

La région carpo-métacarpienne est raccourcie dans le sens de sa longueur. Le poignet est déformé (fig. 69); son diamètre antéro-postérieur est agrandi; en avant, on trouve une forte saillie remarquable par sa convexité transversale et formée par le carpe, qui remonte sur la face antérieure de l'avant-bras; en arrière se trouve une autre saillie formée par l'extrémité inférieure du radius et du cubitus. Le radius a la même longueur que celui du côté opposé; mais une mensuration faite de l'olécrâne à l'extrémité inférieure du médius, comme pour la luxation en arrière, donne un raccourcissement qui peut aller jusqu'à deux centimètres.

Les auteurs ont généralement passé sous silence l'état des mouvements de l'articulation luxée.

COMPLICATIONS. — Les luxations du poignet se compliquent presque toujours de lésions diverses.

Les plus communes sont les fractures et les plaies. On constate en effet l'arrachement, soit de l'apophyse styloïde du radius ou du cubitus, soit du rebord articulaire du radius. Guyon a vu une diastasis de l'articulation radio-cubitale inférieure dans une luxation en avant, et Malle la même lésion pour les os du carpe dans une luxation en avant.

Sur huit cas de luxations en arrière réunis par Malgaigne, cinq s'accompagnaient d'une rupture des téguments; le radius a fait quelquefois saillie à travers la plaie.

DIAGNOSTIC. — La luxation du poignet, et surtout la luxation en arrière, a été longtemps confondue avec la fracture de l'extrémité inférieure du radius, et nous avons dit que c'est à Dupuytren que revient l'honneur d'avoir fait cesser cette confusion. Aujourd'hui, le diagnostic différentiel de la luxation radio-carpienne et de la fracture de l'extrémité inférieure du radius est devenu facile, grâce à une étude plus complète de ces deux lésions.

La fracture se produit dans les mêmes circonstances que la luxation, dans une chute sur la paume de la main; il existe en outre, dans l'un et l'autre cas, une déformation du poignet et un raccourcissement du membre. Mais dans la luxation, les apophyses styloïdes du radius et du cubitus ont conservé leurs rapports normaux l'une par rapport à l'autre, tandis que dans la fracture, l'apophyse styloïde du radius est remontée au même niveau que celle du cubitus.

La déformation n'est pas non plus la même dans le cas de fracture et de luxation; elle est beaucoup plus considérable lorsqu'il s'agit d'un déplacement articulaire, et les saillies anormales représentent la forme connue des surfaces articulaires. Cependant il faut avouer qu'il est souvent difficile d'apprécier ces caractères à cause du gonflement. Mais alors on a dans la mensuration un moyen sûr d'établir le diagnostic. Si, en effet, on trouve dans la fracture et dans la luxation un raccourcissement du membre lorsqu'on le mesure de l'olécrâne à l'extrémité du médius, en le mesurant de l'olécrâne à l'apophyse styloïde du radius, on constate

un raccourcissement dans la fracture, et une égalité de longueur des deux côtés dans la luxation.

Lorsque le radius est intéressé par une fracture transversale siégeant au voisinage de l'articulation, les difficultés du diagnostic augmentent, surtout si le déplacement a lieu suivant l'épaisseur. Chez les enfants, un décollement de l'épiphyse inférieure du radius serait également difficile à reconnaître. Mais ces lésions sont rares, et dans un cas de doute, le diagnostic serait établi sur les rapports du cubitus avec le carpe.

En traitant de la luxation médio-carpienne, nous parlerons de son diagnostic différentiel avec la luxation du poignet.

PRONOSTIC. — Le pronostic de la luxation simple n'a pas de gravité; la réduction s'obtient facilement. Les fractures articulaires n'apportent aucun obstacle à la réduction, mais bien à la contention. La rupture des téguments constitue, comme on le sait, une complication très-grave.

TRAITEMENT. — La réduction des luxations du poignet paraît généralement facile. L'extension sur la main pourrait être employée. Malgaigne préfère tenter l'impulsion directe, soit sur le carpe, soit sur le radius.

