

c. *Luxation oblique.* — Si l'on s'en rapporte aux deux seuls faits connus, cette luxation présenterait deux variétés.

Dans la première, le cubitus est en arrière et le radius en dehors. Le cas de Samuel White, qui est le seul exemple de cette variété, est relatif à un garçon de treize ans. Le déplacement en question s'était produit à la suite d'un traumatisme violent; les condyles de l'humérus faisaient issue à travers la peau.

Dans la deuxième variété, le cubitus est en avant, le radius en dehors. Dans le cas unique de Mahner Mons, la luxation du radius en dehors était complète, sans fracture de l'olécrâne; la réduction fut facile.

## IV

## LUXATIONS DU POIGNET OU LUXATIONS RADIO-CARPIENNES.

Autrefois considérées comme très fréquentes, les luxations du carpe sur les os de l'avant-bras sont devenues de plus en plus rares, à mesure que s'établissait mieux l'histoire des fractures du radius. Dupuytren les regardait même comme impossibles; exagération relevée par Malgaigne; somme toute, ces luxations sont rares.

Servier (*Gaz. hebd.* 1880), qui a fait une bonne étude sur les luxations du poignet, en a rapporté 16 observations, dont une personnelle, depuis celles de Malle et de Padiou (1858). De ce relevé résulte que la luxation en arrière est plus fréquente que la luxation en avant, puisque cette dernière variété n'est représentée que par 6 cas sur 16.

Parfois ces luxations coïncident avec une fracture de l'extrémité inférieure du radius ou du cubitus.

On distingue : 1<sup>o</sup> des luxations *en arrière*, 2<sup>o</sup> des luxations *en avant*.

1<sup>o</sup> *Luxation en arrière.* — La cause la plus ordinaire de la luxation en arrière est une chute sur la paume de la main; mais ce n'est pas l'unique mécanisme de sa production; le déplacement pourrait aussi succéder à une chute sur le dos de la main produisant une flexion forcée du poignet (J. L. Petit, Hamilton).

Les expériences pratiquées dans le but d'éclaircir le mécanisme de cette luxation n'ont pas apporté grande lumière; l'extension forcée

du poignet amène presque toujours la fracture de l'extrémité inférieure du radius (17 fois sur 19, Honigschmied).

**Anatomie pathologique.** — Les ligaments postérieurs et latéraux de l'articulation du poignet sont déchirés; l'antérieur est parfois sain. Le ligament triangulaire, ordinairement intact, maintient le radius et le cubitus dans leurs rapports.

Les os de la première rangée du carpe, plus ou moins disjoints et rendus plus mobiles, chevauchent en arrière des os de l'avant-bras. Dans le cas de Servier, le scaphoïde était détaché de presque toutes ses attaches; le semi-lunaire, séparé du reste du carpe, était fixé au radius.

Dans les luxations exposées, on peut observer, de plus, le tiraillement ou la rupture des tendons, la contusion et la déchirure des nerfs et des artères.

**Signes.** — La main conserve sensiblement la direction de l'axe du poignet; s'il existe une inclinaison latérale, elle est due au déplacement de la main en totalité. La déformation consiste en une augmentation du diamètre antéro-postérieur du poignet. En avant, une saillie abrupte, en arrière un relief arrondi se continuant manifestement avec la main. Les apophyses styloïdes du radius et du cubitus ont conservé leurs rapports réciproques. Enfin la réduction du déplacement s'opère d'une manière brusque. Tous ces signes sont suffisants pour empêcher de confondre la luxation du poignet avec la fracture du radius. Néanmoins il est certain que le diagnostic présente de réelles difficultés lorsque les deux lésions coexistent.

2<sup>o</sup> *Luxation en avant.* — Cette luxation est à peu près aussi fréquente que la précédente, plus fréquente même d'après Servier, qui est en contradiction sur ce point avec la plupart des auteurs.

**Anatomie pathologique.** — Les ligaments antérieurs et postérieurs sont déchirés, ainsi que le ligament latéral externe, en général.

Les os du carpe sont inégalement déplacés; le ligament antérieur s'interpose entre le scaphoïde et le semi-lunaire d'une part, la face antérieure du radius de l'autre. Le pyramidal conserve à peu près ses rapports avec le cubitus et le ligament triangulaire (Goodall).

