

LUXATION ISOLÉE DU CUBITUS EN ARRIÈRE.

Causes. Chute sur la paume de la main, l'avant-bras étant dans l'extension et la violence portant sur le côté interne du membre.

Anatomie pathologique. Le genre de déplacement subi par l'extrémité supérieure du cubitus n'a pas été envisagé de la même manière par tous les chirurgiens. Ainsi, pour quelques-uns, notamment pour A. Cooper, l'extrémité supérieure du cubitus abandonne ses rapports avec l'extrémité correspondante du radius pour se loger en arrière de la trochlée humérale; d'après A. Nélaton, les deux os de l'avant-bras conservent au contraire leurs rapports normaux l'un avec l'autre; ils ont éprouvé une torsion simultanée autour d'un axe passant par le centre de la cupule du radius, qui reste en contact avec la petite tête de l'humérus, pendant que l'extrémité supérieure du cubitus se porte en arrière de la trochlée humérale. Les os sont alors dans les rapports suivants: l'extrémité supérieure du cubitus se place presque derrière la tête du radius, le bord externe de l'olécrâne appuie sur la petite tête de l'humérus, la face antérieure du cubitus est devenue interne, l'interne postérieure, etc.

Symptômes. L'articulation du coude est déformée, le diamètre antéro-postérieur est augmenté. A la partie interne du coude existe une saillie répondant à l'extrémité articulaire de l'humérus. L'olécrâne fait une saillie en arrière; le bord cubital de l'avant-bras est raccourci; le côté externe de l'articulation du coude présente un angle saillant, le côté interne un angle rentrant. Les blessés accusent de la douleur, de l'engourdissement dans les deux derniers doigts de la main, à cause de la distension du nerf cubital. L'avant-bras est légèrement fléchi, les mouvements de flexion et d'extension sont impossibles; ceux de pronation et de supination subsistent.

Cette luxation peut être confondue avec la luxation incomplète de l'avant-bras en arrière; l'absence de toute saillie de la tête du radius en arrière suffit pour caractériser la luxation isolée du cubitus.

Traitement. Des tractions ayant été opérées sur l'avant-bras placé dans la supination et l'extension, l'olécrâne est poussé en avant et en bas par les pouces du chirurgien.

C. LUXATIONS ISOLÉES DE L'EXTRÉMITÉ SUPÉRIEURE DU RADIUS.

L'extrémité supérieure du radius peut se déplacer en avant, en arrière ou en dehors; le déplacement peut être plus ou moins étendu; les luxations en dehors se font elles-mêmes directement en dehors, ou à la fois en dehors et en avant, ou en dehors et en arrière.

Luxations du radius en avant.....		Incomplètes et complètes.
Luxations -- en arrière.....		
Luxations -- en dehors....	}	Directes.
		En dehors et en avant.
		En dehors et en arrière.

1^o LUXATIONS INCOMPLÈTES DU RADIUS EN AVANT.

Causes. Ces luxations s'observent particulièrement chez les très-jeunes enfants; les adultes en sont quelquefois affectés; elles sont le plus souvent produites par une traction brusque exercée sur le radius; ainsi lorsqu'on retient un enfant par le poignet pour l'empêcher de tomber, lorsqu'on le soulève par le poignet pour lui faire sauter un ruisseau. Dans ces cas, la main est en pronation moyenne au moment où le déplacement s'effectue. La luxation se fait encore dans un effort pour étendre l'avant-bras sur le bras, dans des chutes sur la main ou sur la face postérieure du radius.

Symptômes. La main est en pronation complète, l'avant-bras légèrement fléchi, les mouvements de supination sont douloureux. En imprimant des mouvements de rotation au radius, on perçoit un craquement dans la jointure. Le coude est agrandi dans son diamètre antéro-postérieur et dans son diamètre transversal. La tête du radius fait une saillie en avant, et une dépression existe en arrière, au-dessous du condyle huméral.

Cette lésion a été prise quelquefois pour une fracture du col du radius, ce qu'explique la sensation de craquement perçue dans les mouvements imprimés à l'os. Il sera facile d'éviter toute méprise, en tenant compte de la dépression qui existe au-dessous du condyle huméral, en arrière du coude.