La réduction obtenue, s'il y a tendance à la récurrence, on applique un appareil analogue à celui des fractures du radius. Il va sans dire que s'il existe en même temps une fracture, l'emploi de cet appareil est de toute nécessité. L'appareil enlevé, il faudra rétablir le mouvement par un exercice ménagé.

Dans le cas de rupture des téguments avec issue des os, il faut d'abord tenter la réduction, en débridant s'il y a lieu; si la réduction ne réussit pas, on aura recours à la résection.

§ XIII. — Luxations des os du carpe.

Le carpe est formé par huit os courts disposés sur deux rangées. A l'exception du pisiforme uni au pyramidal par une arthrodiè lèche, les os de chaque rangée se correspondent entre eux par des arthrodiès très-serrées et très-solides. L'articulation des deux rangées, connue sous le nom d'articulation médio-carpienne, représente au milieu une énarthrose et de chaque côté une arthrodiè. L'énarthrose est constituée par la tête du grand os et une petite portion de l'os crochu, qui sont reçues dans une cavité formée par le scaphoïde et le semi-lunaire. Quant aux arthrodiès latérales, elles répondent: en dehors, à l'articulation du trapèze et du trapézoïde avec le scaphoïde; en dedans, à l'articulation de l'os crochu avec le pyramidal. L'articulation médio-carpienne, quoique jouissant de mouvements plus étendus que ceux des articulations des os de chaque rangée, présente des moyens d'union extrêmement puissants.

La solidité des articulations des os du carpe, le petit volume de chacun d'eux, expliquent la rareté des luxations traumatiques du carpe. Cepen-

dant on a observé le déplacement, soit de l'un des os qui entrent dans sa composition, soit des deux rangées l'une sur l'autre. Nous décrirons donc : 1° les luxations isolées de chaque os du carpe; 2° les luxations médio-carpiciennes.

1° Luxations isolées de chaque os du carpe.

On ne possède qu'un très-petit nombre d'exemples de luxations d'un seul os du carpe, et ces déplacements, qui succèdent à des traumatismes violents, s'accompagnent généralement de fractures ou de lésions des téguments, ainsi que cela s'observe à la suite des grands délabrements produits par l'explosion d'une arme à feu, les chutes d'un lieu très-élevé, l'action des machines à vapeur. Mais, dans la plupart de ces cas, la luxation n'est qu'une lésion tout à fait secondaire et ne mérite pas de description spéciale.

La luxation du scaphoïde aurait été observée par un élève d'A. Cooper chez une vieille femme qui, dans une chute sur le dos de la main, s'était fait une fracture de l'extrémité inférieure du radius; le fragment avait été projeté en arrière du carpe avec l'os scaphoïde. Mais cette observation manque de détails suffisants.

La luxation du semi-lunaire paraît s'être rencontrée un peu plus fréquemment que celle du scaphoïde. Erichsen (1) dit l'avoir observée sans lésions des téguments. Le patient était tombé d'une grande hauteur, la main fortement fléchie sous le poids de son corps. En examinant le poignet, on sentit à sa face dorsale une petite tumeur dure et disparaissant par l'extension de la main et une compression directe énergique, mais se reproduisant dès que la main était fortement fléchie. Cette saillie osseuse appartenait à la première rangée du carpe, et, d'après sa forme, sa situation, son volume, il fut évident qu'elle était formée par le semi-lunaire.

Malgaigne (2) rapporte un fait qui lui a été communiqué par Mugeot de Bruyères, dans lequel il s'agit d'une luxation compliquée du semi-lunaire avec expulsion de cet os. Un charpentier, tombé d'une hauteur de trente pieds sur la paume de la main, offrit à la face palmaire du poignet une plaie d'un demi-pouce de longueur, par laquelle s'était échappé le semi-lunaire, retenu seulement par une portion ligamenteuse qu'on divisa pour l'enlever tout à fait. La guérison fut rapide, et les mouvements étaient rétablis deux mois après.