**Signes.** — La main est déviée en avant et un peu en dehors.

Sur le dos du poignet existe une saillie brusque se continuant avec les os de l'avant-bras; les apophyses styloïdes forment un relief

très marqué. A la face palmaire on trouve la saillie moins prononcée des os du carpe. Les mouvements du poignet sont beaucoup plus étendus que dans la fracture du radius.

**Pronostic et traitement.** — Dans la luxation simple, la réduction ordinairement facile s'opère à l'aide de simples tractions sur la main. Mais il faut maintenir pendant un certain temps cette réduction avec un bon appareil, car, en raison de la mobilité plus grande, surtout du côté du cubitus, le déplacement tend à se reproduire (Hamilton).

La luxation exposée peut être suivie de la gangrène de la main et présente de nouvelles indications.

Dans les cas les plus simples, la réduction est encore possible; mais il faut avoir recours à la résection des os de l'avant-bras dès que la réduction présente des difficultés. Enfin, lorsqu'il y a des accidents généraux et que la main est compromise par la gangrène, il y a lieu de procéder à l'amputation de l'avant-bras.

## V

## LUXATIONS DE L'EXTRÉMITÉ INFÉRIEURE DU CUBITUS.

Ces luxations coïncident souvent avec la fracture du radius; isolées elles sont considérées comme rares; néanmoins Tillmanns, sur un relevé de 50 observations, a trouvé que dans 25 cas elles existaient sans fracture.

a. *Luxation en arrière.* — La cause la plus habituelle est une traction sur l'avant-bras en pronation forcée ou bien un mouvement de pronation excessif, comme celui qui se produit en tordant du linge; une chute sur le poignet peut aussi donner naissance à cette luxation.

Le ligament latéral interne et le ligament triangulaire sont déchirés; la tête du cubitus, placée en arrière, quelquefois en arrière et en dehors, peut aussi, en raison de sa mobilité, être ramenée en dedans.

La main, dans la position intermédiaire, est parfois en pronation extrême. L'extrémité du cubitus forme en arrière du poignet une saillie mobile; l'apophyse styloïde est portée en dehors de l'axe du cinquième métacarpien.

La réduction est ordinairement facile; aussi le déplacement offre assez de tendance à se reproduire, il est donc nécessaire d'appliquer un appareil de contention.

b. *Luxation en avant.* — Regardée par Malgaigne comme beaucoup plus rare que la précédente, cette luxation serait au contraire plus fréquente, si l'on se réfère à la statistique de Tillmanns et à l'opinion d'Hamilton.

Elle est le résultat d'une violente torsion du poignet en dehors; aussi la main et le poignet se trouvent-ils habituellement en supination forcée.

L'extrémité du cubitus fait saillie à la face antérieure du poignet; d'où un enfoncement correspondant au côté de la face dorsale.

La réduction nécessite quelquefois une traction sur la main.

## VI

## LUXATIONS DES OS DU CARPE.

La solidité et la multiplicité des articulations des os du carpe expliquent la grande rareté des luxations de ces os.

Les os du carpe peuvent se déplacer isolément, d'une part; d'autre part, les os de la deuxième rangée se luxent quelquefois sur ceux de la première (*Luxations médio-carpiennes*); de là deux groupes de luxations.

1<sup>o</sup> LUXATIONS ISOLÉES DES OS DU CARPE.

Elles n'ont été observées d'une manière certaine que pour trois os, le semi-lunaire, le pisiforme, le grand os.

a. *Semi-lunaire.* — Quelques observations de luxation de cet os, soit en avant, soit en arrière, existent dans la science; la luxation succède presque toujours à une chute, d'un lieu élevé, sur la paume de la main. Le cas le plus curieux est celui de Holmes, dans lequel la luxation du semi-lunaire existait sur les deux poignets, à la face palmaire.

b. *Pisiforme.* — On sait qu'à l'état normal cet os jouit de mouvements assez prononcés sur le pyramidal, surtout chez les enfants: notion à retenir lorsqu'on se trouve en présence d'un déplacement

réal du pisiforme. Deux cas de luxation de cet os sont signalés (Albin Gros, Erichsen); l'os luxé est entraîné en haut par l'action du cubital antérieur. D'après un fait de Fergusson, la luxation pourrait être due simplement à la contraction énergique de ce muscle.

c. *Grand os.* — La luxation a toujours lieu en arrière. Richard a signalé un cas de subluxation; quelques rares exemples ont été cités ensuite; le fait le plus complet est celui de Bransby Cooper; la réduction ne put être obtenue par la simple pression et l'extension du poignet: il fallut exercer une traction sur l'index et le médus.

