

faisait une saillie considérable; derrière le péroné répondait le tendon d'Achille; les douleurs étaient inouïes depuis le moment de l'accident.

Enhardi par de nombreux succès, Desault tente la réduction. Un aide saisit la partie supérieure de la jambe pour la contre-extension; un autre pour l'extension embrasse d'une main le métatarse, de l'autre le talon; ils tirent en sens contraire, en même temps qu'appuyant les pouces sur l'astragale. Desault s'efforce de le replacer dans sa cavité; ses tentatives sont infructueuses; trop étroite, l'ouverture capsulaire de l'astragale ne pouvait plus le laisser passer; sans hésiter, il incise les téguments qui recouvraient l'os, met la capsule et les ligaments à découvert, incise les parties dans une étendue convenable, avec la précaution de ménager le tendon du jambier antérieur. Rendus libres par là, les passages se prêtent facilement à la réduction, et toutes les parties reprennent sans peine leur place naturelle.

Quelques dispositions bilieuses s'étant développées, elles furent combattues par de l'émétique donné en lavage. Le trentième jour, bon état des plaies, contact exact de tous les os. Le cent vingt-septième jour, gonflement considérable autour de l'articulation, sortie d'une portion d'os. Au cinquième mois, dépôt considérable survenu au talon, ouverture de cet abcès, issue d'une nouvelle esquille; sur ces entrefaites, le malade quitta l'Hôtel-Dieu. De nouvelles portions d'os sortirent encore. Revenu ensuite au bout d'un an, il sortit de nouveau parfaitement guéri, à un peu de gêne près dans les mouvements.

Cette observation, celles de M. Dupuytren et celles de J.-L. Petit, justifient ce que nous avons dit sur les inconvénients des incisions pratiquées pour réduire la luxation de l'astragale.

## ARTICLE III.

DE LA LUXATION DE LA PREMIÈRE ET DE LA SECONDE  
PHALANGE DU POUCE.

Tous les auteurs qui ont écrit sur les maladies des os conviennent que la luxation de la première phalange du pouce est souvent très difficile à réduire, et parfois même irréductible.

Mais à quoi tiennent ces difficultés? évidemment à l'articulation. Pour s'en rendre un compte exact, il faut examiner avec soin les surfaces articulaires, les ligaments, les muscles environnants, et surtout ceux dont l'insertion se fait très près des extrémités articulaires.

Le plus ordinairement, les os sont non seulement maintenus par une espèce d'engrènement, d'harmonie, qui dépend de la configuration de leurs extrémités, mais encore par des expansions fibreuses qui constituent les ligaments. Qui de vous cependant ne s'aperçoit aussitôt que dans un grand nombre de circonstances ces moyens seraient insuffisants pour résister à l'action puissante des agents externes, dont le choc tend à changer les rapports des surfaces articulaires, s'ils n'étaient fortement secondés par les muscles qui leur servent pour ainsi dire de seconds.

C'est par la connaissance parfaite de l'appareil musculaire, soit à l'état sain, soit à l'état anormal, qu'on peut comprendre le mécanisme des luxations, les difficultés de la réduction, et les moyens de les surmonter.

Lorsque les extrémités osseuses ont changé de rapport, la direction des fibres musculaires peut aussi changer; il en résulte souvent que les fibres sont plus ou moins relâchées, tirillées, suivant que les os auxquels elles s'insèrent sont eux-mêmes portés sur l'un ou sur l'autre, qu'ils sont rapprochés ou éloignés. Vous comprenez que ces déplacements

anatomiques doivent déterminer des modifications physiologiques; et dès lors vous ne serez pas surpris que des abducteurs puissent devenir adducteurs, et des fléchisseurs, extenseurs, etc.

On voit donc que pour avoir une idée nette des luxations, il faut étudier avec le même soin les extrémités osseuses, les ligaments et les muscles.

Ces préliminaires établis, citons plusieurs faits de luxation de phalange.

