

fixés à la phalange par deux ligaments phalango-sésamoïdiens dont l'insertion solide ne se déchire jamais ; aussi, dans la luxation, les os sésamoïdes restent-ils toujours en relation avec la phalange.

La forme typique de luxation du pouce est celle dans laquelle, à la suite d'une hyperextension de ce doigt, la première phalange se met en rapport avec la face dorsale du métacarpien correspondant.

Lorsque, par suite d'un choc violent et subit, qui atteint la face palmaire du pouce et porte ce dernier dans l'hyperextension, le bord postérieur de la cavité glénoïde de la première phalange s'appuie contre la face dorsale du métacarpien, le puissant appareil ligamenteux que nous venons de décrire (ligament glénoïdien) subit une tension extrême, et si la violence traumatique est suffisante, il en résulte une rupture. Il n'est pas absolument nécessaire qu'il se produise en même temps une déchirure des ligaments latéraux, lesquels se relâchent, en effet, dans l'extension (voir plus haut) ; d'ailleurs, la longueur de ces ligaments varie individuellement ; par contre, l'extension extrême du pouce a pour conséquence une rupture transversale de la forte lame fibreuse située au devant de l'articulation, ainsi que des fibres transversales et entrecroisées qui viennent des ligaments latéraux, et enfin des faisceaux fibreux qui unissent les os sésamoïdes à la tête du métacarpien. Au moment de cette rupture, la première phalange du pouce se trouve dirigée perpendiculairement sur le métacarpien, mais le plus souvent, à l'hyperextension succède un mouvement de flexion, et alors la base de la première phalange reste en rapport avec la face dorsale du métacarpien, mais en affectant une direction plus ou moins parallèle à ce dernier. Seule l'articulation des deux phalanges entre elles subit une assez forte flexion.

FARABEUF, auquel nous devons plusieurs travaux expérimentaux fort complets sur la luxation du pouce, distingue trois formes de cette lésion, que nous devons admettre à cause de leur importance pratique. Il décrit tout d'abord une **luxation incomplète** analogue à la forme de déplacement que peuvent déterminer spontanément beaucoup de personnes et surtout les enfants, grâce à une certaine laxité des ligaments articulaires, puis une **luxation complète** et enfin une **luxation complexe**. Dans ces trois formes de luxation, il fait jouer le rôle le plus important aux os sésamoïdes ; dans la première, ces os n'ont pas encore abandonné la surface articulaire du métacarpe, dans la seconde ils sont venus se placer sur la face dorsale de cet os, dans la troisième ils se sont retournés et se trouvent interposés entre la phalange et la face dorsale du métacarpien. Dans la luxation incomplète, la phalange elle-même n'a pas nécessairement abandonné la surface articulaire du métacarpe, tandis qu'il en est toujours ainsi dans les deux autres formes.

Dans la seconde forme de luxation, outre la déchirure des ligaments métacarpo-sésamoïdiens, qui sont, du reste, aussi déchirés dans la première forme,

on observe la rupture partielle ou complète des ligaments métacarpo-phalangiens, ou leur arrachement au niveau de leur insertion sur le métacarpien. Le plus souvent, c'est le ligament latéral externe, le plus faible, qui se déchire le premier, tandis que le ligament latéral interne peut rester intact. Les muscles et tendons intéressés sont déchirés ou déplacés ; les fibres internes du court fléchisseur sont rompues et les fibres externes refoulées latéralement ; le court abducteur reste intact ; l'adducteur subit un déplacement. Le tendon du long fléchisseur se luxe en dedans avec les os sésamoïdes, de sorte que l'os sésamoïde externe se trouve seul en rapport avec la face dorsale du métacarpien ; dans quelques rares cas seulement, lorsque le ligament latéral interne est plus fortement déchiré que l'externe, le tendon du long fléchisseur se luxe en dehors et l'os sésamoïde interne se met seul en rapport avec la face dorsale du métacarpien. Le col de cet os est embrassé en dedans par le tendon du long fléchisseur et la partie interne du court fléchisseur, en dehors par la partie externe du court fléchisseur, et en haut par l'os sésamoïde externe.