*Déplacements complexes.* — Dans les grands traumatismes on peut observer d'autres luxations. Alquié a vu le trapèze luxé en avant et en dedans du scaphoïde; le premier métacarpien avait suivi le trapèze; l'aspect du poignet était celui de la fracture du radius.

#### 2° LUXATIONS MÉDIO-CARPIENNES.

Maisonneuve a signalé un cas de luxation en arrière. La déformation du poignet simulait celle de la luxation du carpe; mais la saillie était située bien au-dessous du plan des apophyses styloïdes. L'autopsie montra que les os de la deuxième rangée du carpe, complètement séparés des os de la première rangée, chevauchaient en arrière d'eux d'environ 4 centimètre.

Deux cas de luxation médio-carpienne en avant ont été cités: l'un par Desprès (il s'agissait d'une luxation incomplète), l'autre par Richmond.

#### 3° LUXATIONS CARPO-MÉTACARPIENNES.

D'une manière générale ces luxations sont fort rares. Il faut étudier à part la luxation du premier métacarpien, qui présente des caractères particuliers.

A. *Luxation du premier (métacarpien trapézo-métacarpienne).*

a. La luxation *en avant* est d'une telle rareté que Malgaigne n'en a pas fait mention; elle a été décrite sans détails par A. Cooper; Vidal (de Cassis) en a signalé un cas; il s'agissait d'une luxation incomplète.

Dans les faits visés par A. Cooper, le pouce était renversé en arrière et dans l'impossibilité d'effectuer le mouvement d'opposition; la tête du métacarpien faisait saillie dans la paume de la main.

b. *Luxation en arrière.* — La science en possède une dizaine d'observations; on l'a vue survenir, soit par le fait d'un mouvement forcé d'adduction, soit à la suite d'une violence portée sur l'extrémité antérieure du pouce (coup de poing, coup de feu, etc.).

L'extrémité du premier métacarpien repose par son bord antérieur sur la face dorsale du trapèze; dans le cas de Foucher, où la luxation était très ancienne, les deux os étaient soudés.

La capsule distendue et non déchirée s'interposait entre les surfaces et empêchait la réduction complète, dans le cas de Gérin-Roze.

Le pouce est dans une attitude variable. La tête du métacarpien fait à la partie dorsale du carpe une forte saillie, et remonte plus ou moins haut; dans un fait dû à Bourguet, cette saillie atteignait le plan transversal des apophyses styloïdes. Le trapèze proémine d'une manière anormale au niveau de la région thénar.

La luxation en arrière pourrait être incomplète, auquel cas il serait facile de la méconnaître; la description de cette variété incomplète fait défaut. La réduction est obtenue, soit par la pression simple, soit en y joignant l'extension. Un appareil de contention sera laissé à demeure pendant 20 à 25 jours.

B. *Luxations des quatre derniers métacarpiens.* — Bien que rares, ces luxations ne sont pas exceptionnelles, puisque Hamilton a pu en relever 12 cas, dont 3 personnels.

Elles peuvent siéger sur un métacarpien ou sur les quatre derniers.

*Luxations isolées.* — Dans sept cas la luxation a eu lieu *en arrière*. Quatre fois, elle siège sur le deuxième métacarpien (Foucher, Humbert, Hamilton). Dans les deux cas de Hamilton, le troisième métacarpien était luxé en même temps que le second; dans le cas de Foucher, cité antérieurement, le premier métacarpien était luxé en même temps que le second.

Le troisième métacarpien était luxé dans les deux cas de Blandin et de Roux; le quatrième dans celui de Maurice.

