

LUXATION DES DOIGTS

ET

DES ORTEILS.

La luxation des phalanges est rare à cause de la solidité de leurs connexions; elle est plus fréquente entre la première et la seconde phalanges, qu'entre la seconde et la troisième. On peut la reconnaître facilement au relief que forme en arrière la première phalange, tandis que la tête de la seconde se reconnaît, quoique d'une manière moins distincte, sous la gaine des tendons.

La réduction s'obtient au moyen d'une extension dirigée un peu en avant, afin de mettre les muscles fléchisseurs dans le relâchement. Si la luxation n'existe pas déjà depuis plusieurs heures, la réduction en est facile; mais si, au contraire, elle a été négligée d'abord, on ne peut réussir que par une extension prolongée et soutenue avec vigueur. J'ai vu trop d'accidens résulter de la lésion des tendons et des ligaments qui avoisinent ces articulations, pour recommander jamais, comme on l'a fait, de les diviser, dans le but de faciliter la réduction dans les cas rebelles.

Tout ce qui précède s'applique également aux orteils, dont les luxations toutefois sont plus difficiles à réduire, à cause de la brièveté de ces appendices, et de la moindre flexibilité de leurs articulations.

LUXATION PAR SUITE DE LA RÉTRACTION DU TENDON FLÉCHISSEUR. — Un doigt ou un orteil peut être entraîné peu à peu hors de sa position normale par la rétraction du tendon fléchisseur et de sa gaine.

Par suite de cette déviation, la première et la seconde phalange des orteils font saillie, en haut, contre le soulier, de manière à empêcher le malade de se livrer à la marche.

J'ai observé fréquemment cette rétraction d'un orteil chez de jeunes femmes, et je l'attribue à l'étroitesse de leur chaussure. L'amputation d'un orteil, en pareille circonstance, semble au premier abord, une ressource bien cruelle; cependant, quelquefois on est forcé d'y recourir, car cette maladie s'opposant à la marche, impose à celui qui en est atteint une foule de privations. La première fois que je vis un cas de ce genre, je refusai de pratiquer cette opération, dans la crainte du tétanos; mais la dame, qui me consultait, s'adressa à un autre chirurgien; l'amputation fut faite, et la malade s'en trouva bien. Ce succès m'encouragea à adopter la même pratique chez une dame qui, par suite de la même lésion, ne pouvait plus prendre l'exercice nécessaire à la conservation de sa santé. Le résultat fut tout aussi heureux.

Les doigts se rétractent quelquefois de la même manière par suite de l'inflammation chronique de leurs gaines et de l'aponévrose palmaire, à la suite de travaux excessifs de la main, soit avec le marteau, soit avec la rame ou la charrue, etc. Quand les gaines sont rétractées, il n'y a rien à faire pour le soulagement du malade; mais quand la rétraction est due à l'aponévrose et que la bandelette contractée est étroite, on peut avec avantage

en faire la division avec un bistouri étroit, à travers une plaie très-peu étendue des tégumens, et placer le doigt sur une attelle pour le maintenir dans l'extension.

Mon neveu, M. Bransby Cooper, a pratiqué avec succès cette opération sur le pied, chez un fermier, qui par suite d'une rétraction semblable, ne pouvait plus se livrer à ses occupations ordinaires.

LUXATIONS DU POUCE. — Ces luxations sont difficiles à réduire, à cause des muscles forts et nombreux qui s'insèrent à cette partie; il est donc nécessaire d'en opérer la réduction dans le plus court délai possible après l'accident.

Luxation de l'os métacarpien du pouce sur l'os trapèze. — Dans les cas que j'ai observés, l'os métacarpien avait été porté en dedans, entre le trapèze et la tête du deuxième métacarpien; il 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.

Pour faciliter la réduction, il faut 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 puissans que les extenseurs. L'extension doit être soutenue pendant long-temps et avec fermeté, car aucun effort brusque ne pourrait opérer la réduction. Si l'os 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.

Cette luxation est quelquefois produite par un fusil qui éclate; la luxation est alors compliquée. On peut ordinairement replacer l'os avec facilité. Les tégumens étant rapprochés et maintenus par une suture, on applique des cataplasmes; et, si la contusion n'a pas été très-considérable, on peut obtenir une guérison parfaite. Quelquefois cependant, l'os métacarpien est tellement séparé du trapèze, et les muscles sont si violemment déchirés, qu'il faut amputer le pouce. En pareil cas, je pense qu'il convient de résigner la surface articulaire du trapèze.

Un cas de cette nature me fut présenté par le domestique de M. Grover. Après l'amputation du pouce, la surface articulaire du trapèze faisait une saillie si considérable qu'elle ne pouvait être recouverte par la peau. La résection en fut faite, et le malade guérit.