Lorsque, dans une luxation complète, on cherche à abaisser la phalange, tout en exerçant des tractions dans l'axe du doigt, l'os sésamoïde se redresse et finit par se retourner complètement. Lorsqu'on cesse les tractions, l'os en question peut reprendre son ancienne position, mais si l'on tire sur le doigt plus longtemps, il reste le plus souvent retourné et la phalange conserve son parallélisme avec le métacarpien. C'est la luxation complexe.

Les phénomènes cliniques de la luxation en question sont, dans la plupart des cas, assez évidents, mais varient suivant que le pouce luxé est fléchi ou dans l'extension. Des erreurs sont possibles et ont été commises, en effet, surtout dans les cas où le pouce est dans l'hyperextension, au point de former un angle droit avec son métacarpien. Outre cette attitude anormale on observe alors une tumeur fortement accusée dans la paume de la main. Cette tumeur, qui n'est autre que la tête arrondie du métacarpien abandonnée par la phalange et faisant saillie sous les parties molles, est facilement prise par les débutants pour la base de la première phalange elle-même. Mais lorsque l'hyperextension a été suivie aussitôt de la flexion, et que la première phalange se trouve en rapport avec la face dorsale du métacarpien et dirigée parallèlement à ce dernier, on ne peut commettre une semblable erreur, car à côté de la tumeur formée dans la paume de la main par la tête arrondie et proéminente du métacarpien, on sent à la face dorsale de ce dernier la surface articulaire de la base de la phalange, masquée, il est vrai, plus ou moins par la tuméfaction des parties molles. ROSER conseille, dans les cas douteux, de fléchir immédiatement le pouce qui se trouve dans l'hyperextension. La surface articulaire de la première phalange peut être alors reconnue plus ou moins nettement à la face dorsale du métacarpien, et, le plus souvent on réussit, en outre, à imprimer à cette phalange de légers mouvements qui ne laissent plus aucun doute sur la nature de la lésion.

En ce qui concerne le diagnostic des différentes formes de luxations, et surtout des formes complète et complexe (FARABEUF), rappelons tout d'abord que dans les formes incomplète et complète, la première phalange est en hyperextension et la seconde en flexion. Dans la luxation incomplète les phalanges sont moins mobiles parce que le ligament latéral externe qui n'est pas déchiré s'oppose aux mouvements. Dans la luxation complète, le ligament latéral externe est le plus souvent déchiré, et la première phalange attirée par le ligament latéral interne se déplace du côté de l'index; par contre, le déplacement se produit dans le sens opposé, dans les cas de rupture du ligament latéral interne. Si l'on cherche à rabattre en avant la première phalange, cette dernière s'écarte du métacarpien par un mouvement de levier, l'os sésamoïde servant de point d'appui. Le pouce paraît alors raccourci de 5 à 15 millimètres. Si l'on abandonne ensuite la phalange à elle-même, elle retourne comme mue par un ressort dans son attitude d'hyperextension. Le seul obstacle à la réduction, c'est l'interposition de l'os sésamoïde. Lorsque ce dernier a été complètement retourné par certaines manœuvres de réduction mentionnées plus haut, et consistant à ramener le pouce en avant et à exercer des tractions sur la première phalange, la luxation, de complète qu'elle était, est devenue complexe; la première phalange reste alors constamment parallèle au métacarpien, et lorsqu'on la redresse, elle tend ensuite à reprendre cette position. Mais on peut sûrement reconstituer la luxation complète en ramenant la première phalange dans la direction de l'articulation du poignet, de façon qu'elle se mette de nouveau en contact avec le métacarpien, au-dessus de l'os sésamoïde interposé.

