

aussi essayé de donner plus de force aux manœuvres exercées sur le pouce, soit en prolongeant la première phalange, au moyen d'attelles ou de lacs, soit en se servant de pinces spéciales (LUER, CHARRIÈRE); mais, en somme, tous ces moyens de réduction n'ont guère eu d'autre résultat que d'aggraver les lésions.

Il serait de la plus grande importance d'avoir toujours une idée bien claire des causes qui rendent la réduction difficile. On a invoqué peu à peu tous les obstacles possibles à la réduction, les uns démontrés, les autres encore plus ou moins à l'état d'hypothèse. Rappelons encore une fois, à ce propos, ce que l'on observe sur le cadavre après avoir produit artificiellement la luxation du pouce; en commençant l'examen par la région palmaire, on trouve le plus souvent la tête du métacarpien directement sous la peau, entre les deux faisceaux du court fléchisseur qui se divise pour s'insérer à la base de la phalange. Si l'on examine ensuite la déchirure de la capsule, on constate qu'elle siège presque toujours à l'insertion métacarpienne de cette membrane; la capsule est ici simplement arrachée transversalement et pend au devant de la cavité glénoïde de la première phalange, en même temps que les os sésamoïdes également déplacés. Le plus souvent, le ligament latéral externe est plus fortement déchiré que l'interne, et ce dernier a subi un mouvement de torsion tel que le tendon du long fléchisseur se trouve parfois enroulé autour du bord interne de la tête métacarpienne.

Si nous commençons par les couches superficielles, nous trouvons que l'on a admis tout d'abord que l'obstacle à la réduction provenait des deux chefs d'insertion du court fléchisseur du pouce; la tête ou plutôt le col du métacarpien se trouverait ainsi enfermé dans l'interstice qui sépare les deux faisceaux de ce muscle.

Cette hypothèse émise d'abord par BALLINGALL et soutenue encore tout dernièrement par DITTEL, n'a pas été vérifiée par les expériences sur le cadavre, et de fait elle est très invraisemblable, car les deux chefs d'insertion du court fléchisseur embrassent la tête arrondie du métacarpien et non pas le col de cet os. Pour que le col du métacarpien pût être ainsi pincé entre les deux faisceaux musculaires, il faudrait que la base de la première phalange se fût déplacée très loin en arrière de la tête du métacarpien.

Il serait déjà plus admissible que les ligaments latéraux, à supposer qu'ils ne soient pas complètement déchirés, maintinssent, par leur forte tension, la position anormale des deux os. Dans un cas de luxation du pouce qu'il a eu l'occasion d'observer, LUECKE a pu se convaincre, en effet, qu'une portion latérale de la capsule avait, par son état de tension, rendu illusoire les tentatives de réduction.

Il s'agissait dans ce cas d'une luxation irréductible et compliquée de plaie des téguments. Après avoir agrandi cette dernière et mis ainsi à nu la tête du

métacarpien, on reconnut que l'obstacle élastique qui s'opposait à la réduction, était dû à un cordon fibreux situé au côté interne du métacarpien et contenant l'os sésamoïde. L'ablation de cette partie tendue permit d'opérer ensuite la réduction. LUECKE en conclut que lorsque, comme dans le cas que nous venons de mentionner, le métacarpien se trouve déplacé du côté de la ligne médiane et de la paume de la main, et la phalange en dehors et du côté dorsal, le ligament latéral interne et peut-être aussi la partie interne de la capsule, subissent une tension considérable, et que l'os sésamoïde correspondant peut s'être interposé entre les extrémités osseuses luxées.