OBS. I. — *Chute en avant sur la paume de la main droite et sur le pouce de la main gauche. — Fracture du radius à droite. — Luxation du pouce sur l'os du métacarpe à gauche. — Réduction. — Guérison.* — Une femme âgée de soixante ans, probablement dans un état d'ivresse, chancela et tomba. Ses deux mains, par un instinct conservateur, se dirigèrent en avant et préservèrent le corps. Dans sa chute, elle porta à droite sur la paume de la main, et la secousse transmise aux os de l'avant-bras détermina une fracture de la partie inférieure du radius, accompagnée d'un léger déplacement.

A gauche, le pouce soutint le choc, et il en résulta une luxation de la première phalange sur l'os du métacarpe. Le pouce était dans la position où il se trouve chez les individus qui ont la faculté de le courber fortement en arrière. Le doigt, promené sur la face palmaire, y sentait la saillie de l'os du métacarpe, et sur la face dorsale la base de la première phalange.

Ces luxations, dont la réduction semble devoir être facile, offrent souvent des difficultés insurmontables; on est quelquefois obligé de renoncer à les réduire, et on a vu la gangrène survenir après ces tentatives infructueuses.

Les premiers essais échouèrent chez cette femme, quoiqu'elle eût été saignée la veille. Une nouvelle saignée fut pratiquée le lendemain, et on prescrivit une potion calmante avec trente gouttes de laudanum.

Le 25 novembre 1829, trois jours après l'accident, le pouce ayant été garni d'un lacs fortement assujéti, la ma-

lade fut conduite à l'amphithéâtre. La luxation fut reconnue par la plupart des personnes environnantes; on put facilement distinguer la double saillie d'un côté de la tête du métacarpe, de l'autre de la base de la phalange.

De nouveaux efforts d'extension furent habilement dirigés, en même temps que M. Dupuytren avait la précaution de retenir le pouce dans sa direction anormale et presque transversale: la réduction fut opérée sans beaucoup de difficulté.

C'est dans le changement de direction des ligaments latéraux, qui, de parallèles à l'axe des os luxés, leur deviennent perpendiculaires; c'est dans la compression qu'ils exercent sur les extrémités osseuses, que se trouve l'obstacle principal à la réduction; l'action des muscles joue un rôle important dans ces difficultés. Il est probable que le point rapproché du lien luxé sur lequel on est obligé d'appliquer les moyens de réduction, et la brièveté de l'organe sur lequel on agit, contribuent aux difficultés souvent insurmontables que présente cette réduction.

OBS. II. — *Chute sur la paume de la main, et principalement sur la face extérieure du pouce. — Luxation en arrière de la première phalange du pouce. — Tentatives inutiles de réduction.* — Un homme robuste, âgé de vingt-huit ans, fit, dans les derniers jours de novembre 1828, une chute dans laquelle il porta sur la paume de la main, mais surtout sur la face antérieure du pouce. A l'instant le doigt devint le siège de douleurs et de forts tiraillements; le malade ne pouvait exécuter aucun mouvement d'extension ni de flexion. Un chirurgien fit plusieurs tentatives de réduction, et employa les émollients sans succès.

Lorsqu'il se présenta à la clinique de M. Dupuytren, la luxation avait déjà vingt-quatre jours de date. Les parties étaient dans l'état suivant:

L'éminence thénar offre à la partie supérieure une saillie contre nature qui est évidemment formée par la tête du métacarpien, qui semble presque sous-cutané; l'extrémité supérieure de la première phalange fait saillie en arrière et

au-dessus de l'extrémité métacarpienne; la phalange ne décrit pas avec le métacarpien un angle presque droit, comme dans les cas les plus ordinaires; la direction des deux os est parallèle, ils sont appliqués l'un contre l'autre; il n'y a pour ainsi dire déplacement que selon la longueur. La peau qui recouvre le bord supérieur de l'adducteur du pouce, et qui se trouve entre la base de ce doigt et celle de l'index, au lieu de former un seul repli tranchant, que l'on voit bien dans l'abduction du pouce, cette peau forme deux replis assez saillants qui circonscrivent un espace triangulaire, dont la base correspond à la base du pouce, et le sommet à la base de l'index.