La réduction est facile dans la grande majorité, soit environ les deux tiers des cas de luxation du pouce. Il suffit pour rétablir la forme normale du doigt, de soumettre ce dernier à des tractions modérées dans le sens de l'extension et d'exercer des pressions directes et en direction opposée, sur les extrémités saillantes et déplacées du métacarpien et de la phalange. Mais dans un tiers des cas on ne parvient pas à réduire la luxation. En thèse générale, pour opérer la réduction d'un membre luxé, il faut ramener d'abord ce dernier dans la position qu'il affectait au moment de l'accident; or, cette règle est applicable précisément aux luxations du pouce, et l'on devra, par conséquent, porter d'abord ce dernier en flexion dorsale (hyperextension), après avoir saisi d'une main le pouce et de l'autre la main du blessé. Par cette simple flexion dorsale suivie de la flexion palmaire, on réussit souvent à opérer la réduction. ROSER a attiré tout particulièrement l'attention sur cette manœuvre de réduction, qui consiste essentiellement à passer graduellement de la flexion dorsale à la flexion palmaire, en déplaçant d'abord en avant la première phalange sur la face dorsale de l'extrémité métacarpienne, puis en la faisant glisser en quelque sorte sur la tête du métacarpien, comme si l'on voulait emporter une portion de cette dernière au-devant de la surface articu-

laire de la phalange. Mais la luxation ne se produit pas toujours exactement du côté dorsal; assez souvent elle est légèrement latérale (WORD-WORTH, FARABEUF), et cette déviation de la phalange luxée est surtout fréquente du côté cubital, grâce à la rupture complète ou partielle du ligament latéral externe. On comprend très bien que le ligament latéral conservé, constitue pour la phalange luxée un centre de rotation que l'on peut utiliser pour produire un écartement plus grand des surfaces articulaires d'un côté et déterminer un déplacement plus facile des parties interposées de la capsule; aussi conseillons-nous de combiner la manœuvre de réduction décrite plus haut avec des mouvements de rotation et d'autres agissant dans le sens de l'abduction ou de l'adduction.

FARABEUF est arrivé à employer à peu près le même procédé en se basant sur sa manière de voir, d'après laquelle les difficultés de réduction seraient dues à l'interposition des os sésamoïdes. Dans la luxation incomplète on obtient la réduction en agissant sur la phalange pour ramener en avant les os sésamoïdes. De même, dans la luxation complète, le seul procédé rationnel consiste à agir de façon à repousser en avant celui des deux os sésamoïdes qui se trouve en rapport avec la face dorsale du métacarpien, c'est-à-dire le plus souvent l'os sésamoïde externe. La phalange étant maintenue à angle droit sur le métacarpien, on la fait glisser sur ce dernier de façon à entraîner en même temps l'os sésamoïde interposé. Lorsque ce déplacement a été poussé assez loin pour que l'os sésamoïde puisse être ramené en avant sur la face articulaire du métacarpien, on fléchit la phalange, c'est-à-dire que l'on fait glisser sa surface articulaire sur celle du métacarpien dans la direction de la paume de la main, et la réduction est alors opérée. La méthode rationnelle de réduction lorsque l'os sésamoïde a été retourné (luxation complexe), est dans ses traits essentiels, la même que celle que nous venons de décrire. On commence par exercer des tractions dans l'axe de la première phalange jusqu'à ce que le pouce ait recouvré sa longueur normale; puis, tout en continuant les tractions, on ramène la phalange en flexion dorsale au point qu'elle soit perpendiculaire à la face dorsale du métacarpien; l'os sésamoïde vient ainsi se placer sur le bord de la surface articulaire du métacarpien, et on le fait glisser d'arrière en avant sur cette dernière en fléchissant la première phalange. Il va sans dire que l'on devra à ce moment fixer le métacarpien. Dans toutes ces luxations, afin de relâcher les muscles de la région qui sont dans un état de tension passive, on aura soin de maintenir le métacarpien dans l'attitude d'opposition et la seconde phalange en flexion.

Rappelons enfin que l'on a parfois opéré la réduction tardive par des tractions exercées sur le pouce fortement fléchi, et combinées avec des pressions directes sur la phalange (SIMON). DITTEL réussit à réduire la luxation par une pression énergique sur l'extrémité de la première phalange fortement fléchie, puis redressée comme s'il voulait ramener le pouce en rétroflexion. On a