Observation 125, communiquée par M. George Cooper. — Arthur Trimmer, âgé de 13 ans, fut blessé le 2 février 1819, par l'explosion d'une boîte à poudre en cuivre, qui renfermait environ une demi-livre de poudre, et qui creva dans sa main. Cette explosion produisit une dilacération considérable de la paume de la main et une luxation compliquée du pouce.

Tous les muscles qui unissent le pouce à la main étaient complètement déchirés. Voyant le pouce renversé sur le carpe, séparé de son articulation avec le trapèze, je me disposais à l'enlever avec le bistouri, lorsque j'aperçus les tendons du long fléchisseur et du long extenseur du pouce intacts dans leur gaine. Je plaçai donc ces parties aussi exactement que possible, au moyen de trois points de suture, deux du côté de la face palmaire, un du côté de la face dorsale de la main. L'hémorrhagie qui était abondante d'abord, cessa par une légère pression. Les parties furent mollement tenues rapprochées par des agglutinatifs, en ayant soin de laisser assez d'espace pour que les mouvemens d'extension fussent libres après la cicatrisation. (*Lotions évaporantes sur la main et l'avant-bras; pour le soir, une pilule de trois grains de calomel et un grain d'opium; pour le matin, une mixture cathartique.*)

Le 4 février, le pouls était dur et à 120, je fis une saignée de huit onces. (*Potion effervescente; continuer les moyens antiphlogistiques.*) Le 7, on leva l'appareil; la réunion s'était opérée dans une étendue considérable. Il ne survint aucun symptôme tétanique, et la fièvre allait en diminuant.

Le surlendemain, on renouvela le pansement; la plaie avait un aspect favorable; la suppuration n'était pas considérable. Je continuai à employer des pansemens des agglutinatifs et une petite quantité de charpie, et de soutenir le tout avec une bande large d'un pouce, au moyen de laquelle j'exerçai une pression égale et suffisante pour favoriser l'inosculation des bourgeons charnus, et pour produire une plaie aussi peu inégale que possible.

Depuis ce moment, le pansement eut lieu tous les deux jours. Le 16, je commençai à imprimer quelques mouvemens, d'abord en fléchissant simplement la première phalange du pouce, dans l'intention de rompre les adhérences qui auraient pu s'être formées entre les tendons et leurs gaines. Le 23, j'imprimai quelques mouvemens à la seconde phalange. Vers la fin du mois, la plaie était cicatrisée. Pendant le mois de mars, je donnai peu à peu plus d'étendue aux mouvemens. Le 1^{er} avril, le petit malade est parti pour l'île de Wight. Je lui recommandai de faire mouvoir son pouce chaque jour; et maintenant, il s'en sert, aussi bien qu'avant son accident, pour écrire et pour toutes ses autres occupations.

Luxation de la première phalange du pouce. — Quand la luxation est simple, la première phalange est portée en arrière sur l'os métacarpien où elle fait saillie, et l'extrémité inférieure de ce dernier forme une tumeur considérable en dedans, vers la paume de la main. Les mouvemens de cette articulation sont impossibles, mais les mouvemens du pouce dans son articulation trapèzo-métacarpienne sont conservés, en sorte que bien qu'ayant perdu les

mouvemens de flexion et d'extension de la première phalange sur l'os métacarpien, il conserve sa faculté d'opposition.

Pour réduire, il faut pratiquer l'extension en fléchissant le pouce, autant que possible, vers la paume de la main, afin de mettre dans le relâchement les muscles fléchisseurs. Voici quel doit être le mode d'application de la force extensive; il peut s'appliquer également dans tous les cas de luxations des orteils, du pouce et des doigts :

La main doit être plongée pendant long-temps dans de l'eau chaude, afin de produire le relâchement des parties. Ensuite, une lanterne de cuir mince, mouillée, est appliquée aussi exactement que possible autour de la première phalange. Un ruban étroit de fil, long de deux pieds environ, est appliqué par-dessus le cuir au moyen du nœud des matelots (*clove hitch*). Un aide place son doigt médium et son indicateur entre le pouce et l'indicateur du malade, et fait la contre extension, tandis que le chirurgien, avec d'autres aides, fait l'extension sur la première phalange, qu'il a soin de diriger un peu en dedans vers la paume de la main.

L'extension doit être soutenue pendant très-long-temps, et, si les efforts du chirurgien ne sont pas suivis du succès, il faut recourir au procédé suivant. La bande de cuir et le nœud étant appliqués comme il vient d'être dit, on place un fort ruban de laine entre l'os métacarpien du pouce luxé et le doigt indicateur; alors, l'avant-bras est fléchi autour d'un montant de lit auquel le ruban de laine est fixé. Un moufle est adapté au ruban qui entoure la première phalange, et l'on reprend l'extension; ce procédé doit presque infailliblement être couronné de succès. Si cependant, malgré les efforts les plus énergiques et les mieux dirigés, la réduction ne s'opère point, il faut cesser toute tentative, et se garder de diviser les parties, car, malgré la non-réduction, le pouce sera très-utile au malade au bout d'un certain temps.

