

qu'un autre retient la main en agissant sur la partie inférieure de l'avant-bras, le chirurgien agit avec ses pouces sur l'extrémité supérieure de l'os déplacé, et la fait rentrer dans sa cavité naturelle, en la poussant en devant et en bas. Quand la luxation est réduite, ce que l'on connaît à la bonne conformation de la partie et à un bruit sourd qui se fait entendre au moment où les rapports naturels des os se rétablissent, on entoure le poignet avec des compresses trempées dans une liqueur résolutive, et on les assujettit avec une bande roulée; ensuite on place le long de la partie postérieure de l'os une compresse languette, et par-dessus une petite attelle de bois que l'on fixe avec le reste de la bande roulée; cette attelle est nécessaire pour contrebalancer la tendance de l'os à se déplacer de nouveau. Lorsque la luxation est accompagnée de gonflement inflammatoire, on emploie les cataplasmes émollients; et aussitôt que cet accident est dissipé, on a recours aux résolutifs et à l'appareil contentif dont nous venons de parler. Quand la luxation a été méconnue, et qu'elle n'a pas été réduite dans le principe, on peut par la suite en opérer facilement la réduction; mais aussitôt que les efforts réductifs cessent, l'os se déplace de nouveau. Nous pourrions rapporter plusieurs observations confirmatives de ce que nous venons de dire sur la luxation du premier os du métacarpe; mais nous nous bornerons à la suivante pour ne pas grossir inutilement cet article. Madame de La P... se luxa le premier os du métacarpe gauche en arrière, en tombant sur le bord externe de la main. La luxation fut méconnue par le chirurgien du village où madame de La P... se trouvait alors. On se contenta de combattre le gonflement et la douleur par les cataplasmes émollients, et l'on eut recours ensuite aux résolutifs. Ces accidents se dissipèrent, mais il resta de la difformité au côté externe du carpe, et les mouvements du pouce étaient très-gênés, surtout celui d'extension. Deux mois après cet accident, madame de La P... étant à Rennes, consulta son chirurgien ordinaire, qui connut la luxation, la réduisit avec facilité, et conseilla l'usage d'une attelle et d'un bandage roulé pour la contenir; mais ces moyens furent négligés. Ce ne fut que plus de six mois après que je vis madame de La P...; voici quel était alors l'état des choses: l'extrémité supérieure du premier os du métacarpe formait en arrière une saillie très-remarquable; cet os et le pouce étaient inclinés vers la paume de la main; en pressant avec le pouce sur la saillie formée par l'extrémité supérieure de l'os, on faisait rentrer cette extrémité

dans sa place naturelle, et la saillie disparaissait; tant que l'on continuait la pression, l'os restait en place, et le pouce pouvait se fléchir et s'étendre aussi librement que dans l'état naturel; mais aussitôt que l'on discontinuait la pression, l'os se déplaçait de nouveau, et les mouvements du pouce redevenaient presque impossibles. Je proposai à madame de La P... d'employer un moyen mécanique propre à comprimer l'extrémité supérieure de l'os, et à la maintenir dans sa place naturelle; mais comme elle était peu incommodée par cette luxation, et que d'ailleurs je ne lui dissimulai pas que, pour retirer de ce moyen tout l'avantage qu'on pouvait en attendre, il faudrait en continuer l'usage pendant très-longtemps, elle préféra rester dans l'état où elle était. J'ai vu depuis cette dame, et j'ai remarqué qu'il ne s'était fait aucun changement dans cet état (a).

(a) — Astley Cooper dit avoir observé une luxation du premier os métacarpien sur l'os trapèze, dans laquelle l'os métacarpien avait été porté *en dedans*, entre le trapèze et la tête du deuxième métacarpien. L'os formait une saillie vers la paume de la main; le pouce était renversé en arrière et ne pouvait être porté vers le petit doigt; il y avait aussi beaucoup de douleur et de gonflement. On peut rapporter ce déplacement à la luxation *en avant*.

Il conseille, pour faciliter la réduction, d'incliner le pouce vers la paume de la main pendant les efforts d'extension, afin de diminuer la résistance des muscles fléchisseurs, qui sont plus puissants que les extenseurs. L'extension doit être soutenue pendant longtemps et avec fermeté; car aucun effort brusque ne pourrait opérer la réduction. Si l'os, ajoute-t-il, ne peut être réduit par la simple extension, il vaut mieux abandonner la maladie aux chances d'amélioration que peut offrir le temps, que de diviser les muscles et de s'exposer à léser les nerfs et les vaisseaux sanguins.

Astley Cooper parle beaucoup des luxations des os métacarpiens qui sont la conséquence des plaies d'armes à feu qui éclatent dans les mains, et qui sont compliquées de fractures. Je ne crois pas devoir m'étendre sur ce sujet. Ces luxations rentrent dans les complications des plaies, et non dans les luxations dont nous nous occupons, et qui sont sans plaies des parties molles.