Au lieu des rides transversales que l'on observe pendant ce mouvement à la face externe de l'éminence thénar, on voit des rides longitudinales, c'est-à-dire suivant l'axe du premier métacarpien. Il n'est pas nécessaire de dire que le pouce est raccourci, que sa dernière phalange est un peu fléchie, et qu'il est impossible d'étendre ou de fléchir la première; mais ce qu'on ne doit pas omettre, c'est la facilité avec laquelle on pouvait faire exécuter à cette première phalange des mouvements latéraux, sans occasionner la plus légère douleur. D'ailleurs, aucun gonflement au pouce et à la main.

Telle était la disposition des organes lorsque le malade fut conduit à l'amphithéâtre. La main est liée à un anneau de fer fixé au mur; des lacs sont appliqués à l'extrémité du pouce; plusieurs élèves pratiquent l'extension; M. Dupuytren dirige leurs mouvements; il cherche à faire la réduction, soit en portant fortement le pouce dans l'extension, soit en dirigeant l'extrémité de la phalange en avant et en bas; mais, quelque bien conduits que soient les efforts, la luxation ne peut être réduite; le malade est replacé à son lit, et des précautions sont prises pour combattre les accidents qui pourraient survenir.

Comment se rendre compte de ces difficultés? Si l'on consulte Boyer, Marjolin, Samuel Cooper, Delpech, on voit que la luxation de la première phalange du pouce peut devenir

irréductible quand on reste quelque temps avant de la réduire. Cette circonstance fâcheuse dépend alors des ligaments latéraux qui agissent plus ou moins obliquement, plus ou moins perpendiculairement, et qui fixent les extrémités osseuses dans leurs rapports vicieux.

M. Dupuytren a donné une autre explication de cette irréductibilité: suivant lui, dans l'état naturel, les ligaments latéraux de l'articulation métacarpo-phalangienne sont parallèles à l'axe des deux os, dont ils doivent assurer la contiguïté; quand un de ces os, la première phalange par exemple, est porté en arrière, les ligaments latéraux (quand ils ne se déchirent pas), au lieu d'être parallèles à l'axe des os, leur deviennent perpendiculaires; leur étendue étant peu considérable, la phalange est fortement appliquée contre le métacarpien, et il est quelquefois difficile et même impossible de les faire céder, au point de permettre la réduction. Ajoutons aux difficultés produites par le déplacement des ligaments la contraction des muscles, qui se prononce d'autant plus fortement qu'on la soumet à de plus grandes tractions.

L'irréductibilité de la luxation du pouce est d'autant plus prononcée que la luxation est plus ancienne; aussi croyons-nous qu'il n'y a aucune tentative à faire lorsqu'elle date de plusieurs années. C'est la conduite que nous avons tenue dans la circonstance suivante.

OBS. III. — *Chute sur le pouce.* — *Luxation du pouce sur le métacarpe datant de dix ans.* — Une femme de ménage âgée de cinquante-huit ans vint à l'Hôtel-Dieu le 6 novembre 1832, où elle fut admise et placée dans une des salles de M. Dupuytren. Elle portait sur la jambe droite huit ou dix petits abcès de nature vénérienne. Les deux tibias étaient le siège d'exostoses.

En examinant cette femme, on reconnut qu'elle offrait un vice de conformation à la main droite: la première phalange du pouce était luxée sur l'os du métacarpe; ce déplacement était survenu à la suite d'une chute sur le pouce. Voici dans quel état se présentait l'articulation: la phalange avait passé

au-devant du métacarpe; la première phalange était fortement redressée vers la face dorsale de la main et ne pouvait être fléchie; la seconde était à son tour fléchie sur la première, et ne pouvait être redressée par aucun effort. Comme cette luxation avait dix ans d'ancienneté, on ne fit point de tentatives pour la réduire (1). Comme dans l'observation précédente, on ne put remédier au déplacement; mais il y eut cette différence que dans la seconde on ne chercha point à remettre les os en position, parce qu'un trop long espace de temps s'était écoulé depuis la luxation.