La luxation *en avant* de métacarpiens isolés a été observée deux fois. (Bourguet, J. Marsh, cités par Hamilton.)

a. *Luxations simultanées des quatre derniers métacarpiens.* — Vigouroux en a signalé un cas; il s'agissait d'une vieille luxation en arrière produite par l'explosion d'un pistolet; Hamilton cite un cas du même genre.

Tillaux a présenté à la Société de Chirurgie une observation de

luxation en avant des quatre derniers métacarpiens; la lésion avait été produite par une chute d'une assez grande hauteur sur la face dorsale de la main.

L'étiologie des luxations des métacarpiens est presque toujours la même; chocs directs, coups de poing; explosion d'armes à feu, rarement des chutes.

Dans un certain nombre de cas, et particulièrement dans les luxations isolées, le déplacement est incomplet; ce qui explique comment la lésion véritable a été parfois méconnue et par suite non traitée.

Dans les cas où le diagnostic a été établi, la réduction a été assez facilement obtenue par une simple extension sur les doigts avec pression au niveau de la tête saillante du métacarpien déplacé.

## VII

## LUXATIONS MÉTACARPO-PHALANGIENNES.

1<sup>o</sup> LUXATION MÉTACARPO-PHALANGIENNE DU POUCE.

Cette luxation présente un très réel intérêt à cause de sa fréquence relative et des difficultés qu'elle oppose à la réduction; la phalange se luxe le plus souvent en arrière, rarement en avant.

A. *Luxation en arrière.* — Sa cause ordinaire est une chute ou un choc, portant sur la face palmaire du pouce, amenant le renversement du pouce en arrière; c'est le mécanisme de l'extension forcée. Certaines personnes peuvent produire à volonté sur elles-mêmes cette luxation par action musculaire; on explique cette particularité, soit par une habitude prise dès l'enfance, soit par une laxité spéciale des ligaments.

**Anatomie pathologique.** — On connaît depuis longtemps les lésions qui caractérisent cette luxation par les autopsies de Lisfranc, Deville et par celle plus complète de Lawrie; mais il s'agissait de luxations anciennes. Les auteurs, frappés de la fréquente et rapide irréductibilité, se sont évertués à en trouver la cause; mais il faut avouer que ce n'est guère que depuis les belles recherches de Farabeuf que la lumière s'est faite sur les divers points de l'histoire de cette luxation. (*Bulletins, Société de Chirurgie, 1876.*)

Pour Farabeuf, ce sont les os sésamoïdes qui jouent le principal rôle dans l'irréductibilité, et leur position devenant un point de repère, il admet trois variétés de luxation en arrière :

a. Dans la *luxation incomplète*, les sésamoïdes s'arrêtent sur le bout du métacarpien : le ligament antérieur est incomplètement déchiré, les ligaments latéraux sont intacts, mais tendus; les surfaces articulaires sont encore en contact dans une certaine étendue.

b. Dans la *luxation complète*, l'extrémité phalangienne est placée sur le dos du métacarpien; l'axe de la phalange fait avec l'axe de ce dernier un angle voisin de l'angle droit. Le ligament externe est rompu, l'interne partiellement déchiré. Le ligament glénoïdien est arraché au niveau de ses attaches métacarpiennes; il est replié sur lui-même dans le sens de la flexion; les sésamoïdes suivent de même la phalange. Le col du métacarpien est enserré dans une boutonnière musculaire, formée en dedans par le tendon du long fléchisseur et l'adducteur, en dehors par le court abducteur et le court fléchisseur : « Cet ensemble, dit Farabeuf, constitue moins une boutonnière qu'une fronde élastique et contractile, large de plusieurs millimètres, plate et appliquée à plat, en sautoir, sur les flancs et le dos du métacarpien. »

c. La *luxation complexe* est ordinairement le résultat de manœuvres faites en vue d'obtenir la réduction de la luxation complète; un traumatisme peut toutefois lui donner naissance. Toutes les tentatives de réduction exercées *dans l'axe du métacarpien* ont pour résultat de retourner le ligament glénoïdien et les sésamoïdes qui s'interposent entre les surfaces articulaires (Farabeuf).

