

distension est portée trop loin, il se déchire. Quelle est celle des deux insertions du ligament qui cède ? l'insertion phalangienne ou l'insertion métacarpienne ? M. Michel (de Nancy) a cru trouver dans le mode de déchirure du ligament glénoïdien la raison de la réductibilité ou l'irréductibilité de certaines luxations du pouce. Si le ligament cède à son insertion phalangienne, la phalange, en se portant sur le dos métacarpien, ne peut l'entraîner avec elle, puisqu'il reste attaché au métacarpien : le ligament ne saurait donc alors s'interposer entre les surfaces articulaires. Si, au contraire, le ligament cède à son insertion métacarpienne, il est entraîné par la phalange et peut devenir un obstacle à la réduction.

Cette explication est fort ingénieuse, mais ne paraît pas en accord avec les faits ; sur cent expériences cadavériques, M. Farabeuf n'a pas constaté *une seule fois* la déchirure du ligament glénoïdien à son insertion phalangienne. Il en résulte, ainsi que l'a fait remarquer Gillette dans son excellent travail sur les os sésamoïdes, que le ligament glénoïdien et les osselets qu'il renferme forment un appareil phalangien. Très lâchement uni au métacarpien, cet appareil est si intimement fixé à la phalange qu'il ne l'abandonne jamais.

On doit à M. Farabeuf une remarque intéressante sur le mode d'articulation des os sésamoïdes avec la phalange. Les osselets peuvent s'abaisser dans le sens de la flexion du doigt, mais le ligament qui les unit à la phalange est si court et si résistant qu'il ne leur permet pas de se porter dans le sens de l'extension : jamais leur face postérieure ou cartilagineuse ne peut se porter au contact de la surface articulaire de la phalange. M. Farabeuf compare l'osselet à un battant de table qu'on peut rabattre et qu'on ne peut redresser au-dessus du niveau de la table.

C'est à cette disposition anatomique qu'est due, suivant cet auteur, l'irréductibilité de certaines luxations du pouce. Il n'est pas douteux, ainsi que Pailloux l'a signalé, que l'interposition du ligament glénoïdien soit la cause de l'irréductibilité, mais l'interposition simple ne suffirait pas à l'expliquer. Pour M. Farabeuf, l'irréductibilité n'existe qu'autant que les os sésamoïdes, et principalement l'os sésamoïde externe, ont été retournés par une tentative de réduction qui a consisté à rabattre le pouce, de façon à le ramener dans l'axe du métacarpien. L'os sésamoïde, se trouvant alors lui-même solidement maintenu en place par deux muscles sésamoïdiens (court fléchisseur et adducteur), et par les ligaments latéraux, repose par sa face antérieure sur le rebord dorsal de la tête du métacarpien, de telle sorte qu'on ne peut, même par les tractions les plus vigoureuses, écarter suffisamment les surfaces articulaires pour remettre en place l'os sésamoïde. La réduction nécessite alors des sections tendineuses et ligamenteuses sous-cutanées que le chirurgien me paraît autorisé à pratiquer, surtout si la luxation est récente.

Il faut donc bien se garder, dans une luxation du pouce, de commencer par rabattre la phalange et par tirer dans l'axe du doigt, car c'est de cette façon qu'on retourne l'os sésamoïde et que la luxation est rendue irréductible. Il convient, ainsi que l'ont conseillé Sédillot, Roeser, et plus récemment M. Farabeuf, de maintenir ou de ramener le doigt dans l'extension forcée sur le métacarpien, la phalange étant perpendiculaire à cet os, et de se servir de la première phalange du pouce comme d'un levier pour repousser le ligament glénoïdien avec les sésamoïdes. On fait ainsi glisser la surface articulaire de la phalange sur le dos du métacarpien jusqu'à ce que l'osselet ait dépassé la tête de cet os, et c'est alors seulement que l'on fléchit.