Enfin, on trouvera mentionné dans l'ouvrage de Holmes (3) un exemple plus curieux encore de luxation compliquée des os semi-lunaires de chaque côté. La lésion était survenue dans une chute d'une grande hauteur sur les mains. Les os, complètement déplacés, sortaient à travers

(1) *Science and Art of Surgery*, 1864, p. 312.

(2) *Traité des luxations*, p. 718.

(3) *A system of Surgery*, t. II, p. 585.

une plaie de la face antérieure du poignet, et l'un d'eux n'était plus retenu que par un débris ligamenteux.

La luxation du pisiforme paraît extrêmement rare, et nous n'en connaissons que deux cas, rapportés, l'un par Albin Gras (1), l'autre par Erichsen (2).

Chez le malade observé par le chirurgien anglais, le pisiforme, déplacé dans un violent effort pour soulever un fardeau pesant, et attiré en haut par le cubital antérieur, était remonté le long de l'avant-bras à une distance de près d'un pouce.

Dans l'observation d'Albin Gras, il s'agit d'une femme de quarante-quatre ans, qui, dans un mouvement forcé du poignet, en repassant du linge, sentit un craquement accompagné d'une douleur vive dans le poignet. Le lendemain, l'éminence hypothénar était rouge, gonflée et douloureuse; la main, dans l'abduction et fléchie sur l'avant-bras. A cinq lignes de l'endroit occupé par le pisiforme, on sentait une petite tumeur dure et distincte, formée évidemment par cet os mobile latéralement, et immobile de haut en bas. La réduction fut facile, et la guérison complète.

La luxation du grand os, décrite par A. Cooper et Boyer, serait la plus fréquente des luxations isolées des os du carpe, suivant Nélaton et Erichsen. Cependant Malgaigne n'en fait pas mention. Son histoire ne repose en effet que sur un très-petit nombre de faits.

Le déplacement du grand os a toujours lieu en arrière, et se produit dans une flexion énergique de la main, résultant, soit d'une chute, soit d'une violente contraction des muscles fléchisseurs de l'avant-bras. On explique ainsi le mécanisme de la luxation : le grand os étant solidement uni au troisième métacarpien, les mouvements de flexion imprimés à celui-ci se transmettent à la tête du grand os, qui tend à se porter en arrière, et comme, dans ce sens, elle n'est retenue que par des ligaments assez faibles, ceux-ci se déchirent facilement et la tête de cet os est projetée à la face dorsale de la main.

Outre la douleur et le gonflement qui se montrent immédiatement après l'accident, on observe, à la partie moyenne et postérieure du carpe, une tumeur dure, circonscrite, plus saillante dans la flexion du poignet, diminuant au contraire et disparaissant même quelquefois dans l'extension.

A. Cooper prétend que cette luxation entraîne une gêne assez considérable dans les mouvements. Boyer ne paraît pas partager cette opinion puisque, suivant lui, l'accident pourrait passer inaperçu pendant un temps plus ou moins long.

La luxation du grand os se distinguera de la contusion et de l'entorse par l'absence de toute saillie anormale. On ne confondra pas non plus, avec la luxation du grand os, les kystes synoviaux, si fréquents à la face dorsale du carpe; ceux-ci sont moins durs, souvent fluctuants, jouissent

(1) *Gazette médicale*, 1835, p. 542.

(2) *Loc. cit.*

d'une certaine mobilité et n'apparaissent pas brusquement à la suite d'un traumatisme.

La luxation de la tête du grand os se réduit en étendant fortement la main et en pressant directement sur la tête déplacée. Un bandage compressif pourra être nécessaire pour maintenir la réduction.

2° Luxations médio-carpiennes.

Plus rare encore que les précédentes, la luxation de l'articulation médio-carpienne fut mentionnée pour la première fois par J. L. Petit, qui cependant n'en rapporta aucun exemple.