Anatomie pathologique. Les expériences sur le cadavre démontrent que cette luxation est possible, alors même que le ligament annulaire du radius reste intact. Une autopsie de luxation récente faite par Malgaigne confirme cette assertion.

Marche. Terminaisons. Abandonnée à elle-même, la luxation se réduit quelquefois spontanément. Les récidives en sont fréquentes.

Traitement. Pour opérer la réduction, il faut ramener l'avant-bras en supination et exercer une pression directe sur la tête luxée. Cette réduction est quelquefois hâtée par la flexion de l'avant-bras. Pour prévenir la récurrence, il faut tenir l'avant-bras demi-fléchi et en demi-pronation, et l'assujettir par un bandage et une écharpe pendant quinze jours environ chez un enfant et plus longtemps chez un adulte.

2^o LUXATION COMPLÈTE DU RADIUS EN AVANT.

Causes. Elle est produite par une chute sur la main, l'avant-bras étendu; par une chute sur le coude; par une traction exercée sur la main portée en supination; par un effort pour soulever avec la main un pesant fardeau.

Symptômes. La main est en pronation complète; l'avant-bras légèrement fléchi, quelquefois en pronation moyenne, inclinée en dehors. La forme du coude est peu altérée à l'œil, excepté chez les sujets maigres, où le diamètre antéro-postérieur paraît augmenté et le transversal diminué. Les mouvements de l'avant-bras sont plus ou moins douloureux; la flexion

au delà de l'angle droit impossible; pendant qu'on cherche à porter l'avant-bras dans la flexion, on perçoit le choc de la tête du radius contre l'humérus. En arrière et en dehors du coude on trouve une dépression située immédiatement au-dessous du condyle huméral. La tête du radius proémine en avant et un peu en dedans du condyle, entre les muscles épicondyliens et le tendon du biceps; elle est presque à nu sous la peau et l'aponévrose; quelquefois elle est remontée sur l'humérus.

Lorsque cette luxation est abandonnée à elle-même, les mouvements de l'avant-bras restent limités.

Diagnostic. Pour distinguer la luxation complète en avant de l'incomplète, on aura égard à l'étendue de la saillie de la tête luxée, à l'ascension de celle-ci au-dessus du condyle huméral et à l'inclinaison de l'avant-bras en dehors.

Traitement. Pour opérer la réduction, il faut, l'avant-bras étant ramené en supination, exercer d'abord une douce impulsion avec les pouces de haut en bas sur la tête du radius, puis une pression de dedans en dehors et d'avant en arrière. On peut aussi, afin de corriger l'inclinaison de l'avant-bras en dehors, porter en même temps le poignet en dedans, en appuyant le côté interne de l'articulation du coude sur le genou.

3° LUXATION INCOMPLÈTE DU RADIUS EN ARRIÈRE.

Malgaigne considère comme douteuses et équivoques la plupart des observations de ce genre rapportées par les auteurs. Denucé en a vu un cas manifeste: en arrière du condyle huméral on trouvait une petite saillie roulant sous le doigt dans la pronation de l'avant-bras et formée par la tête du radius.

4° LUXATION COMPLÈTE DU RADIUS EN ARRIÈRE.

Elle est produite par une chute sur le coude ou sur la main. Elle est caractérisée par les symptômes suivants: au moment de l'accident, le blessé ressent un craquement dans le coude; celui-ci est douloureux et gonflé. L'avant-bras est dans une pronation assez marquée et demi-fléchi. En arrière et un peu en dehors du condyle huméral, on sent la tête du radius roulant sous les doigts pendant les mouvements de pronation et de supination. La pronation de l'avant-bras est plus facile que la supination, l'extension l'est plus que la flexion.

Pour faire la réduction, le malade est assis sur une chaise; l'avant-bras est ramené dans la supination et dans l'extension, et en même temps on exerce une pression directe sur la tête du radius avec le pouce. Quand la luxation date d'un certain temps, il est nécessaire de faire précéder les manœuvres précédentes de l'extension sur le poignet.

En cas de tendance à la récurrence, il faut exercer une pression permanente sur la tête du radius, au moyen d'un appareil approprié.