(1) *Luxation compliquée du pouce, suivie de la mort*, par le docteur Cramer. (*Rust's Magazin*, t. 21, p. 543. — Une femme de 31 ans, enceinte au huitième mois, fit une chute sur le dos, dans laquelle le pouce de la main gauche fut rudement heurté contre une pierre proéminente; la seconde phalange céda au choc, mais la première, poussée en avant, rompit le ligament capsulaire et toutes les parties molles situées au-devant d'elle à la paume de la main; il y eut en même temps une rupture du tendon du long fléchisseur du pouce. Un chirurgien pansa la plaie avec un onguent maturatif; tous les accidens augmentèrent. Le septième jour, quand le docteur Cramer fut appelé, il trouva la tête de la première phalange hors de la plaie, qui était très-béante, d'un mauvais aspect et sanieuse; la seconde phalange était déjà gangréneuse; à l'avant-bras, il y avait une tache rouge, douloureuse à la pression par laquelle on occasionnait un léger écoulement de pus séreux de la plaie; la femme ne consentit pas à ce qu'on fit une incision pour évacuer le pus; on lui donna une potion rafraîchissante, un opiat le soir, et on fit des fomentations anodines sur l'endroit malade. Il y eut un peu de mieux jusqu'au douzième jour; alors, la rougeur à l'avant-bras étant plus étendue et plus douloureuse, on fit une incision, et l'on évacua une grande quantité de pus très-fétide. La première phalange fut extirpée, la seconde s'était déjà détachée spontanément. Le quatorzième jour, symptômes plus sérieux, trismus, rigidité de la nuque. (2 gr. de calomel toutes les deux heures, frictions d'onguent mercuriel aux articulations de la mâchoire, dix sangs à la nuque.) Le seizième jour, sécheresse de toutes les plaies; trismus plus intense. (Pausement irritant et frictions mercurielles comme la veille.) Le travail de l'enfantement commence le soir, le lendemain rupture de la poche des eaux, naissance d'un enfant faible, mais vivant, qui mourut cependant quelques heures après. Commencement de salivation chez la mère. (Suppression des moyens mercuriels.) Le dix-huitième jour, salivation

Dans les luxations compliquées de la première phalange du pouce, si la réduction présente beaucoup de difficultés, et si la plaie est large, il vaut mieux réséquer l'extrémité de l'os, que de contondre les parties par une extension long-temps continuée. Il faut tenter la guérison par première intention; et, si les mouvemens passifs sont commencés de bonne heure, il se formera une articulation, et le pouce restera très-utile.

Observation 126. — Un homme vint me consulter pour une luxation compliquée de la première phalange du pouce qui avait été renversée sur le dos de l'os métacarpien correspondant par un éclat de fusil. Les muscles fléchisseurs et l'abducteur étaient dilacérés au-dessous du trapèze; les extenseurs étaient intacts. Ayant eu recours à l'extension, d'après le procédé que je viens de décrire, j'opérai facilement la réduction. Je tins les bords de la plaie rapprochés par une suture, et prescrivis un cataplasme à cause de la contusion. La guérison fut complète.

LUXATION DE LA SECONDE PHALANGE DU POUCE. — Si la luxation est simple, le chirurgien doit appliquer ses doigts sur la partie postérieure de la première phalange, et le pouce sur la partie antérieure de la phalange luxée, puis fléchir celle-ci sur la première autant que possible.

Dans la luxation compliquée, il vaut mieux réséquer l'extrémité de la seconde phalange, en évitant de léser le tendon qui est rompu; car lorsque l'os est réséqué, les deux bouts du tendon peuvent facilement être mis en contact. On doit donc les égaliser avec le bistouri, et la plaie doit être entourée par de la charpie imbibée de sang et maintenue par une bande. Les mouvemens passifs ne doivent être commencés que quinze jours ou trois semaines après un repos absolu (1).

LUXATIONS

DE

LA MACHOIRE INFÉRIEURE.

La luxation de la mâchoire inférieure peut être complète ou incomplète. Dans le premier cas, les deux condyles sont portés dans l'espace compris entre l'arcade zygomatique et la surface du temporal; dans le second cas, un seul condyle est déplacé (1).