Malgaigne cite seulement deux observations qui peuvent se rattacher à cette lésion; et encore la première est-elle tout à fait incomplète. Dans l'autre fait, dû à Maisonneuve et vérifié par l'autopsie, les os de la seconde rangée s'étaient portés en arrière et chevauchaient de plus d'un centimètre sur les os de la première rangée du carpe. Mais il y avait en même temps déplacement en arrière d'une partie des os de la première rangée, les ligaments latéraux de l'articulation radio-carpienne étaient complètement rompus, ainsi que les fibres ligamenteuses antérieures et postérieures qui unissent les deux rangées entre elles.

Suivant Maisonneuve, les symptômes étaient absolument semblables à ceux de la luxation du poignet en arrière. Cependant le relief formé en arrière par la partie déplacée ne doit pas être uniformément arrondi, comme dans la luxation radio-carpienne, et doit présenter une saillie médiane déterminée par le grand os. De plus, en mesurant la distance de la saillie postérieure au bout du doigt médium, on l'eût certainement trouvée moindre que la longueur de l'autre main, ce qui n'existe pas dans la luxation radio-carpienne.

§ XIV. — Luxations carpo-métacarpiennes.

Les quatre derniers métacarpiens sont unis aux os du carpe par des arthrodies très-serrées; au contraire, l'articulation du premier métacarpien avec le trapèze se fait par emboîtement réciproque et jouit d'une mobilité beaucoup plus étendue. Cette disposition anatomique expliquerait à elle seule la fréquence plus grande des déplacements de l'extrémité supérieure du premier métacarpien. Nous décrirons séparément : 1° les luxations carpo-métacarpiennes du pouce, et 2° les luxations carpo-métacarpiennes des quatre derniers doigts.

1° Luxations carpo-métacarpiennes du pouce (luxations trapézo-métacarpiennes ou du premier métacarpien).

Il faut arriver à Boyer pour trouver les premières notions précises sur cette lésion rare. La luxation peut se faire *en avant* ou *en arrière*. La pré-

mière variété est extrêmement rare : A. Cooper se borne à une simple mention. La seconde, plus fréquente, peut être *complète* ou *incomplète*. Sur onze cas, six fois elle a été complète et cinq fois incomplète.

ÉTIOLOGIE ET MÉCANISME. — La luxation carpo-métacarpienne du pouce peut se produire suivant deux mécanismes différents : soit par une adduction forcée du premier métacarpien, qui porte cet os en avant et en dedans, soit par un renversement du métacarpien en arrière. Le premier mécanisme est réalisé dans un choc sur le bord externe de la main, dans l'action de donner un coup de poing; le second, dans une chute sur la main étendue ou dans un choc de l'éminence thénar contre un plan résistant.

Enfin, la luxation peut encore être causée par l'explosion d'une arme à feu, mais elle se complique alors de plaies, de fractures, etc.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — La dissection n'a été faite que dans un très-petit nombre de cas. Nous citerons cependant un fait de luxation carpo-métacarpienne du pouce en arrière, rapporté à la Société anatomique par Gérin-Roze (1), et dans lequel l'autopsie montra un déplacement complet du premier métacarpien sur le trapèze, le bord antérieur de l'extrémité supérieure du métacarpien répondant au bord postérieur de la surface articulaire correspondante du trapèze. La capsule était intacte, épaissie en quelques points, offrant même à la partie interne un noyau cartilagineux contenu dans son épaisseur. Elle était distendue et plus grande qu'à l'état normal, de sorte qu'elle s'interposait entre les surfaces articulaires et s'opposait à la réduction complète. On obtenait en effet très-facilement une réduction incomplète, mais qui ne se maintenait pas. Il existait, du reste, entre les surfaces articulaires quelques brides cellulaires formant un nouvel obstacle à la réduction. Cette luxation remontait à plusieurs années.

Dans un autre fait de Foucher (2), l'extrémité supérieure du premier métacarpien répondait à la face dorsale du trapèze et était soudée avec ce dernier os; mais il existait des lésions complexes, telles que : luxation du deuxième métacarpien en arrière, fracture du troisième métacarpien, etc. Ces désordres étaient le résultat d'un éclat de fusil, arrivé vingt ans auparavant.