5° LUXATION DU RADIUS EN DEHORS.

On en peut admettre trois variétés, suivant que la luxation s'opère directement en dehors, ou à la fois en dehors et en avant, ou à la fois en dehors et en arrière.

La première et la troisième variétés sont très-rares. La seconde est caractérisée par les symptômes suivants: l'avant-bras est légèrement fléchi; la main en pronation, les muscles supinateurs et radiaux sont saillants, et au-dessous d'eux on sent la tête du radius au niveau et au-devant de l'épicondyle, séparée de l'olécrâne par un intervalle qui excède d'un travers de doigt celui du côté opposé. Au-dessous et en arrière de l'épicondyle, on reconnaît le bord postérieur de la petite cavité sigmoïde du cubitus.

Les luxations de la tête du radius en dehors se réduisent en faisant l'extension sur l'avant-bras fléchi à angle droit et en repoussant le radius avec les pouces en dedans.

XI. LUXATIONS DE L'ARTICULATION RADIO-CUBITALE INFÉRIEURE.

On peut indifféremment considérer comme déplacée l'extrémité inférieure du cubitus ou celle du radius. Toutefois, on est dans l'habitude de rapporter ces luxations à l'extrémité inférieure du cubitus, et nous nous conformerons à cet usage. Il y en a de deux espèces: les luxations en arrière et les luxations en avant.

1° LUXATION EN ARRIÈRE. Elle est produite par un mouvement de pronation forcée de la main.

Symptômes. L'avant-bras est dans une pronation moyenne, la main entraînée quelquefois dans l'adduction. Le diamètre transversal du poignet a diminué d'étendue; la région est douloureuse et les mouvements en sont difficiles. La flexion et l'extension de la main sont libres, la supination est impossible. A la partie antérieure du poignet existe une dépression au-dessus de l'os pyramidal; en arrière de la même région on constate une saillie anormale de la tête du cubitus qui non-seulement est portée en arrière, mais croise encore la face dorsale de l'extrémité inférieure du radius, de façon que l'apophyse styloïde de l'os, au lieu d'être en ligne directe avec le doigt annulaire, se trouve dans la direction du doigt médial.

Cette lésion est facile à reconnaître: on a signalé cependant la possibilité d'une méprise, celle qui consiste à prendre pour une luxation de l'articulation radio-cubitale inférieure, un déplacement de l'extrémité supérieure du radius qui imprime au membre la même attitude.

Traitement. La réduction s'obtient par la simple impulsion. Il faut retenir le poignet et le radius avec les quatre doigts des deux mains, et avec les deux pouces faire glisser la tête du cubitus en dedans et en avant. Pour prévenir un nouveau déplacement, on immobilise le membre dans la supination complète.

2° LUXATION EN AVANT. Elle est produite soit par un mouvement de supination forcée, soit par un choc violent sur la partie inférieure et externe de l'avant-bras.

Symptômes. La main est en pronation moyenne ou en supination; la partie inférieure de l'avant-bras est déformée, arrondie, rétrécie dans son plus grand diamètre. A la partie moyenne antérieure du poignet existe une saillie anormale; en arrière de la région se trouve une dépression à la place de la saillie occupée par la tête du cubitus. Le cubitus croise la partie antérieure du radius, au niveau de l'extrémité inférieure de ce dernier os. La luxation est souvent compliquée d'une fracture de l'extrémité inférieure du radius. Le diagnostic en est facile.

Traitement. La réduction s'opère par l'impulsion simple. On attire la main dans l'abduction pour retenir le radius en dehors et avec les deux pouces réunis, on repousse le cubitus en dedans et en arrière. Pour prévenir la récurrence, on place l'avant-bras dans la pronation forcée et on maintient le poignet immobile pendant quinze jours environ.