Un obstacle particulièrement puissant que l'on a trouvé sur le cadavre, et qui, d'après les données cliniques, jouerait un rôle considérable, si ce n'est même le plus important dans les cas de luxation du pouce dont on ne réussit pas à opérer la réduction, c'est la manière dont se comportent parfois la capsule déchirée ainsi que les os sésamoïdes déplacés. Comme nous l'avons fait remarquer, la capsule se rompt habituellement tout à fait dans le voisinage de son insertion sur le métacarpien. Par conséquent, une partie relativement longue de cette membrane et les os sésamoïdes eux-mêmes, restent attachés à la première phalange et se déplacent avec elle du côté dorsal. Parfois le bord libre de ce lambeau capsulaire se rabat en dedans et se retourne de plus en plus dans les tentatives de réduction, de sorte qu'il vient se placer entre les extrémités articulaires. Les os sésamoïdes peuvent s'interposer en même temps que la capsule. Le tendon du long fléchisseur reste le plus souvent attaché à cette partie de la capsule et la suit du côté dorsal avec la première phalange. Du point où il abandonne la capsule déchirée, le tendon en question se porte latéralement et contourne l'un des bords latéraux — le plus souvent le bord cubital — du métacarpien. Vu l'épaisseur et la surface lisse du tendon, la possibilité d'une interposition proprement dite de ce dernier n'est guère admissible, mais on peut se convaincre que le tendon dévié de sa direction se met en tension et contribue à engager la capsule entre les extrémités articulaires. Les recherches de FARABEUF ont prouvé d'une façon absolument convaincante que cette dernière disposition constitue l'obstacle habituel à la réduction. Ainsi que nous l'avons fait ressortir dans notre étude du mécanisme de la luxation, cet auteur a trouvé dans toutes ses expériences que l'obstacle le plus important à la réduction doit être cherché dans l'os sésamoïde qui se déplace du côté dorsal et qui, maintenu dans un état de tension par la capsule et ses annexes, vient s'interposer entre les extrémités osseuses luxées. Ce qui parle aussi en faveur de cette manière de voir, c'est le procédé de réduction employé depuis fort longtemps et dont l'efficacité a été reconnue de vieille date, procédé qui consiste à maintenir le pouce en flexion dorsale et à pousser directement en avant les obstacles situés à la face dorsale du métacarpien. Nous avons trouvé cette même cause d'irréduc-



tibilité, dans un cas tout à fait analogue de luxation de la première phalange de l'index, dont la réduction nécessita une intervention sanglante. La capsule avait été arrachée à son insertion métacarpienne et s'était rabattue complètement sur la tête articulaire de la première phalange; elle était fixée si solidement dans cette position qu'il fallut l'inciser dans toute son étendue pour pouvoir dégager l'extrémité articulaire luxée. Un petit os sésamoïde se trouvait interposé avec la capsule (WILLEMER, *Centralblatt für Chirurgie*, 1883, p. 566). Il se peut, du reste, que par exception, d'autres obstacles encore rendent la réduction difficile. Dans un cas de luxation ancienne que j'ai guérie par voie opératoire, la partie externe de la surface articulaire de la phalange avait été arrachée et s'était interposée entre cette dernière et la face dorsale du métacarpien.

D'après ce qui précède, on comprend facilement l'embarras du chirurgien lorsqu'il a épuisé tous les moyens habituels de réduction, et en particulier la flexion dorsale extrême combinée avec la rotation et les mouvements de latéralité. D'ailleurs, les essais de réduction par trop prolongés ne sont pas tout à fait sans danger; ils ont eu assez souvent comme conséquence la suppuration et la gangrène partielle du pouce. On a eu recours dans plusieurs cas aux incisions sous-cutanées (BELL), et l'on ne peut nier que, par exemple, lorsqu'on a réussi à constater sûrement l'existence d'une bride latérale tendue, d'une partie de la capsule ou d'un ligament latéral, on ne soit parfaitement autorisé à essayer tout d'abord la section sous-cutanée relativement dépourvue de danger. Dans un cas traité par TAAFFE dans de pareilles conditions, la réduction put être opérée à la suite de la section sous-cutanée des parties tendues. Il est vrai que cette opération a été tentée assez souvent sans succès.