SYMPTOMATOLOGIE. — Les symptômes de la luxation *en avant* ne sont connus que par la description d'A. Cooper. Dans le cas qu'il a observé, le premier métacarpien porté en dedans, entre le trapèze et la tête du deuxième métacarpien, formait une saillie sur 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.

Dans la luxation *en arrière*, la seule qui soit décrite convenablement les symptômes diffèrent sensiblement, selon l'étendue du déplacement.

Le métacarpien et le pouce sont légèrement fléchis; plus rarement ils

(1) *Bulletins de la Société anatomique*, 1858, p. 266.

(2) *Bulletins de la Société anatomique*, 1856, p. 6.

conservent leur direction normale. Le métacarpien déplacé fait en arrière une saillie plus ou moins prononcée, appréciable quelquefois seulement au toucher, mais pouvant s'élever à 12 ou 15 millimètres, dans le cas de luxation complète. Cette saillie n'est pas toujours directement en arrière; mais on l'a vue un peu en dedans, à l'union du deuxième métacarpien et du trapézoïde, soulevant le tendon du long extenseur du pouce et laissant en dehors le tendon du long abducteur. A la face palmaire, le trapèze fait une saillie qui ne devient sensible que dans le cas de luxation complète, et qui surmonte alors une dépression correspondante au vide laissé par la tête du métacarpien portée en arrière. L'éminence thénar est aplatie.

Les mouvements sont plus ou moins gênés; l'extension est très-difficile ou même impossible. Dans le fait de luxation ancienne, rapporté par Gérin-Roze, l'extension et la flexion étaient conservées, tandis que l'adduction et l'abduction restaient très-limitées.

Dans tous les cas connus, le diagnostic n'a présenté aucune difficulté. La réduction s'est opérée avec facilité, mais quelquefois elle n'a pu être maintenue. Sous ce rapport, la luxation carpo-métacarpienne du pouce présente une certaine gravité, que nous retrouverons à un plus haut degré dans les luxations métacarpo-phalangiennes du même doigt.

TRAITEMENT. — A. Cooper conseille, pour réduire la luxation *en avant*, d'incliner le pouce vers la paume de la main et d'exercer une extension soutenue et prolongée.

Pour la luxation *en arrière*, la pression directe sur la tête déplacée suffit souvent à la réduire. Mais dans le cas de luxation complète, l'impulsion doit être aidée d'une extension légère. La contention est plus difficile. On l'obtient au moyen d'une compresse graduée, placée sur la face postérieure du métacarpien et maintenue par une attelle; le tout étant fixé avec une bande roulée. Cet appareil restera appliqué pendant vingt ou vingt-cinq jours, après lesquels on pourra commencer à faire exécuter quelques mouvements.

2^o Luxations des quatre derniers métacarpiens.

Ces luxations sont extrêmement rares; nous n'en connaissons que six cas. Elle peuvent affecter un seul métacarpien, ou bien plusieurs simultanément.

On a observé deux fois la luxation du deuxième métacarpien: une fois en avant, l'autre fois en arrière. Dans les deux seuls exemples de luxations du troisième métacarpien que nous connaissons, le déplacement avait lieu en arrière. C'est aussi dans ce sens que s'était porté le quatrième métacarpien, dans un fait unique récemment publié. Enfin on a vu une fois les quatre derniers métacarpiens luxés simultanément en arrière.

La luxation a été produite dans deux cas par un choc direct, dans trois cas par une explosion.

La luxation du deuxième métacarpien en avant, observée par Bourguet (1), offrit les symptômes suivants: à la face palmaire, au-dessous du ligament annulaire du carpe, saillie osseuse, suivant les mouvements imprimés au deuxième métacarpien; à la face dorsale, dépression surmontée par une saillie anguleuse et sinueuse, formée par le trapèze et le trapézoïde. Le doigt, non dévié, était raccourci de 4 à 5 millimètres, ce qui porte Maligne à croire que le déplacement était complet, contrairement à l'opinion de Bourguet.