XII. LUXATIONS DE L'ARTICULATION RADIO-CARPIENNE.

Les luxations de l'articulation radio-carpienne ont été admises sans conteste depuis l'antiquité jusque il y a environ quarante ans, époque à laquelle Dupuytren professa que les lésions considérées comme telles étaient des fractures de l'extrémité inférieure du radius. Des recherches plus récentes semblent démontrer que l'opinion du chirurgien de l'Hôtel-Dieu est trop absolue. En 1847, il en existait quatre observations authentiques; l'une due à Padieu, accompagnée d'une fracture de l'extrémité inférieure du radius; deux autres rapportées par R. Marjolin, dont l'une exempte de toute fracture concomitante; une quatrième appartenant à Voillemier, accompagnée d'un simple arrachement de l'apophyse styloïde du cubitus; à quoi il faut encore ajouter une pièce d'anatomie pathologique recueillie par Boinet, de luxation en avant sans fracture. En 1855, Malgaigne avait réuni huit cas de luxation du carpe en arrière et six cas de luxation en avant; parmi ces derniers, il en est deux appartenant à Malle et à Collin exempts de toute complication. L'existence des luxations radio-carpiennes ne peut donc être révoquée en doute; les déplacements se font en *arrière* ou en *avant*.

Causes. Elles sont directes ou indirectes. Les premières agissent en poussant les os du carpe, soit vers la face palmaire, soit vers la face dorsale, pendant que la partie inférieure de l'avant-bras est soutenue par un plan résistant. Les secondes sont des chutes sur la main.

1° LUXATION EN ARRIÈRE. — **Symptômes.** Le poignet est déformé; le diamètre antéro-postérieur en est augmenté. En comparant des deux côtés la distance qui sépare le sommet de l'olécrâne de l'extrémité du doigt médian, on constate un raccourcissement considérable; en mesurant la longueur des os de l'avant-bras depuis leur extrémité supérieure jusqu'à l'inférieure, on ne trouve pas de différence, au contraire, entre le côté sain et

le côté luxé. Sur la face postérieure de l'avant-bras, aux environs du poignet, existe une saillie lisse, convexe, répondant aux os de la première rangée du carpe; en avant, les muscles de l'éminence thénar et hypothénar sont recouverts par l'extrémité inférieure du radius et du cubitus. L'apophyse styloïde du radius est située en avant et en dedans du scaphoïde; l'apophyse styloïde du cubitus est saillante en avant et en dedans; la main et les doigts sont fléchis.

2° LUXATION EN AVANT. Elle est caractérisée par les mêmes symptômes que la luxation en arrière, si ce n'est que les saillies antérieure et postérieure du carpe ont une position diamétralement inverse de celle que nous avons signalée. Ainsi, en arrière du poignet se trouve une gouttière transversale entre le carpe et l'extrémité inférieure des os de l'avant-bras qui soulèvent les muscles extenseurs; en avant du poignet existe une saillie des os du carpe qui soulèvent les tendons des fléchisseurs.

Diagnostic. On a souvent pris pour une luxation du poignet la fracture de l'extrémité inférieure du radius. Pelletan, Marjolin père, Roux ont commis des erreurs de ce genre, suffisamment motivées par la ressemblance qui existe entre les symptômes des deux lésions (voy. p. 379). Pour les éviter, il faut comparer les signes de la fracture avec ceux de la luxation.

La déformation du poignet est commune aux deux lésions; dans la luxation, elle n'existe que sur les faces antérieure et postérieure du membre; dans la fracture, il y a de plus une dépression latérale à la partie interne de l'article.

Dans la luxation, on trouve en avant et en arrière du poignet des saillies lisses et de même forme que les surfaces articulaires déplacées; dans la fracture, ces mêmes saillies sont inégales.

La mensuration donne des résultats plus concluants encore. En cas de luxation, la longueur des deux radius est égale; en cas de fracture, le radius du côté fracturé est plus court que le radius du côté sain.

Dans la luxation, l'apophyse styloïde du cubitus est toujours sur un plan plus élevé que l'apophyse styloïde du radius; dans la fracture, les deux apophyses sont sur la même ligne.

Pronostic. Traitement. Les luxations du poignet ne sont graves que lorsqu'elles sont accompagnées de délabrements considérables. Pour en faire la réduction, on pratique la contre-extension sur la partie inférieure de l'avant-bras; l'extension sur le métacarpe. Le carpe est alors chassé par un mouvement d'impulsion qu'exécutent les pouces du chirurgien, d'abord en bas; puis dans le sens contraire au déplacement. Pour prévenir une récurrence, il est convenable d'immobiliser le poignet, au moyen de l'appareil des fractures de l'extrémité inférieure du radius (fig. 70, p. 381).