LUXATION DES DEUX CONDYLES. — La luxation de la mâchoire inférieure se reconnaît aux signes suivans. La bouche est béante; elle ne peut être fermée ni par les efforts du malade, ni par une pression exercée sur le menton. Cet état ne s'oppose cependant pas à ce

que la mâchoire inférieure puisse être encore rapprochée jusqu'à un certain point de la supérieure par la contraction musculaire. Mais si, dans cet état, le rapprochement des mâchoires était porté assez loin pour que la bouche se fermât, les dents inférieures se trouveraient au-devant des supérieures. L'abaissement de la mâchoire est lui-même encore possible, mais à un degré très-limité. La face présente donc l'aspect d'un bâillement permanent. Les joues sont rendues proéminentes par la projection des apophyses coronoides qui appuient contre les muscles buccinateurs; il existe

augmentée, gonflement de la langue qui obstrue le peu d'espace qui reste encore entre les dents, et menace de suffocation. (Huit sangsues aux glandes sous-maxillaires.) Diminution du gonflement de la langue, salivation toujours abondante; déglutition difficile. Le dix-neuvième jour, on donna à l'intérieur dix gouttes de teinture d'opium toutes les deux heures, en alternant avec une solution de potasse; lavemens nourrissans et opiacés. Le vingtième jour, délire, pouls excessivement fréquent, déglutition impossible, salivation abondante, mort avec des accidens de suffocation. A cette occasion, le docteur Cramer appelle l'attention des médecins, sur le danger qu'il y a d'employer dans les trismus, les préparations mercurielles, que quelques praticiens ont vantées contre cette maladie.

M. Lisfranc a présenté à l'Académie de médecine (séance du 12 avril 1827), une pièce d'anatomie pathologique, sur laquelle on voit une luxation ancienne de la première phalange du pouce sur la face postérieure du premier métacarpien: cette pièce prouve que les tendons extenseurs peuvent rester sur la face dorsale des os; mais que le tendon du long fléchisseur propre du pouce se place sur le côté interne et ensuite postérieur de l'extrémité inférieure du métacarpien, ce qu'il importe de savoir pour la réduction de cette luxation; les os déplacés, du reste, se sont formés de toutes pièces une fausse articulation. (*Note des trad.*)

(1) Sir A. Cooper appelle luxation incomplète, celle d'un seul condyle, et luxation complète, celle des deux condyles. Ces dénominations pouvant donner lieu à de fausses interprétations, nous avons, dans la suite de ce chapitre, recouru aux dénominations usitées en France. (*Note des trad.*)

au-devant du conduit auditif, une dépression due à la sortie du condyle hors de sa cavité. La salive, dont la sécrétion est augmentée par l'irritation de la parotide, ne pouvant plus être retenue, s'écoule sur le menton. La douleur qui accompagne cette luxation est très-vive, mais je n'ai jamais vu résulter de cette luxation aucun accident grave, et même, après un certain temps, la mâchoire se ferme presque complètement et recouvre une assez grande mobilité.

La luxation de la mâchoire inférieure peut être causée par l'introduction dans la bouche d'un corps trop volumineux. J'ai vu, par exemple, un cas dans lequel, deux enfans se disputant pour une pomme, l'un des deux la fit entrer de force dans sa bouche, et se luxa la mâchoire. Elle peut aussi être produite par un coup sur le menton, quand la bouche est largement ouverte; par un bâillement poussé très-loin; enfin, par un mouvement spasmodique et soudain des muscles, quand la bouche est ouverte, ce qui est parfois arrivé dans les tentatives pour l'avulsion d'une dent, ainsi que l'a observé M. Fax, chez une dame à laquelle il pratiquait cette opération.

Cette luxation demande à être réduite le plus tôt possible; le mode de réduction se trouve décrit dans l'observation suivante.

Observation 127. — Un aliéné eut la mâchoire luxée dans les efforts qu'on faisait pour lui faire avaler de la nourriture. Le malade étant très-robuste et très-indocile, je le fis placer sur une table, dans le décubitus dorsal, la tête appuyée sur un coussin; il fut maintenu dans cette position par plusieurs personnes. Alors, me plaçant derrière sa tête, j'introduisis derrière les dents molaires (de chaque côté) le manche d'une fourchette de table (1) dont j'eus soin d'envelopper les dents avec un mouchoir; et, pendant qu'un aide les tenait dans cette position, j'attirai avec force la mâchoire inférieure vers la supérieure, et

la réduction se fit avec facilité et promptitude.

Dans le cas qui précède, les manches des fourchettes ne servirent point de levier, ils restèrent fixés sur la mâchoire qui prit son point d'appui sur eux, de sorte que les condyles étaient abaissés à mesure que la portion antérieure de l'os était élevée. Mais, comme le bois peut blesser les gencives, on peut le remplacer avec avantage par deux morceaux de liège.

On a conseillé de se servir d'un levier de bois, que l'on introduit entre les dents molaires, d'abord d'un côté, puis de l'autre, réduisant ainsi chaque condyle successivement. M. Fax opéra la réduction, dans le cas dont j'ai parlé plus haut, de la manière suivante: Il plaça un morceau de bois long d'un pied sur la dent molaire d'un côté, et élevant l'extrémité qu'il tenait à la main, il abaissa l'extrémité qui portait sur la mâchoire et remplaça le condyle de ce côté; il agit de la même manière pour l'autre condyle. Mais le procédé que j'ai suivi dans l'observation précédente, en supposant toutefois qu'on substitue aux manches de fourchettes des morceaux de liège, me paraît préférable.