Dans le fait de luxation du deuxième métacarpien en arrière, rapporté par Foucher (2), et que nous avons déjà cité, l'extrémité supérieure de l'os faisait en arrière une saillie de 15 à 18 millimètres, et remontait de 2 centimètres sur le carpe, en soulevant le tendon du premier radial externe. Il existait dans ce cas des lésions multiples (luxation du premier métacarpien, fracture du troisième, etc.).

Les deux observations de luxations du troisième métacarpien en arrière appartiennent, l'une à Blandin (3), l'autre à J. Roux (4). Le métacarpien luxé n'était plus sur le même plan que ses voisins; son extrémité supérieure formait en arrière une saillie dure, circonscrite, appréciable à la vue et au toucher. Le médius était raccourci.

Le seul fait de luxation du quatrième métacarpien en arrière que nous connaissons, est de date récente (5). Le déplacement fut produit par l'explosion de la cartouche d'un fusil Chassepot, dont le verrou, repoussé en arrière, vint frapper le milieu de la paume de la main, en produisant une plaie superficielle et de peu d'importance. Il existait à la face dorsale de la main une saillie, dépassant d'un demi-centimètre environ le niveau des autres parties, et correspondant juste à l'extrémité supérieure du quatrième métacarpien. La réduction fut facile et la guérison prompte.

Enfin Vigouroux (6) a présenté à la Société anatomique une luxation ancienne des quatre métacarpiens en arrière. Mais l'observation est très-peu détaillée, et se borne à dire que l'extrémité supérieure des métacarpiens est portée en arrière, tandis que l'extrémité inférieure est portée en avant; de sorte qu'il y avait en même temps subluxation des articulations métacarpo-phalangiennes.

On pourrait confondre avec la luxation la fracture d'un métacarpien, et l'erreur avait été commise par plusieurs personnes dans le fait de Blandin. Mais la forme anguleuse de la saillie, et surtout la mensuration, lèveraient tous les doutes.

(1) *Revue méd.-chir.*, t. XIV, p. 93.

(2) *Bullet. de la Soc. anat.*, 1856, p. 6.

(3) *Journ. des connais. méd.-chir.*, 1844.

(4) *Union méd.*, 1848.

(5) *Maurice, Gaz. méd.*, 1848, p. 587.

(6) *Bull. de la Soc. anat.*, 1856, p. 15.

Généralement le pronostic est rendu sérieux par la coexistence de complications telles que plaies, fractures; mais en l'absence de ces dernières, les luxations carpo-métacarpiennes n'offrent pas de gravité. Elles se réduisent facilement par la simple pression ou par l'impulsion combinée avec l'extension. Un bandage compressif maintiendra la réduction et sera laissé pendant une quinzaine de jours.

Existe-t-il une luxation simultanée de *tous* les métacarpiens? Le seul exemple que nous connaissions est rapporté par Erichsen, qui l'a décrit et fait représenter dans une figure de son *Traité de chirurgie*. La main était portée en avant, et le carpe formait à la face dorsale une tumeur arrondie et convexe, qui correspondait bien à l'interligne articulaire carpo-métacarpien. Cependant il est permis de conserver quelques doutes sur la véritable nature de cette lésion.

§ XV. — Luxations métacarpo-phalangiennes.

Nous décrirons séparément les luxations métacarpo-phalangiennes du pouce et celles des autres doigts.

1° Luxations métacarpo-phalangiennes du pouce.

Ces luxations furent étudiées avec soin par les chirurgiens modernes, après que Hey eut appelé l'attention sur les difficultés que présente quelquefois leur réduction. Nous indiquerons chemin faisant les sources auxquelles on devra puiser pour compléter la description sommaire que nous donnons ici.

La première phalange du pouce peut se luxer *en avant* ou *en arrière*, et dans l'un et l'autre cas la luxation peut être *complète* ou *incomplète*.

a. — Luxation en arrière.