## § 4. — Des luxations des doigts.

La première phalange de chaque doigt s'articule par arthrodie avec la tête de l'os du métacarpe correspondant. Cette articulation est environnée par une capsule, et affermie sur les côtés par des ligaments latéraux : le tendon des muscles extenseurs la fortifie en arrière, ceux des fléchisseurs en avant, et ceux des interosseux et des lombricaux sur les côtés. L'articulation de la première phalange du pouce est de plus fortifiée par les muscles court abducteur, opposant, court fléchisseur et adducteur de ce doigt. Celle du petit doigt est fortifiée aussi par le muscle fléchisseur et par l'abducteur. L'articulation des premières phalanges permet des mouvements de flexion, d'extension, d'adduction, et même de légers mouvements circulaires. La flexion est beaucoup plus étendue que l'extension. La première phalange du petit doigt se fléchit beaucoup plus que celle des autres doigts. La flexion de celle du pouce est extrêmement bornée.

La première phalange de tous les doigts est susceptible de se luxer; mais celle du pouce se luxer plus fréquemment que celle des autres doigts, sans doute parce que ce doigt est beaucoup plus exposé que les autres à l'action des causes capables de produire le déplacement. Les premières phalanges peuvent se luxer en arrière, en devant et sur les côtés. La disposition de la tête des os du métacarpe rend la luxation en devant sinon absolument impossible, au moins extrêmement difficile. En effet, cette éminence se prolonge tellement en avant, que la première phalange peut exécuter un grand mouvement de flexion, sans que la cavité articulaire de sa base cesse d'être en contact avec cette même éminence. Cette disposition est si marquée dans le quatrième os du métacarpe, et surtout dans le cinquième, que la flexion du doigt annulaire et du petit doigt est arrêtée par la résistance de la paume de la main, avant qu'elle soit portée au point nécessaire pour que la luxation ait lieu, en sorte que cette luxation est absolument impossible. Dans les trois autres os du métacarpe, et particulièrement dans le premier, la tête se prolongeant moins en avant, la flexion de la première phalange est moins grande; et si ce mouvement est porté à un très-haut degré, par une violence extérieure, la luxation en devant pourra avoir lieu; mais on conçoit aisément combien cette luxation doit être rare et difficile.

Le point d'appui que les doigts se prêtent naturellement, et la force des ligaments latéraux, rendent les luxations latérales en dehors ou en dedans extrêmement difficiles, pour ne pas dire tout à fait impossibles.

La luxation en arrière est la plus facile et celle qu'on observe le plus communément. Elle peut arriver à tous les doigts; mais le pouce est celui où elle a lieu le plus ordinairement. Dans certains sujets la première phalange de ce doigt a une telle disposition à se luxer en arrière, qu'ils peuvent à volonté, par la seule contraction des muscles, produire cette luxation et la réduire ensuite. Nous avons eu occasion d'examiner le pouce de plusieurs personnes qui étaient dans ce cas, et il nous serait difficile de dire si cette disposition de la première phalange à se déplacer en arrière tenait au relâchement des ligaments, ou à une conformation particulière des surfaces articulaires.

Indépendamment d'aucune disposition particulière favorable à son déplacement, la première phalange du pouce se luxer en arrière, lorsque ce doigt est forcé dans l'extension par une violence extérieure: alors la base de cette phalange glisse de devant en arrière sur la tête du premier os du métacarpe, et passe derrière cette éminence en déchirant le ligament capsulaire et distendant les tendons des muscles extenseurs; les ligaments latéraux éprouvent un changement de direction, mais ils se prêtent au déplacement sans se déchirer.

Les signes de cette luxation sont si évidents qu'il est presque impossible de la méconnaître: la première phalange est renversée du côté de l'extension, au point de faire un angle presque droit avec le premier os du métacarpe; la tête de cet os forme une tumeur remarquable à la partie antérieure de l'articulation; la dernière phalange est fléchie par le tiraillement du tendon du muscle long fléchisseur, et il est impossible de l'étendre, comme aussi de fléchir la première.

Cette luxation est très-facile à réduire lorsqu'elle est récente; mais elle devient promptement irréductible quand elle est méconnue et abandonnée à elle-même. J'ai tenté inutilement de la réduire au bout de dix jours, sur un perruquier de Saint-Cloud qui fut reçu à l'hôpital de la Charité. Desault nous racontait dans ses leçons, qu'étant encore jeune et à peine initié dans la pratique de la chirurgie, il avait vu un épicier de la place Maubert qui s'était luxé la première phalange du pouce en arrière, dans une chute sur la main: l'accident existait depuis douze ou quinze jours, lorsque Desault fut consulté.