Ordinairement, les chirurgiens après avoir enveloppé leurs pouces avec un mouchoir, les placent à la base des apophyses coronoides, et appuyant sur la mâchoire, ils la poussent en arrière et en bas: mais ce procédé ne réussit pas si bien que les autres, si ce n'est dans les luxations récentes.

Quand la mâchoire inférieure a été luxée une fois, elle a beaucoup de tendance à se déplacer de nouveau; c'est pourquoi il faut, après la réduction, placer autour du menton une large bande, offrant une fente pour recevoir celui-ci; cette bande, dont les chefs sont divisés en deux lanières, vient s'attacher au sommet de la tête et sous l'occiput, et maintient la mâchoire jusqu'à ce que la consolidation des parties déchirées ait fait cesser toute tendance à la luxation (2).

(1) Pour comprendre le procédé indiqué par Sir A. Cooper, il faut se rappeler que les fourchettes dont se servent les Anglais, ont un manche arrondi, d'une certaine épaisseur, et assez ordinairement en ivoire ou en ébène.

(Note des trad.)

(2) La luxation des deux condyles de la mâchoire inférieure ne peut pas toujours être réduite par les procédés qui viennent d'être indiqués. Lorsque la luxation est ancienne, elle offre un degré de résistance qui exige l'emploi de moyens spéciaux.

Le docteur Stromeyer a imaginé, pour vaincre ces difficultés, un instrument dont voici la description: Cet instrument se compose de deux branches terminées à leur extrémité antérieure, celle qui doit être introduite dans la bouche, par un élargissement ou plaque en fer à cheval, et articulées vers leur partie moyenne, sans se croiser; l'articulation étant à distance, représente un point d'appui sur lequel chacune des branches peut basculer à la façon d'un levier du premier genre, de telle sorte, que le rapprochement des extrémités postérieures des branches, entraîne l'écartement de leurs extrémités antérieures, mouvement par lequel l'instrument est ouvert et vice versa. Un ressort tend à produire l'écartement des extrémités postérieures, et par conséquent à maintenir l'instrument fermé. De ces deux branches, l'une est inférieure et l'autre supérieure. L'extrémité postérieure de la première porte à sa face supérieure, un trou borgne, destiné à recevoir le bout d'une cheville en fer, qui y est solidement fixée par une vis de pression, placée sur le côté de la branche. L'extrémité postérieure de la branche supérieure est percée d'un trou par où passe librement l'autre bout de la cheville qui débordé. Cette cheville, étant à vis, reçoit un écrou à oreilles. A mesure qu'on fait avancer cet écrou, l'extrémité postérieure de la branche supérieure est rapprochée de celle

LUXATION D'UN SEUL CONDYLE. — L'impossibilité de fermer la bouche s'observe également dans cette luxation; mais ici la bouche n'est pas aussi largement ouverte que dans la luxation des deux condyles.

Le diagnostic est facile: le menton est déjeté du côté opposé à celui de la luxation, les dents incisives inférieures débordent en avant les supérieures, et sont déviées de l'axe de la face.

Cet accident reconnaît pour cause un coup sur le côté de la face, quand la bouche est ouverte. Il existe un exemple de luxation d'un seul condyle déterminée par le vomissement dans le *mal de mer*. Miss Belfour, fille de l'amiral Belfour, de Portsmouth, chez qui cet accident eut lieu, opéra elle-même la réduction à

l'aide d'un couteau à ouvrir les huîtres, auquel elle fit faire un mouvement de demi-cercle entre les dents, du côté de la luxation.

Le levier de bois est très-convenable pour opérer la réduction; mais on peut, comme pour la luxation des deux condyles, placer un morceau de liège du côté du déplacement, pendant qu'on élève le menton.

LUXATION INCOMPLÈTE DES CONDYLES DE LA MÂCHOIRE INFÉRIEURE. — De même qu'à l'articulation fémoro-tibiale, le fémur glisse quelquefois sur les cartilages semilunaires, ainsi, les condyles de la mâchoire semblent quelquefois quitter le cartilage inter-articulaire de la cavité glénoïde du temporal, et

de la branche inférieure, et l'instrument est ouvert, c'est-à-dire, que les plaques en fer à cheval sont écartées l'une de l'autre. Si alors on desserre la vis de pression qui maintient la cheville dans le trou borgne de la branche inférieure, rien ne retient plus cette branche, qui est chassée loin de l'autre par l'effet du ressort, et l'instrument est fermé subitement, ce qui permet de le retirer de la bouche assez promptement pour que les muscles, amenés à un état de relâchement n'aient pas le temps de se contracter de nouveau. Les deux plaques sont recouvertes d'une couche épaisse de cuir.

Le docteur Stromeyer obtint, à l'aide de cet instrument, la réduction d'une luxation ancienne de la mâchoire; nous extrayons cette observation du *Rust's magazin*, t. 39, partie 2, p. 219.

