autres sont si bornés, que leur déplacement paraît absolument impossible. Cependant la tête du grand os peut sortir de la cavité formée par le scaphoïde et le semi-lunaire dans laquelle elle est reçue. Les os de la première rangée du carpe sont articulés avec ceux de la seconde, de manière à pouvoir exécuter de légers mouvements de flexion et d'extension, qui contribuent aux changements de forme dont le carpe est susceptible, et qui augmentent un peu les mouvements de flexion et d'extension de la main sur l'avant-bras. Or, dans le premier de ces mouvements, la tête du grand os, qui est fort inclinée en arrière, soulève la capsule mince qui environne son articulation, et si ce mouvement est porté très-loin, elle rompt cette capsule et les fibres accessoires qui la fortifient, et s'échappe de la cavité dans laquelle elle est placée; mais elle n'abandonne jamais entièrement cette cavité, seulement elle dépasse plus ou moins le niveau de la partie postérieure des autres os du carpe. Je tiens de Chopart qu'il avait vu une fois cette luxation sur un boucher. Je l'ai rencontrée plusieurs fois, et j'ai observé

qu'elle est plus commune chez la femme que chez l'homme; sans doute parce que, dans la femme, les ligaments sont en général moins forts et moins serrés, et que chez elle les os du carpe jouissent d'une plus grande mobilité que chez l'homme. Cette luxation est toujours l'effet d'une flexion forcée de la main, soit dans une chute sur le dos de cette partie, soit en saisissant un corps quelconque avec violence, et en fléchissant fortement le poignet.

On reconnaît la luxation du grand os aux circonstances commémoratives et à une tumeur dure, circonscrite dans l'endroit du dos de la main qui correspond à la tête de cet os. Cette tumeur augmente dans la flexion de la main, et diminue dans l'extension; on peut même la faire disparaître entièrement alors par une compression légère. Cette luxation ne cause presque aucune incommodité; mais la tête du grand os reste toujours plus saillante quand la main est fléchie, et forme une tumeur plus ou moins marquée, suivant l'étendue du déplacement. Cette tumeur est à peine sensible dans les femmes qui ont la main potelée.

On réduit facilement cette luxation en étendant la main et en exerçant une légère pression sur la tête du grand os. Mais s'il est facile de faire rentrer cette tête dans la cavité formée par le scaphoïde et le semi-lunaire, il est très-difficile de l'y maintenir. Pour cela, il faudrait tenir la main dans l'extension, et comprimer la tête du grand os avec un appareil convenable pendant tout le temps nécessaire pour la consolidation des ligaments déchirés. Mais on trouve très-peu de malades qui attachent assez d'importance à cette luxation, pour se soumettre à un traitement aussi long et aussi gênant. D'ailleurs, il arrive quelquefois que les personnes qui ont éprouvé cet accident ne s'en aperçoivent et ne réclament les secours de l'art que lorsqu'il s'est déjà écoulé un espace de temps assez long pour rendre le traitement inutile. On se contente donc, en général, de combattre la douleur qui accompagne cette luxation dans les premiers temps par les cataplasmes émollients et anodins: l'on emploie ensuite les résolutifs (a).

(a) — Un grand nombre des individus qui sont obligés de fléchir fortement la main pour leurs travaux, en appuyant un instrument sur le creux de la main, est exposé à voir un déplacement du grand os

vers le dos de la main : mais c'est une simple difformité et non pas une luxation. Chez quelques-uns, cette difformité occasionne une très-grande gêne à laquelle il est difficile de remédier, à cause de la disposition peu commode de la main pour un bandage compressif.