Ce chirurgien, devenu si célèbre depuis, n'ayant pas pu réduire cette luxation par le procédé ordinaire, proposa d'inciser derrière l'extrémité de la phalange, et d'introduire un levier à la faveur de cette incision, dans le dessein de pousser la phalange avec force, en la culbutant, en quelque sorte, pour la conduire dans sa place naturelle. Le malade, effrayé de cette proposition, ne voulut point se soumettre à l'opération, et resta avec sa luxation. La difficulté de la réduction vient sans doute du peu de prise que le pouce fournit à la puissance contre-extensive, et de la résistance que lui opposent les muscles très-forts qui environnent l'articulation.

La réduction de cette luxation s'opère de la manière suivante : un aide retient la main en agissant sur la partie inférieure de l'avant-bras qu'il embrasse avec ses deux mains; un autre aide vigoureux saisit le pouce et fait l'extension : lorsque le chirurgien s'aperçoit que la phalange luxée cède et obéit à la puissance extensive, il presse avec ses deux pouces sur la base de la phalange, et la pousse en avant et en bas, pendant que l'aide qui fait l'extension porte cette phalange du côté de la flexion. Quand la réduction est difficile, on place un lacs sur le pouce, afin de donner plus de prise à la puissance extensive, et de pouvoir la proportionner à la résistance des muscles, en faisant agir plusieurs aides sur le lacs.

Lorsque la luxation est réduite, on entoure l'articulation avec des compresses languettes imbibées d'une liqueur résolutive, et dont les extrémités se croisent en arrière; ensuite on fait un bandage en manière de spica, avec une bande roulée, et on soutient la main dans une écharpe. S'il survient du gonflement et de la douleur, on aura recours aux cataplasmes émollients, et lorsque ces accidents seront dissipés, on reprendra l'usage des résolutifs.

La luxation en devant et les luxations latérales en dehors ou en dedans de la première phalange des doigts sont très-difficiles et par conséquent très-rarés, comme nous l'avons dit plus haut. Si ces luxations avaient lieu, il serait si aisé de les connaître, de les réduire, et de les maintenir réduites, que nous croyons pouvoir nous dispenser d'entrer dans aucun détail à ce sujet.

L'articulation ginglymoïde de la seconde et de la troisième phalange des doigts est entourée par une capsule très-mince, et fortifiée sur les côtés par deux ligaments latéraux, en arrière par le tendon des muscles extenseurs, et en devant par ceux des fléchisseurs.

Ces phalanges, dont les mouvements sont bornés à la flexion et à l'extension, peuvent se luxer en arrière, en devant et sur les côtés. La luxation en arrière est la plus facile et la plus commune; les luxations sur les côtés sont très-difficiles, à raison de la force des ligaments latéraux, et de la grande étendue transversale des surfaces articulaires; la luxation en devant paraît impossible dans les secondes phalanges, à cause de la direction des condyles de l'extrémité inférieure des premières phalanges, lesquels sont tellement prolongés en devant, que la flexion de la seconde phalange ne peut jamais être portée assez loin pour que cette phalange cesse d'être en rapport avec la première. Beaucoup moins prolongés en devant, les condyles de la seconde phalange ne permettent pas à la troisième une flexion aussi grande, et la luxation en devant de celle-ci n'est pas absolument impossible.

Il n'y a rien de particulier à dire sur les causes des luxations de la seconde et de la troisième phalanges, telles que les chutes, les coups, les efforts, enfin les contorsions que les doigts pris ou engagés entre des corps solides peuvent éprouver.

L'articulation de ces phalanges n'étant couverte que par la peau et les tendons des muscles fléchisseurs et extenseurs, leurs luxations sont très-faciles à reconnaître. Dans la luxation en arrière, la seule que nous ayons eu occasion d'observer, la phalange luxée est renversée du côté de l'extension, et forme avec celle qui lui est supérieure, un angle plus ou moins ouvert. Lorsque c'est la seconde phalange qui est luxée, la troisième est fléchie par l'allongement du tendon du muscle fléchisseur profond, et il est impossible de l'étendre, comme aussi de fléchir la seconde.

Cette luxation est très-facile à réduire lorsqu'elle est récente; mais si elle était ancienne, il est probable que la réduction en serait difficile et peut-être même impossible. Pour opérer cette réduction, la main étant fixée par un aide qui embrasse le poignet, le chirurgien saisit la phalange luxée, la tire fortement à lui, et lorsqu'il remarque qu'elle cède et se dégage, il la ramène à sa rectitude naturelle, en l'inclinant du côté de la flexion. Si l'on ne réussit pas de cette manière, un aide saisira le doigt pour faire l'extension; en même temps le chirurgien agira avec ses pouces sur la base de la phalange luxée et la poussera en devant, tandis que l'aide qui fait l'extension inclinera la phalange vers la flexion. Quand la luxation est réduite, on la contient