Trois théories principales ont été indiquées pour donner la raison de l'obstacle à la réduction des luxations en arrière. Autrefois on incriminait volontiers les ligaments latéraux (Hey, Dupuytren); les plus simples notions d'anatomie pathologique ont fait justice de cette manière de voir. La doctrine de la résistance des muscles, basée sur la disposition indiquée, soutenue par Ballingale, Malgaigne, etc., compte encore un certain nombre de partisans; toutefois à l'heure actuelle, depuis les expériences de Farabeuf qui ont confirmé sur ce point particulier la manière de voir de Pailloux, on est disposé à faire jouer le rôle capital au ligament glénoïdien, et, selon Farabeuf, plus particulièrement aux os sésamoïdes. Le rôle le plus important est joué par le sésamoïde externe qui, dans la luxation complexe, s'est re-

tourné sous l'influence des tractions exercées dans l'axe du doigt et s'est interposé entre la phalange et le métacarpien.

**Signes.** — Dans la luxation *incomplète*, les extrémités articulaires font une saillie variable; la phalange reste en position fixe dans l'extension. Le pouce conserve sa longueur normale (Malgaigne).

La luxation *complète* présente les signes suivants : la première phalange est renversée en arrière, en extension complète; la deuxième phalange fléchie sur la première; dans cette attitude, le pouce présente la forme d'un Z. La tête du métacarpien forme à la région thénar une saillie très superficielle; à la face dorsale, la phalange est mobile, surtout dans le sens latéral. Le raccourcissement du pouce varie de quelques centimètres à 1 centimètre 1/2.

Dans la luxation *complexe*, les signes sont moins accentués; la phalange reste parallèle au métacarpien; la phalange est à peine fléchie; le raccourcissement seul permet de reconnaître que le déplacement est complet (Farabeuf).

**Pronostic.** — La luxation du pouce en arrière devient très rapidement irréductible; Malgaigne ne citait qu'un cas où la réduction ait été obtenue après trois jours. Quelques accidents ont été signalés à la suite des manœuvres de réduction, tels que l'arrachement de la phalange, des phlegmons diffus, la gangrène.

Les luxations anciennes, bien que gênant notablement les fonctions du pouce, ne mettent généralement pas obstacle à tous les mouvements et permettent dans une certaine mesure le mouvement d'opposition.

**Traitement.** — Nombre de procédés ont été conseillés pour la réduction des luxations du pouce; il faut citer seulement pour mémoire l'impulsion simple, l'impulsion avec flexion en avant; nous avons vu que cette dernière manœuvre avait pour résultat de transformer la luxation complète en luxation complexe. La rotation ou circumduction a réussi à Guyon dans un cas.

Il faut revenir à la flexion en arrière, procédé déjà préconisé par Ch. Bell et Pailloux, et décrit d'une manière plus précise et plus minutieuse par Farabeuf sous le nom de « traction sur la phalange redressée ». Le métacarpien étant fixé dans l'opposition par un aide, la phalange est saisie avec la main, ou mieux avec la pince de Farabeuf, fléchie en arrière et ramenée de haut en bas vers la surface articulaire du métacarpien en grattant ce dernier; cette manœuvre a

pour résultat de refouler l'os sésamoïde externe et le ligament glénoïdien progressivement jusqu'au cartilage, et alors la phalange les suit instantanément (Farabeuf).

Lorsqu'une luxation *non réduite* ne détermine pas trop de gêne, il est prudent de s'abstenir de toute intervention. Dans des conditions opposées, on a été amené à pratiquer la section soit des ligaments latéraux et de la capsule (Ch. Bell), soit des muscles (Malgaigne), avec des résultats variés. Enfin l'ouverture de l'articulation, faite autrefois par Dupuytren, reprise par Lücke en 1871, réservée jusque-là aux luxations exposées, a été appliquée en 1876 par Esmarch aux luxations simples. L'ouverture de l'articulation est suivie, s'il est besoin, de la résection des extrémités articulaires (Volkman); mais si l'on considère que la luxation a la plus grande tendance à se reproduire après cette opération, ou bien que l'ankylose en est un résultat fréquent, on voit que cette conduite ne peut être qu'exceptionnelle.