XIII. LUXATIONS DES OS DU CARPE.

Ces luxations sont extrêmement rares; il existe quelques exemples de déplacement borné à un *seul* os; Mougeot (de Bruyères) a observé une plaie

de la face palmaire du poignet accompagnée d'une expulsion de l'os *semi-lunaire*. Chopart, Boyer, A. Cooper ont décrit des luxations incomplètes du *grand os* en arrière, caractérisées par la présence, à la région moyenne et postérieure du carpe, d'une tumeur dure, circonscrite, augmentant dans la flexion, diminuant ou disparaissant complètement dans l'extension, par de la douleur et du gonflement. La *réduction* de cette luxation s'obtient en portant la main dans l'extension et en comprimant la tête du *grand os*; pour prévenir un nouveau déplacement, on fixe, sur le dos et dans la paume de la main, des compresses graduées et des attelles assujetties par une bande roulée.

Malgaigne a mentionné deux faits de luxation de l'articulation *médio-carpienne*, compliquée de fracture de quelques-uns des os du carpe.

XIV. LUXATIONS CARPO-MÉTACARPIENNES DU POUCE.

Les quatre derniers métacarpiens sont unis d'une manière tellement solide aux os de la seconde rangée du carpe que les luxations en sont extrêmement rares, et l'on cite comme exceptionnelles la luxation du deuxième métacarpien en avant observée par Bourguet, celle du troisième métacarpien en arrière vue deux fois, par Blandin et J. Roux. Il n'en est plus de même du premier métacarpien qui s'articule avec le trapèze d'une façon assez lâche pour pouvoir se déplacer en deux sens, en *arrière* et en *avant*; les luxations en arrière étant *incomplètes* ou *complètes*.

1° LUXATION INCOMPLÈTE EN ARRIÈRE. Elle est le *résultat* d'une inclinaison du premier métacarpien en dedans et en avant, comme cela arrive dans une chute sur le bord externe de la main; ou bien encore d'un renversement du premier métacarpien en arrière, ainsi que cela a lieu dans une chute sur la partie inférieure de l'os ou sur la face palmaire de la main.

Elle est *caractérisée* par une saillie légère en arrière, ou en arrière et en dedans, de l'extrémité supérieure du premier métacarpien sur le trapèze. Ce dernier os est quelquefois saillant du côté de la face palmaire de la main, tandis que l'éminence thénar est aplatie et déprimée à sa partie supérieure. Le premier métacarpien et le pouce sont légèrement fléchis; l'extension en est douloureuse; quelquefois le métacarpien conserve la direction normale.

Lorsque la luxation est *abandonnée* à elle-même, les mouvements du pouce restent gênés.

La *réduction* est facile; il suffit d'exercer une pression avec le pouce sur l'extrémité de l'os, soit directement d'arrière en avant, soit obliquement, selon la direction qu'elle a prise. Pour maintenir la réduction, on place le long de la face postérieure de l'os une compresse longue et une petite attelle en bois que l'on fixe au moyen d'une bande roulée.

2° LUXATION COMPLÈTE EN ARRIÈRE. Elle est produite par les mêmes causes que la luxation incomplète en arrière. Les symptômes sont les suivants: l'extrémité supérieure du premier métacarpien, portée complètement

en arrière et en même temps en dedans, occupe à peu près le *creux de la tabatière anatomique*, entre le tendon du long extenseur du pouce qu'elle soulève et le tendon du long abducteur. Le premier métacarpien est donc plus ou moins remonté sur le carpe, d'où résulte un raccourcissement du pouce. Le trapèze fait une saillie très-sensible à la face palmaire de la main, et au-dessous de lui existe une dépression; toute l'éminence thénar est aplatie. Le pouce est tantôt droit, tantôt porté en dedans et en avant; il est légèrement fléchi dans la paume de la main. L'extension en est impossible; la flexion et le mouvement d'opposition bornés et douloureux.