Observation A. — Luxation des deux condyles de la mâchoire inférieure, réduction après trente-cinq jours. — Amélie Elsner, âgée de 23 ans, domestique, se luxa la mâchoire inférieure, le 7 mai 1829, dans un bâillement. Le premier médecin qui la vit ayant attribué l'ouverture de la bouche à un état spasmodique des muscles, la traita pendant un mois par l'opium, les frictions, les sinapismes, etc. Ce fut alors seulement que la luxation fut reconnue par un autre médecin, qui essaya d'en opérer la réduction, mais qui échoua complètement dans ses tentatives, ainsi que quatre ou cinq autres de ses confrères.

Quand le docteur Stromeyer tenta la réduction de cette luxation, elle était arrivée au trente-cinquième jour, et les parties présentaient l'état suivant: l'arcade dentaire inférieure débordait la supérieure de plus d'un pouce en avant; les deux mâchoires étaient écartées de plus d'un pouce; cependant les lèvres pouvaient, sans trop d'efforts, être rapprochées l'une de l'autre. La parole était redevenue distincte, la mastication ne s'opérait qu'imparfaitement par les dernières molaires, mais la déglutition était facile; il existait une dépression manifeste au-devant des oreilles, le gonflement s'était dissipé et les condyles étaient faciles à sentir. — Le docteur Stromeyer décrit ainsi l'opération:

« J'introduisis l'instrument fermé de manière à ce que l'extrémité de la plaque supérieure fût placée sous les dernières dents molaires de la mâchoire supérieure; j'écartai les branches de l'instrument en faisant avancer l'écrou d'abord rapidement, puis plus lentement à mesure que la résistance devenait plus forte, en ayant soin de m'arrêter entre chaque quart de tour, pour donner à la douleur le temps de se calmer. Pendant les derniers tours, on entendit un craquement, comme si les adhérences se déchiraient subitement. Lorsque l'éloignement des plaques eut été porté à trois-quarts de pouce, le moindre tour de vis causait les plus vives douleurs, je cessai alors toute extension, mais je laissai l'instrument en place pendant quelque temps. Cette première partie de l'opération dura en tout une demi-heure. Alors, desserrant la vis de pression, située à l'extrémité de la cheville; je fermai l'instrument tout d'un coup et le retirai le plus promptement possible. Le docteur Wellsausen, ayant les pouces enveloppés, pratiqua la manœuvre ordinaire pour la réduction; celle-ci fut obtenue sans effort considérable, tandis que j'exerçais une compression sur les condyles luxés pour en favoriser la rétrocession. Au moment de la réduction, les mâchoires ne se rapprochèrent point subitement et comme par un mouvement de ressort. A raison du relâchement des muscles, l'arcade dentaire inférieure resta située un peu au-devant de la supérieure; ce ne fut qu'au bout de quelques heures qu'il s'y opéra un changement notable. Au bout de quelques jours, les parties avaient repris leur disposition normale, la malade recouvra promptement les fonctions de la partie, et jusqu'à présent il n'y a pas eu de récidive. »

Le docteur Junk avait déjà imaginé un instrument pour la réduction de la mâchoire inférieure (*Rust's magazin*, t. 39, partie 2, p. 222); mais il s'était appuyé sur un autre principe. Son instrument forme, en quelque sorte, un manche à la mâchoire inférieure, puisque sa branche inférieure vient se placer au-dessous de celle-ci, et la supérieure, au-dessus de l'arcade dentaire inférieure. Il rend l'introduction des pouces inutile. Mais l'extension doit être faite par la seule force des mains, et, pour les luxations anciennes, l'instrument du docteur Stromeyer lui est préférable. Ce dernier a d'ailleurs l'avantage de pouvoir servir dans les cas de luxation d'un seul condyle, parce que le côté qui n'est pas le siège de la luxation permet un écartement beaucoup plus considérable que celui qui est nécessaire pour l'extension du côté luxé.

Comme on n'a pas toujours à sa disposition des instrumens spéciaux, on peut dans certains cas recourir

glisser au-devant de son rebord; la mâchoire est alors immobile et la bouche légèrement ouverte. Ce déplacement se réduit d'ordinaire très-prompement par les seuls efforts musculaires; mais je l'ai vu persister pendant très-long-temps, et cependant la mobilité de la mâchoire ainsi que la faculté de fermer la bouche ont été recouvrées. Cette espèce de déplacement reconnaît pour cause le relâchement des ligamens. Le malade éprouve une impossibilité soudaine de fermer la bouche entièrement, et une légère douleur correspondant au côté du déplacement.

La force destinée à opérer la réduction doit être dirigée verticalement de manière à sépa-

rer la mâchoire du temporal et à permettre au cartilage de se replacer sur le condyle.