**B. Luxation en avant.** — Cette luxation est très rare; il n'en existe que 7 ou 8 observations dans la science.

Une chute, un choc, sur la face dorsale du pouce (coup de poing), lui donnent le plus souvent naissance; elle pourrait aussi être produite par le mécanisme de l'extension forcée du pouce, mais alors le renversement en arrière coïnciderait avec une abduction forcée, qui amènerait la rupture du ligament latéral interne, condition fondamentale du déplacement en avant (Foucaut, *Thèse de Paris*, 1876).

**Anatomie pathologique.** — La capsule est déchirée en arrière et sur les côtés; en avant les fibres métacarpo-sésamoïdiennes internes résistent; dans un cas de luxation récente, le tubercule articulaire externe du métacarpien était arraché (Foucaut). Les tendons des court et long extenseurs du pouce sont rejetés en dehors de la tête du métacarpien, recouvrant le tubercule externe de cet os.

Farabeuf a pu produire expérimentalement trois variétés de luxations en avant; ces variétés sont basées sur la position occupée par les tendons extenseurs.

1° Luxation directe *en avant*, lorsque les tendons restent en position normale; 2° luxation *en avant et en dehors*, quand ils sont déplacés dans ce sens; 3° luxation *en avant en dedans*, lorsqu'ils sont déjetés à la partie interne.

**Signes.** — L'attitude du pouce est variable : la deuxième pha-

lange est étendue ou bien fléchie en avant; parfois le pouce est en rotation soit en dedans, soit en dehors; ce fait serait en rapport avec la position des extenseurs: la rotation en dedans étant liée au déjettement des tendons en dehors de la tête du métacarpien, la rotation en dedans à leur position en dedans (Foucault). Le raccourcissement est en rapport avec le chevauchement des extrémités articulaires l'une sur l'autre.

**Pronostic.** — La réduction est beaucoup plus facile que dans la luxation en arrière. Lenoir a pu réduire une luxation datant de 58 jours à l'aide de manœuvres de circumduction et des tractions directes.

Le plus souvent la flexion forcée du pouce suffit pour amener la réduction.

## 2° LUXATIONS DE LA PREMIÈRE PHALANGE DES QUATRE DERNIERS DOIGTS.

Ces luxations sont assez rares. Malgaigne a pu en réunir 9 cas; Hamilton en a observé 5 cas; Poinsoy en a relevé 5 autres observations (*in* Hamilton).

Le plus souvent ces luxations portent sur l'index; beaucoup plus rarement sur le petit doigt; exceptionnellement sur les autres doigts.

*a. Luxation en arrière.* — Lorsqu'il s'agit de l'index, la déformation est analogue à celle que présente la luxation du pouce en arrière, et se produit dans des conditions du même ordre. L'analogie se continue par les difficultés que cette luxation trouve à la réduction. L'obstacle à la réduction résiderait, d'après Malgaigne, dans la boutonnière musculaire que les interosseux forment à la tête du métacarpien; peut-être ici encore faut-il incriminer de préférence le ligament antérieur.

*b. Luxation en avant.* — Il n'en existe que de très rares observations: 2 pour l'index, dont une incomplète (Malgaigne), l'autre complète, due à Hamilton et dans laquelle la réduction fut facile; 1 relative à une luxation du petit doigt et de l'annulaire (Housson); 1 luxation du médius (Bourguet). Quelques-unes de ces luxations semblent être incomplètes, et les observations sont peu détaillées.

## VIII

### LUXATIONS DES PHALANGINES.

Malgaigne en a réuni quatorze observations. Le déplacement se produit: en arrière, en avant, latéralement.

*a. La luxation en arrière,* de beaucoup la plus fréquente, est toujours complète: la deuxième phalange, en arrière de la première, forme avec elle un angle voisin de l'angle droit; la phalangette reste fléchie. La réduction est facile.

*b. La luxation en avant,* considérée comme impossible par Boyer, existe bien réellement. Tous les segments du doigt sont dans l'extension. A la partie antérieure les tendons fléchisseurs gênent l'exploration de l'extrémité de la phalange.