Abandonnée à elle-même, cette luxation a pour conséquence de permettre plus tard l'extension et la flexion du pouce, mais l'abduction et l'adduction restent gênées; la main perd une partie de sa force.

La *réduction* se fait en exerçant sur le pouce une extension légère à laquelle on ajoute une impulsion sur l'extrémité luxée.

3° LUXATION EN AVANT. D'après A. Cooper, l'extrémité supérieure du premier métacarpien portée en avant et en dedans, entre le trapèze et le métacarpien de l'index, fait saillie dans la paume de la main; le pouce renversé en arrière ne peut être porté vers le petit doigt; il y a du gonflement et de la douleur.

Pour réduire la luxation, il faut incliner le pouce vers la paume de la main et exercer une extension soutenue et prolongée.

XV. LUXATIONS MÉTACARPO-PHALANGIENNES DU POUCE.

Il en existe quatre variétés: l'incomplète en arrière, la complète en arrière; l'incomplète en avant, la complète en avant.

1° LUXATION INCOMPLÈTE EN ARRIÈRE. Elle est la conséquence d'une chute sur la face antérieure du pouce. Elle est caractérisée par une saillie de la phalange en arrière du métacarpien; par l'extension permanente de la phalange qui ne peut se fléchir, par la présence d'une autre saillie, du côté de la face palmaire, formée par la tête du métacarpien; par la conservation de la longueur du pouce.

Pour réduire la luxation, on embrasse à pleine main le doigt luxé, on le porte dans la flexion, en pressant du pouce sur la tête de la phalange.

2° LUXATION COMPLÈTE EN ARRIÈRE. Elle est produite par les mêmes causes que la précédente.

Symptômes. La première phalange du pouce est renversée en arrière sur le métacarpien, de manière à former un angle obtus, la seconde phalange est fléchie; de telle sorte que le pouce présente deux inflexions en forme de z (fig. 114). Du côté de la face palmaire de la main existe une saillie

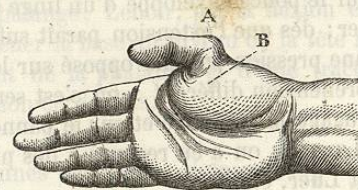


Fig. 114.

formée par la tête du premier métacarpien. On peut imprimer à la première phalange des mouvements de latéralité sur le dos du métacarpien.

Dans quelques cas les symptômes sont différents : la phalange est portée en arrière, parallèlement au métacarpien, et la phalange à peine fléchie. Le pouce conserve sa direction naturelle et est situé sur un plan postérieur au métacarpien ; il est manifestement raccourci, mais à un degré variable, suivant qu'il est plus ou moins remonté sur le métacarpien. Le déplacement de la première phalange n'a pas toujours lieu directement en arrière ; il peut se faire en arrière et en dedans, ou en arrière ou en dehors.

Diagnostic. On a confondu quelquefois la luxation en arrière avec la luxation en avant, parce qu'on a pris la tête du premier métacarpien saillant du côté de la face palmaire de la main pour l'extrémité de la phalange. La luxation incomplète en arrière diffère de la complète par l'absence de tout raccourcissement du pouce dans la première.

Pronostic. Cette luxation est quelquefois fort difficile à réduire, ce que l'on a expliqué de diverses manières : Boyer s'en rendait compte par le peu de prise qu'offre le pouce aux agents extensifs ; petite difficulté qu'on peut facilement surmonter. Dupuytren invoquait le changement de direction des ligaments latéraux qui, par leur tension, mettaient obstacle au retour de la surface articulaire de la phalange à sa position normale. Pailloux a cru trouver le véritable obstacle dans l'interposition aux surfaces articulaires du ligament antérieur. D'autres chirurgiens, Vidal (de Cassis), Malgaigne, ont admis l'étranglement de la tête du premier métacarpien par les deux faisceaux du muscle court fléchisseur propre du pouce, entre lesquels elle est engagée ; cet obstacle a une action d'autant plus énergique que par les manœuvres d'extension sur le pouce on resserre cette *boutonnière* musculaire.