Dans les cas de relâchement extrême des ligamens, on perçoit au-devant de l'oreille, dans l'articulation temporo-maxillaire, une sensation de craquement accompagnée de douleur, qui est causée par la rentrée subite du condyle dans la cavité articulaire, d'où la laxité des ligamens lui avait permis de s'échapper. Cette sensation est surtout fréquente chez les jeunes femmes. L'ammoniaque et le fer sont les médicamens les plus propres à assurer leur guérison. On peut recourir aux douches et aux vésicatoires au-devant de l'oreille, quand la maladie dure depuis long-temps.

au procédé suivant décrit par le docteur Joseph Atti, professeur de clinique chirurgicale. (*Archives générales de médecine*, t. 5, p. 144.)

Observation B. — Une femme de 25 ans se luxa la mâchoire inférieure des deux côtés, dans un bâillement survenu avec des convulsions graves pendant l'accouchement. Cet accident ne fut reconnu qu'un mois après. A cette époque, il fut impossible d'obtenir la réduction avec les mains seules; la tête, quoique soutenue par un aide robuste, cédaît aux efforts, et les muscles résistaient. Le docteur Atti imagina de se servir de deux fortes pinces à anneaux armées de longs manches, et dont les branches courtes étaient garnies de coussinets: ces pinces étant introduites fermées entre les dernières dents molaires des deux côtés, et ouvertes ensuite avec force, écartèrent l'une de l'autre les deux mâchoires, et permirent la réduction qui fut effectuée en poussant, en même temps, la mâchoire inférieure en arrière.

(*Note des trad.*)

LUXATION DES COTES.

Les auteurs décrivent diverses espèces de luxations des côtes. Ils prétendent que la tête de ces os peut être chassée hors de sa cavité articulaire et portée en avant sur le rachis; si cet accident arrive, il est certainement très-rare et doit être très-difficile à découvrir. Cependant, dans une chute sur le dos, on peut heurter contre un corps pointu, qui porte sur les côtes et en opère la luxation. Cette luxation présenterait les symptômes ordinaires de la fracture des côtes: mouvemens douloureux de ces os, respiration difficile, etc. Le traitement serait aussi le même; on devrait pratiquer une saignée pour prévenir l'inflammation du poumon et de la plèvre, appliquer un bandage circulaire pour diminuer les mouvemens des côtes. Toute tentative de réduction serait complètement inutile.

Les cartilages costaux paraissent souvent luxés sur l'extrémité des côtes, et quelquefois sur le sternum. Le 6^e, le 7^e et le 8^e cartilages sont très-sujets à cette altération de forme que les parens attribuent à une chute. Quand on examine les côtes attentivement, on re-

marque que leur courbure est diminuée, leur portion latérale aplatie, et que, par conséquent, leurs extrémités et leurs cartilages sont portés en avant. Cet aspect est donc le résultat d'une faiblesse constitutionnelle, et non la conséquence d'une chute.

L'extrémité sternale des cartilages costaux fait quelquefois aussi saillie sous l'influence de la même cause.

Quelquefois cependant, mais très-rarement, un cartilage est séparé par une violence extérieure de l'extrémité antérieure de la côte, et fait saillie à la surface de celle-ci; le traitement de la fracture des côtes convient ici. Il faut commander au malade de faire une profonde inspiration, et en même temps pousser en arrière l'extrémité saillante du cartilage. Il faut ensuite placer sur la côte une pièce de carton mouillée qui recouvre en même temps la côte supérieure et la côte inférieure avec leurs cartilages; ce carton, en se desséchant sur la poitrine, revêt la forme exacte des parties, empêche les mouvemens, et offre le même appui qu'une attelle dans la fracture

des membres; il est fixé par une bande de flanelle autour du thorax. Enfin, le traitement antiphlogistique doit être suivi, pour prévenir l'inflammation des viscères thoraciques (1).

(1) Nous rapportons l'observation suivante avec tous ses détails, parce qu'elle offre le premier exemple de la luxation d'une côte, à la fois diagnostiquée sur le vivant et constatée à l'autopsie cadavérique; elle a été extraite de la *Medicinische Zeitung*.

Luxation d'une côte. (Gaz. méd. de Paris, 1834, p. 187.) — Un jeune homme robuste tomba le 16 octobre dans une fosse dont on retirait de l'argile; deux heures après, le docteur Kankel le trouva couvert d'une sueur froide; sa respiration était gênée, interrompue par une toux courte et sèche, la voix était faible, le pouls à peine sensible, la chaleur peu prononcée, mais égale partout, et l'intelligence était entière. Il y avait douleur dans le dos, et les extrémités inférieures étaient complètement paralysées. Dans les environs de la dernière vertèbre dorsale, on remarquait une tumeur de la grosseur du poing, bleuâtre, souple. La partie supérieure était très-douloureuse, la partie inférieure était insensible. La force de la chute, l'ecchymose qui s'était montrée aussitôt, et la paralysie faisaient craindre une fracture de la colonne vertébrale, mais le diagnostic n'était pas évident. La direction des apophyses épineuses paraissait tout à fait normale, seulement il y avait une plus grande mobilité. Il était impossible d'apprécier exactement l'état des autres apophyses et du corps des vertèbres; il y avait sur l'os de la hanche du côté gauche, une excoriation de la peau de la grandeur d'un demi-florin; le malade fut placé sur le côté, on lui mit sur le dos des ventouses scarifiées, on lui fit des applications froides et on lui donna intérieurement une infusion de fleurs d'arnica avec de l'extrait de jusquiame et du sel de Glauber. Après une nuit, qui ne se passa pas tout à fait sans sommeil, le pouls, la chaleur et la respiration furent trouvés dans un état un peu plus satisfaisant, mais le gonflement était le même, le ventre était ballonné, les urines et les selles étaient supprimées, et la soif était grande. (*Lavement, cat'étérisme, continuation des moyens ordonnés*.)