OBS. IV. — *Luxation en avant de la deuxième phalange du pouce droit sur la première, suivie de tumeur blanche.*

— Le nommé Valentin (Joseph), âgé de trente-six ans, cocher, fut reçu à l'Hôtel-Dieu, salle Saint-Bernard, le 29 mai 1824. Ce malade, d'un tempérament lymphatico-sanguin et d'une constitution robuste, avait eu, la veille de son entrée à l'hôpital, le pouce droit renversé en arrière par une roue de charrette.

Lors de la visite, on trouva une plaie contuse à la face palmaire du pouce, vers le pli de l'articulation; le doigt était volumineux, déformé. M. Dupuytren reconnut une luxation de la deuxième phalange sur la première, qu'il réduisit aussitôt avec facilité. La plaie fut réunie à l'aide de bandelettes agglutinatives, et le doigt enveloppé de cataplasmes émollients.

Le traitement, si heureusement commencé, ne fut point suivi de succès; l'inflammation se déclara; un abcès se forma; il fut ouvert à la partie postérieure de l'articulation. L'état inflammatoire persista long-temps. Le 15 juin, il était encore considérable; peu à peu il perdit de son intensité, puis il prit les caractères chroniques. Le pouce demeura volumineux, mais la peau redevenit naturelle, rosée; l'articulation présenta une mobilité contre nature en travers; la première phalange cessa d'être contiguë à la seconde; l'extrémité antérieure de celle-ci se dévia en dedans, et l'extrémité

(1) Observation recueillie par M. Brun.

supérieure fit faire à l'articulation une légère saillie en dehors.

Les douleurs étaient cependant légères. On pensa la plaie simplement; des bains alcalins furent administrés tous les jours; néanmoins, lorsque le malade sortit, la guérison avait fait peu de progrès (1).

A mesure que nous avançons dans l'histoire des faits qui concernent les luxations du pouce, nous voyons les accidents se multiplier. Sur trois observations précédemment rapportées, deux fois les os ont conservé une situation contre nature. Dans le fait recueilli par M. Laugier, la réduction est pratiquée avec la plus grande facilité, et cependant le malade, d'une constitution robuste, voit son accident se compliquer d'une inflammation, d'un abcès, et malgré les efforts les mieux dirigés, la phalange reste volumineuse, et le malade sort présentant les caractères d'une tumeur blanche.

OBS. V. — *Luxation de la deuxième phalange du pouce. — Plaie de l'articulation. — Tétanos. — Mort. — Autopsie.* — Le nommé Cahet (Sylvain), âgé de dix-neuf ans, herboriste, fait en courant une chute violente sur le pavé, dans laquelle l'extrémité du pouce de la main droite, portant sur le sol, éprouve un mouvement forcé d'extension. La seconde phalange se luxe sur la face palmaire de la première, en déterminant une plaie des parties molles à travers laquelle elle fait saillie. La douleur n'est pas très forte, et l'on réduit facilement la luxation; mais bientôt le pouce devient le siège d'une inflammation, et l'épiderme est soulevé par une sérosité sanguinolente.

Le 27 juillet 1825, dix jours après l'accident, Cahet vient à l'Hôtel-Dieu, où il est reçu, salle Saint-Paul, n° 20. Il se plaint d'un peu de gêne à remuer la mâchoire, mais il n'y fait pas d'attention. Le 28 au soir, la gêne est augmentée; dans la journée, il éprouve un sentiment de constriction à la base de la poitrine. Les jours précédents, il a eu une céphalalgie sus-orbitaire, qu'il attribue à l'ardeur du soleil.

(1) Observation recueillie par M. Laugier.

Les signes du trismus sont évidents. M. Dupuytren prescrit une saignée du bras, des cataplasmes anodins, une potion calmante.

Dans la nuit, le malade se réveille cinq à six fois; il a de la difficulté à changer de place. Le col est douloureux, renversé en arrière; il y a un sentiment de constriction au larynx.