*c. Les luxations latérales* sont encore plus rares. Malgaigne en cite 5 cas; Follin un quatrième. Ces luxations portaient sur l'annulaire et sur le médius. La phalange était presque à angle droit sur la phalange.

## IX

### LUXATIONS DES PHALANGETTES.

L'étude de ces luxations a été faite d'une manière spéciale par Malgaigne, en 1845, dans le *Journal de chirurgie*.

D'une manière générale, ces luxations présentent avec celles des phalanges de grandes analogies, si bien que Hamilton les décrit dans un même chapitre.

*a. Luxation de la phalangette du pouce en arrière.* — Le déplacement n'est pas toujours direct; la phalange se trouve parfois aussi dans la rotation en dehors. Les ligaments latéraux semblent être l'obstacle habituel à la réduction, mais non l'unique, car on a vu aussi le ligament antérieur et le tendon fléchisseur s'interposer entre les surfaces articulaires; enfin Malgaigne a noté, comme agent auxiliaire de l'irréductibilité, l'accrochement des petits tubercules qui surmontent les surfaces articulaires de la phalange et de la phalangette.

Les signes de cette luxation offrent de grands traits de ressemblance avec ceux de la luxation du pouce en arrière; une particularité à signaler est relative à la grande fréquence de la déchirure des parties molles.

La luxation *en avant* est beaucoup plus rare. Comme la précédente, elle peut être *complète ou incomplète*; un raccourcissement du pouce de 4 à 5 millimètres indique qu'il s'agit d'une luxation complète. La réduction ne présente pas en général de réelles difficultés.

*b. Luxations des phalangettes des quatre derniers doigts.* — Ces luxations ont été observées en arrière, latéralement, jamais en avant.

De même que pour la phalangette du pouce, ces luxations peuvent s'accompagner de plaies des parties molles et constituer des luxations exposées. Bien que Miller ait soutenu que les luxations exposées, celles du pouce en particulier, nécessitent d'une manière constante soit la résection, soit l'amputation, la règle de conduite consiste à tenter la réduction, lorsqu'il n'existe pas d'accidents inflammatoires trop violents.

Les luxations de la phalangette du pouce restent réductibles beaucoup plus longtemps que celles du pouce; dans un cas Hamilton en a réduit une datant de 7 jours, en sectionnant les ligaments latéraux; Huguier en a réduit une datant de 6 semaines. Enfin dans un autre cas E. Klin et Knie de Moscou eurent recours à la résection de l'articulation, et leur opéré mourut de tétanos (Poinsot).

### CHAPITRE III

#### AFFECTIONS SPÉCIALES AU MEMBRE SUPÉRIEUR

##### I

#### TUMEURS DE L'OMOPLATE.

Les tumeurs de l'omoplate ne diffèrent pas, au point de vue de leur nature, des tumeurs des os en général; elles ne présentent un intérêt spécial que par le siège qu'elles occupent et les indications opératoires qu'elles réclament.

Elles ont été étudiées avec soin par Demandre (*Thèse de Paris*, 1875), par Chauvel (*Dictionn. encyclop.*, art. OMOPLATE), par de Langenhagen (*Thèse de Paris*, 1885), et par Poinsot (*Revue de chirurgie*, 1885).

**Étiologie.** — Ces tumeurs ne sont pas très fréquentes; Chauvel en a pu réunir 72 cas; les plus nombreux ont été observés chez des hommes adultes, plus souvent à droite qu'à gauche.

**Anatomic pathologique.** — On trouve ici avec une inégale fréquence les tumeurs dites bénignes et les tumeurs malignes. Sur 72 cas, on compte 8 *exostoses*, 14 *enchondromes*, 20 *sarcomes* avec leurs variétés diverses, 25 cancers ou *carcinomes* (de Langenhagen).

Les *exostoses* sont ou des exostoses de développement ou ostéogéniques, ayant leur point de départ au niveau des cartilages épiphysaires, ou des exostoses syphilitiques siégeant de préférence au niveau des bords de l'omoplate et se développant surtout au niveau de l'angle inférieur de l'os.

Ces tumeurs ont surtout pour caractère d'être nettement circonscrites.