Dans les quatorze premiers jours (jusqu'au 30 octobre), l'état du malade fut plus satisfaisant que les circonstances ne pouvaient le faire espérer. La tumeur du dos diminua; le blessé pouvait par intervalles se coucher sur le dos; la soif était moindre; il y eut de l'appétit, et de temps à autre un sommeil tranquille. La suppression des selles n'existait plus; la gangrène dans les parties excoriées était bornée à la bouche, etc. Mais la respiration restait gênée et anxieuse, la toux redevint plus forte dans les derniers jours; il était survenu de l'œdème, et le 30 on trouva un déplacement latéral d'une vertèbre dans la région déjà indiquée, et une luxation de la onzième côte. Jusqu'alors le malade avait pris presque uniquement la teinture de noix vomique; son état était alors beaucoup plus fâcheux; déjà la dernière nuit, l'oppression et l'angoisse avaient fait craindre la mort, qui survint le 31 octobre, sans que le blessé eut perdu sa connaissance.

Autopsie. — La colonne vertébrale séparée du tronc, ne montrait à la dixième et à la onzième vertèbre, qu'une faible adhérence, due aux fibres musculaires et aux ligaments déchirés. Ces moyens d'union étant divisés, on trouva le cartilage intervertébral presque entièrement détruit; la onzième côte gauche luxée; la côte correspondante du côté droit tenait à un fragment du corps de la onzième vertèbre dorsale fracturée, l'apophyse articulaire supérieure de cette vertèbre brisée, et la moelle épinière, ainsi que la dure-mère, déchirées complètement. Entre la dixième et la neuvième vertèbre dorsale, le canal pour la moelle épinière était oblitéré, et ce ne fut que par force que l'on put séparer un fragment du corps de la onzième vertèbre, qui était encore très-adhérent au ligament long postérieur, d'avec le canal de la moelle, qui semblait complètement fermé comme par une soupape. L'extrémité de chacune des deux douzièmes côtes, et l'apophyse transverse de la onzième vertèbre, était également fracturée. Au ligament intervertébral de la dixième vertèbre adhérait encore des fragments osseux du bord de la onzième. (*Note des trad.*)

FRACTURES

DES

ARTICULATIONS.

FRACTURES DE L'OS INNOMINÉ.

Ces fractures peuvent être prises pour des luxations; et, si on agit en conséquence de cette erreur, tout effort d'extension ajoute infiniment aux souffrances du malade, et pourrait avoir des suites funestes, dans des cas où il aurait existé des chances de guérison. Lorsqu'une fracture de l'os innominé traverse la cavité cotyloïde, la tête du fémur est attirée en haut et le trochanter un peu en avant, de sorte que la jambe est raccourcie, et le genou ainsi que le pied sont tournés en dedans. Un cas de ce genre peut être facilement pris pour une luxation dans l'échancrure sciatique.

Si l'os innominé est luxé sur le sacrum, et si le pubis et l'ischion sont fracturés, le membre est un peu raccourci; mais, dans ce cas, le genou et le pied sont tournés en dehors et non en dedans. J'ai vu deux exemples du premier cas et un seul du second.

En général, on reconnaît ces fractures à une

crépitation manifeste; perçue, dans les mouvements de la cuisse, par la main du chirurgien placée sur la crête iliaque; ces fractures sont d'ailleurs accompagnées d'une mobilité plus grande que celle qui a lieu dans les luxations.

Observation 128. — On apporta, en janvier 1791, à l'hôpital Saint-Thomas, un homme sur lequel était tombée une barrique de sucre. La jambe droite était d'environ trois pouces plus courte que la gauche, le genou et le pied étaient tournés en dedans. Ces circonstances conduisirent le chirurgien dans le service duquel il fut placé, à penser qu'il avait à faire à un cas de luxation, bien que, d'après sa propre observation, le membre parût beaucoup plus mobile qu'il ne l'est habituellement dans les cas semblables, et qu'il y eût en cet endroit une énorme contusion et un épanchement sanguin considérable. Le chirurgien fit une extension