Le 29 au matin, le malade a des accès pendant lesquels la tête se porte brusquement en arrière; la physionomie est celle d'un homme profondément affligé; des larmes coulent de ses yeux; les joues se portent en arrière; à chaque instant il exécute des mouvements de déglutition. Le ventre est affaissé, tendu; le besoin d'uriner se reproduit de moment en moment sans pouvoir être satisfait. (Saignée du bras; bain de trois heures, quinze gouttes de codéate de morphine.) Le bain procure du soulagement; il y a un peu de sommeil. Le soir, nouvelle saignée; couenne prononcée, caillot épais. Un nouveau bain est administré; pendant sa durée, Cahet a de l'anxiété, des envies de vomir; il continue l'usage de la morphine à la dose de quinze gouttes.

Le 30 au matin, le malade a un peu dormi; la roideur augmente, il y a des secousses, de la suffocation; les dents sont serrées les unes contre les autres. (Codéate de morphine, quinze gouttes; saignée portée jusqu'à la syncope.) Le sang offre un caillot épais, mais il est sans couenne. Après la saignée, la figure se couvre d'une sueur abondante, les urines sont abondantes, le pouls est fréquent et faible. (Codéate de morphine, vingt gouttes.) Le malade repose.

A cinq heures du soir, le pouls est petit, la face est décolorée, mouillée par une sueur froide, les pupilles contractées, peu ou point mobiles, le ventre très dur, les besoins d'uriner continuels, sans effet; le tronc est courbé en arrière; il y a de la toux, de la suffocation, de la somnolence. Le malade n'a de secousses que quand il veut se mouvoir. (Bain de deux heures; codéate, vingt gouttes.) Le lendemain on augmente la dose de la morphine jusqu'à quarante-cinq gouttes; une

petite saignée est pratiquée; elle offre peu de fibrine et point de couenne.

1<sup>er</sup> août. La nuit a été bonne; l'excrétion de l'urine est facile; il y a de la chaleur et de la sueur; la déglutition n'est point douloureuse, le col est moins roide; pour la première fois, on observe un peu de délire. Pendant tout ce temps la suppuration du pouce est peu abondante; le malade rend des gaz par l'anus. (Bain; codéate de morphine, vingt-cinq gouttes en deux doses.)

Le 3 août on fait une saignée de deux palettes; les autres médicaments sont continués. L'amélioration cesse, les symptômes vont en augmentant; la respiration paraît vouloir s'interrompre; le délire est plus prononcé. A huit heures, la mort termine cette scène de douleurs.

Dès le commencement du tétanos, M. Dupuytren avait proposé l'amputation du pouce, qui lui paraissait dans ce cas offrir plus de chances que celle des membres: mais le malade s'y refusa constamment.

*Autopsie trente-quatre heures après la mort.* — La roideur cadavérique est peu marquée. La peau du pouce de la main droite est décollée; deux ouvertures existent à sa face palmaire vis-à-vis des articulations; en enlevant la peau, on trouve le tendon du fléchisseur ramolli et baigné par un liquide sanieux; les ligaments et les cartilages de l'articulation de la dernière phalange du pouce sont détruits; les surfaces osseuses offrent une coloration noirâtre.

On examine avec soin le système nerveux. La pie-mère et la substance du cerveau, du cervelet et de la moelle sont légèrement injectées, mais on n'y peut découvrir aucune autre altération (1).

OBS. VI. *Luxation de la deuxième phalange du pouce gauche. — Phlegmon. — Mort. — Autopsie.* — Le nommé Desvaux (Auguste), âgé de vingt-huit ans, peintre, vint le 14 avril 1825 à l'Hôtel-Dieu pour y réclamer les secours de M. Dupuytren. Il était affecté d'une luxation en arrière de la seconde pha-

(1) Observation recueillie par M. King.

lange du pouce droit sur la première, avec plaie à la face dorsale de ce doigt, vis-à-vis de l'extrémité antérieure de la première phalange. Cette luxation datait de vingt-quatre heures.