ÉTIOLOGIE ET MÉCANISME. — Beaucoup plus fréquente que la luxation en avant, la luxation du pouce en arrière se rencontre le plus souvent, suivant Malgaigne, dans l'âge adulte, et plus particulièrement chez l'homme que chez la femme.

On doit distinguer, au point de vue du mécanisme, deux variétés de luxations du pouce : les luxations par cause musculaire et les luxations traumatiques.

Certains individus possèdent, en effet, la singulière faculté de se luxer volontairement le pouce en arrière, par une contraction des muscles extenseurs. Mais il faut admettre des conditions anatomiques toutes spéciales pour expliquer ces luxations habituelles, soit que les ligaments présentent une laxité anormale, soit plutôt qu'il existe une conformation particulière des surfaces articulaires. Cette dernière hypothèse nous semble d'autant plus acceptable, que les individus qui peuvent ainsi se luxer le pouce à volonté ont appris à en faire un jeu dès leur enfance.

Mais, le plus ordinairement, la luxation du pouce en arrière reconnaît des causes traumatiques, et la plus fréquente est une chute sur la face palmaire du pouce, d'où résulte le renversement de celui-ci en arrière, ou, en d'autres termes, l'extension forcée. On comprend en effet que, dans ce mouvement, la tête du premier métacarpien pressant fortement sur le ligament antérieur, le déchire et passe en avant de la première phalange.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — Les autopsies de luxations du pouce sont très-rares; aussi reste-t-il encore divers points à éclaircir, relativement aux rapports exacts des surfaces articulaires, et surtout aux lésions des ligaments et des muscles. La luxation se fait d'ordinaire directement en arrière; mais elle peut aussi se faire en arrière et un peu en dehors, ou plus souvent en arrière et un peu en dedans.

Les rapports des os luxés sont variables; la phalange repose sur la face dorsale du premier métacarpien, tantôt par sa surface articulaire, tantôt par le bord antérieur de cette surface. Dans le premier cas, l'os luxé est perpendiculaire à la direction du métacarpien; dans le second, il lui est presque parallèle, et présente avec lui un chevauchement plus ou moins considérable. Adair Lawrie a vu la phalange remonter jusqu'au milieu de la face dorsale du premier métacarpien (1).

On a trouvé le ligament antérieur arraché à son insertion métacarpienne et ayant suivi la phalange en entraînant avec lui les os sésamoïdes; le ligament latéral interne était intact, mais le ligament externe, rompu en avant, était tendu pour rejoindre la phalange portée un peu en dedans.

Les rapports des muscles sont très-remarquables (fig. 70) : la tête du métacarpien passe au travers du court fléchisseur du pouce, qu'elle divise en deux parties, l'une interne, l'autre externe, de sorte que la partie rétrécie qui surmonte la tête de l'os est étranglée par une boutonnière musculaire ou par une sorte de sphincter. Le court abducteur du pouce est resté en dehors et en arrière, tandis que l'adducteur est resté en dedans. Quant au tendon du long fléchisseur propre du pouce, on l'a vu tantôt en dedans du métacarpien, tantôt au côté externe. Les vaisseaux et les nerfs ne sont pas lésés.

Une particularité très-intéressante de l'histoire des luxations du pouce, c'est la difficulté et même quelquefois l'impossibilité de la réduction.

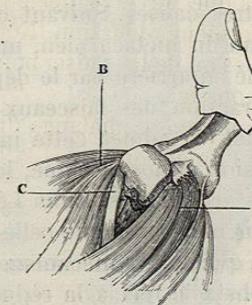


FIG. 70. — Luxation du pouce en arrière. — La tête du premier métacarpien est étranglée, en dehors, par le petit abducteur et une portion du court fléchisseur A; en dedans, par l'autre portion de ce muscle, l'adducteur B, et le tendon du long fléchisseur C.

(1) Lond. Med. Gaz. 1838, t. I, p. 93.