En présence des dangers qui peuvent résulter de l'ouverture de la gaine tendineuse et de l'articulation, on a maintes fois renoncé à réduire complètement la luxation. HUETER dit avoir obtenu des résultats fonctionnels assez satisfaisants par le procédé suivant: tout d'abord par des manœuvres de réduction, il ramenait les os dans une position presque normale, ce qui lui réussissait dans les cas où il avait des motifs d'admettre l'interposition de la capsule comme cause d'irréductibilité. Mais le déplacement se reproduisait aussitôt lorsqu'il cessait les tractions destinées à le corriger. C'est pourquoi il appliquait un appareil immobilisateur pendant que la main d'un aide maintenait le pouce dans une position normale.

Nous pensons que, de nos jours, l'incision de l'articulation pratiquée dans le but de lever l'obstacle à la réduction, offre de meilleures chances de succès qu'à une époque encore très rapprochée de nous. On peut déterminer l'ischémie artificielle du doigt et se rendre compte exactement du siège de l'obstacle. Le meilleur procédé consiste à faire du côté palmaire une incision pénétrant jusque dans l'articulation, à côté du tendon du long fléchisseur. On aurait ensuite à rechercher tout d'abord les par-

ties interposées du côté dorsal de l'articulation, et à sectionner, le cas échéant, les ligaments qui, par leur tension, maintiennent dans leur position les os sésamoïdes retournés et pincés entre les surfaces osseuses, de façon à ramener ces petits os dans leur position normale, ou bien, ce qui peut-être serait préférable, on aurait recours à l'excision des os sésamoïdes interposés. Le danger de cette incision qui est dû essentiellement à la suppuration de la gaine tendineuse, se trouve réduit de nos jours à un minimum grâce à l'emploi de la méthode antiseptique. Si, malgré cette opération, on ne réussissait pas à opérer la réduction, ou si, comme dans le cas de LUECKE, on avait affaire à une luxation déjà ancienne, compliquée de plaie et en voie de suppuration, il serait alors à conseiller de pratiquer la résection de la tête du métacarpien; cette dernière opération a donné, en effet, de bons résultats dans un certain nombre de cas (EVANS, CLARK, LUECKE, etc.).

§ 122. — La luxation de la première phalange du pouce du côté palmaire du métacarpien est beaucoup plus rare que la précédente; cependant on a publié déjà un nombre respectable de lésions de ce genre, et une partie des cas observés ont été décrits très exactement (LENOIR, LOMBARD, ROSSANDER, LORINSER, O. WEBER, HAMILTON, MESCHÉDE, et d'autres).

Les conditions mécaniques de l'articulation métacarpo-phalangienne ne sont pas favorables à la production de cette luxation; en effet, il est difficile d'admettre la possibilité d'une luxation par hyperflexion, déjà par le fait que les muscles de l'éminence thénar s'opposent à une flexion aussi forte du pouce. D'autre part, si l'on parcourt les observations qui ont été publiées, on est tenté d'admettre qu'une partie de ces luxations peuvent se produire à la suite d'un choc sur la face dorsale de la première phalange fléchie, tandis que dans quelques autres cas, le pouce se serait trouvé dans l'adduction au moment de l'accident. Il est bien probable que la cause traumatique est toujours complexe, et qu'une partie de la force qui est en jeu, tend à porter le pouce dans l'abduction ou l'adduction, d'autant plus que les luxations de ce genre ne sont pas purement palmaires, mais bien cubito ou radio-palmaires; en effet, cette dernière particularité ne saurait, à l'exemple de MESCHÉDE, être mise sur le compte de la forme des extrémités articulaires.

La base de la phalange fait saillie du côté palmaire, tandis que, du côté dorsal, il existe une tumeur arrondie formée par la tête du métacarpien et recouverte par le tendon de l'extenseur. Dans d'autres cas, ce tendon glisse de l'os sous-jacent pour se déplacer soit du côté radial, soit du côté cubital. Ce déplacement est en relation avec la déviation latérale de la phalange, déviation que nous avons déjà mentionnée plus haut et qui, presque toujours, s'accompagne d'une rotation plus ou moins prononcée.

Cette rotation est due à la forme particulière des extrémités articulaires;