Après de longues et douloureuses tentatives qui furent enfin couronnées de succès, le malade fut pansé et couché salle Saint-Paul, n° 49. Bientôt cependant on vit se manifester tous les symptômes d'un phlegmon qui s'empara du pouce, s'étendit au poignet, puis à l'avant-bras et au bras, malgré deux saignées générales et plusieurs applications de sangsues. La peau se décolla et se gangrena, la phalange luxée se détacha. A l'abondance de la suppuration et à la destruction de plus de la moitié des téguments du membre thoracique, se joignirent la fièvre, la diarrhée et la dyspnée, qui, devenant de plus en plus intenses, emportèrent le malade le 30 septembre; il y avait eu du délire pendant les trente-six heures qui précédèrent la mort.

*Autopsie quarante et une heure après la mort.* — La peau et l'aponévrose du bras gauche étaient détruites dans les deux tiers inférieurs du membre, à l'exception d'un petit lambeau en avant. La même altération existait à l'avant-bras; la plupart des muscles étaient à nu et comme disséqués; les veines et les nerfs superficiels avaient complètement disparu; la deuxième phalange du pouce était détachée; la première était presque entièrement séparée de son os métacarpien; l'articulation radio-carpienne était baignée de pus; dans toutes ces articulations les cartilages étaient détruits et les os lisses et grisâtres. Une demi-once de sérosité jaunâtre existait dans l'articulation huméro-cubitale.

La pie-mère était rouge et fortement injectée, principalement sur l'hémisphère droit; le cerveau était sablé; le corps strié droit était plus injecté que le gauche; les ventricules contenaient une once de sérosité; la substance du cervelet était aussi injectée.

L'estomac, l'intestin et le poumon offraient des traces manifestes d'inflammation.

Obs. VII. — *Luxation du pouce avec rupture et ouver-*

*ture de l'articulation des phalanges. — Mort. — Autopsie.* — Le 18 janvier 1826, la fille (Léger), âgée de trente-six ans, bien constituée, habitant la campagne, entra à l'hospice de perfectionnement de la Faculté.

Trois jours avant, elle était tombée de son lit sur le pouce gauche, qui se luxa de telle sorte que la phalange fut renversée en arrière sur la phalange; la peau, le ligament antérieur de l'articulation et le tendon fléchisseur furent déchirés et l'articulation ouverte. On avait fait chez elle de vaines tentatives pour réduire. Les douleurs n'étaient pas très vives; il y avait peu de gonflement et d'inflammation. (Cataplasmes.)

Le 19 janvier, après avoir tenté inutilement de remettre les surfaces articulaires en contact, M. le professeur Roux se décida à faire l'amputation de la phalange renversée. La réunion immédiate ne fut point tentée; la main de la malade fut placée et maintenue dans de l'eau très froide, fréquemment renouvelée.

Le 22, élancements vers la racine du pouce qui est rouge, tendue, gonflée; le poignet est douloureux à la pression. (Quarante sangsues, cataplasme.) Le 23, l'inflammation a fait peu de progrès; la peau est fortement gonflée vers l'avant-bras. (Quarante sangsues.) Le 24, en pressant de la racine du pouce vers la plaie, on fait couler une petite quantité de pus; le poignet est gonflé. Le 25, il y a de la fièvre, l'avant-bras est pris; on introduit une sonde cannelée dans la gaine du tendon fléchisseur, par l'ouverture de la plaie, et l'on remarque que l'inflammation s'est propagée jusqu'à la synoviale du tendon à l'avant-bras. Le 26, la face exprime la souffrance; la langue est sèche; le pouls petit; l'avant-bras est fortement gonflé, rouge et empâté; on ne sent point de fluctuation; en comprimant le poignet de haut en bas, on fait sortir du pus en abondance. Le 27, tous les symptômes sont aggravés, l'empatement est plus considérable; une incision de trois pouces de longueur est pratiquée sur le milieu de la face palmaire de l'avant-bras, au-dessus du poignet; et ce n'est qu'après avoir pénétré jusqu'au tissu cellulaire