La luxation est quelquefois irréductible après un espace de temps fort court ; Dupuytren a été obligé d'y renoncer après vingt-quatre jours, Desault après douze jours, Boyer après dix jours, et Pailloux après vingt-quatre heures.

Traitement. La réduction a été faite par quatre méthodes différentes : l'extension, l'impulsion simple, l'impulsion avec flexion en avant, l'impulsion avec flexion en arrière.

1° *Extension.* Le poignet est saisi par un aide ; on exerce des tractions sur le pouce enveloppé d'un linge ou d'une bande pour l'empêcher de glisser ; dès que l'extension paraît suffisante, on repousse les os en place par une pression en sens opposé sur les surfaces articulaires. Les moyens de préhension diffèrent : on s'est servi d'un anneau de clef dans lequel on engage la phalange et sur le panneton duquel on tire au moyen d'un laes (Lawrie) ; on a eu recours à des pinces spéciales fabriquées par Charrière et Luër, etc.

2° *Impulsion simple.* Gerdy a réussi à l'aide du procédé suivant : on embrasse la main du blessé avec les quatre derniers doigts des deux mains, croisés les uns sur les autres, les deux indicateurs croisés eux-mêmes sur la tête du métacarpien. On applique les pouces derrière la phalange, que

l'on fait renverser en arrière, et on en repousse l'extrémité supérieure jusque sur le cartilage de la tête du métacarpien, après quoi on lui imprime un mouvement de bascule pour achever la réduction.

3° *Impulsion avec flexion en avant.* Ce procédé a réussi à Shaw qui l'a mis à exécution de la manière suivante : le pouce luxé est empoigné par la main droite du chirurgien, dont l'indicateur est placé horizontalement sur la tête du métacarpien ; pendant que le pouce est appuyé sur l'extrémité saillante de la phalange, on repousse la tête du métacarpien avec l'indicateur et on fléchit en même temps le doigt luxé.

4° *Impulsion avec flexion en arrière.* A cette méthode se rapportent les procédés de Ch. Bell, de Lawrie, de Vidal (de Cassis). Ce dernier a proposé d'engager la phalange dans l'anneau d'une clef, avec laquelle on renverse ainsi le pouce en arrière pour faire exécuter au doigt un mouvement de bascule.

Lorsque tous ces procédés échouent, on a tenté de repousser les surfaces articulaires, au moyen d'un poinçon enfoncé dans la tête du premier métacarpien (Malgaigne) ; on a pratiqué la section sous-cutanée des muscles qui forment la lèvre externe de la boutonnière musculaire ; ou la résection de la tête métacarpienne (Evans).

3° LUXATIONS EN AVANT. Elles sont incomplètes ou complètes. Il n'existe qu'un seul exemple de luxation *incomplète*, et il a été observé par Malgaigne. La luxation *complète* a été vue par Thierry, A. Nélaton, Lenoir, Lombard. Elle a été produite par un choc sur la face dorsale de la phalange ; ou bien encore par une chute sur la face palmaire du pouce. Les symptômes en sont variables ; dans le cas observé par Nélaton, il existait une saillie de la tête du métacarpien en arrière ; la phalange était jetée en avant et en dehors, remontée de quelques millimètres et fléchie ; le pouce dévié en dehors et dans une rotation légère en dedans. Les mouvements spontanés étaient impossibles ; on pouvait redresser la phalange à peu près dans la direction du métacarpien, l'incliner en dehors jusqu'à l'angle droit, et en dedans jusqu'à la rencontre de l'indicateur.

La réduction est plus facile que dans la luxation en arrière ; Thierry et Nélaton l'ont obtenue par la simple extension exercée sur le pouce ; Lombard, par l'extension sur le pouce combinée avec la pression sur la tête du métacarpien et sur l'extrémité de la phalange ; Lenoir, par la flexion exagérée de la phalange au point d'en amener la base au niveau de la tête métacarpienne, suivie d'un redressement de la phalange et d'une traction combinée avec un mouvement de torsion en dedans.

Les luxations métacarpo-phalangiennes des *quatre derniers doigts* sont extrêmement rares. Elles ont cependant été observées en avant et en arrière, à l'état de déplacement complet ou incomplet.