Je n'ai eu qu'une seule fois l'occasion de voir une luxation évidente et complète du grand os : c'était chez une fille de salle dans un restaurant. Cette femme, qui vint à la consultation publique de l'hôpital, me dit que depuis huit mois elle avait une tumeur au dos de la main, et qu'elle pensait qu'elle était la conséquence de l'habitude de déboucher chaque jour un grand nombre de bouteilles. Elle portait sur le dos de la main une tumeur osseuse beaucoup plus apparente dans la flexion que dans l'extension. Cette tumeur était douloureuse quand la malade fléchissait la main; et la douleur augmentait beaucoup quand j'appuyais sur elle. J'essayai inutilement de la repousser en avant. Je lui conseillai alors de porter un gantelet de peau très-résistante qui empêcherait la saillie de l'os. Cette femme avait observé que pendant les huit mois qui s'étaient écoulés depuis l'apparition de la tumeur, celle-ci n'avait fait aucun progrès. Elle n'a pas su d'ailleurs me dire si l'apparition de cette tumeur avait été instantanée ou progressive.

§ 3. — Des luxations des os du métacarpe.

Les articulations des quatre derniers os du métacarpe entre eux et avec ceux du carpe, surtout celles du second et du troisième, sont si serrées, et ces os sont si peu mobiles, qu'ils ne peuvent éprouver aucun déplacement. Les causes qui tendraient à luxer ces os, si elles ne les fracturent point, peuvent produire dans leurs ligaments une distension considérable, et même un déchirement partiel, d'où suit un gonflement douloureux qui rend les mouvements de la main et des doigts difficiles pendant quelque temps. On combat cet accident d'abord par les émollients, et ensuite par les résolutifs.

Le premier os du métacarpe, articulé seulement avec le trapèze, et susceptible d'exécuter des mouvements de flexion, d'extension, d'abduction et d'adduction, peut éprouver des déplacements; mais comme les efforts capables de les produire doivent nécessairement agir sur cet os, et que ceux qui s'exercent sur le pouce causent plutôt la luxation de sa première phalange que celle du métacarpe, il en résulte que les luxations de cet os sont extrêmement rares.

Mobile dans quatre sens différents, qui sont la flexion, l'extension, l'abduction et l'adduction, le premier os du métacarpe semblerait pouvoir se luxer en arrière, en devant, en dedans et en dehors. Mais de ces quatre espèces de luxations, la première est, sinon la seule possible, au moins la seule qui ait été observée. La luxation en devant ne pourrait avoir lieu que dans un renversement extrême de l'os en arrière; mouvement qui a rarement lieu, et auquel s'opposent les muscles court fléchisseur et opposant du pouce couchés sur la partie antérieure de l'articulation qu'ils affermissent singulièrement. La luxation en dedans ne pourrait arriver que dans un mouvement extrême d'abduction du premier os du métacarpe, et ce mouvement est empêché par les muscles qui remplissent l'intervalle compris entre cet os et le second, et par la résistance que le côté externe de ce dernier opposerait à l'extrémité supérieure du premier, si elle tendait à abandonner la surface articulaire du trapèze. Enfin, la luxation en dehors exigerait un mouvement d'adduction dont le premier os du métacarpe n'est pas susceptible, étant bientôt arrêté dans ce mouvement par la rencontre du second os de la même partie.

La luxation du premier os du métacarpe en arrière ne peut être produite que par une force extérieure qui agit sur la partie postérieure de cet os, et le porte subitement et avec violence du côté de la flexion; et c'est ordinairement dans une chute sur le bord externe de la main que cette luxation a lieu. Dans cette circonstance, l'extrémité supérieure de l'os portée en arrière avec force déchire le ligament capsulaire, soulève les tendons des muscles extenseurs du pouce, et passe derrière le trapèze.

On connaît cette luxation à la tumeur formée par l'extrémité supérieure de l'os déplacé, à la flexion du pouce et du premier os du métacarpe, à l'impossibilité d'étendre ce doigt, et à la douleur que le malade éprouve lorsqu'on veut exécuter ce mouvement. Le gonflement considérable qui accompagne bientôt cette luxation empêche quelquefois de la reconnaître; et si l'on se contente alors de combattre ce gonflement par les applications émollientes, la luxation devient irréductible; ou si l'on parvient à la réduire, comme le ligament capsulaire s'est consolidé dans l'état de déplacement où l'os se trouve, celui-ci se déplace de nouveau avec une facilité singulière, et les mouvements du pouce sont gênés pour toujours.

Pour réduire cette luxation, pendant qu'un aide tire sur le pouce et