

« Le ligament glénoïdien n'est pas flexible, même chez l'enfant, dont les sésamoïdes sont cartilagineux; c'est une valvè fibro-cartilagineuse munie d'une

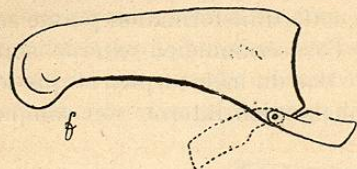


FIG. 75. — Schéma de l'articulation phalango-sésamoïdienne du pouce.

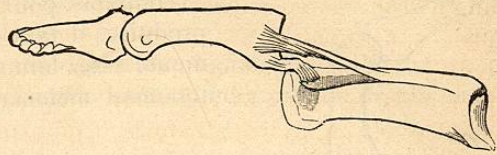


FIG. 74. — Luxation complexe. — L'os sésamoïde forme une apophyse rigide qui empêche la réduction. Les ligaments latéraux désinsérés partiellement empêchent l'écartement nécessaire pour le passage du sésamoïde entre la phalange et le métacarpien. (Farabeuf.)

charpente rigide, articulée en charnière avec la phalange, pouvant se fléchir sur la face palmaire de la phalange, mais nullement sur sa glène. C'est une tablette d'une saillie de 5 à 6 millimètres, jouant comme le battant d'une table relativement à la face antérieure de la phalange » (fig. 75).

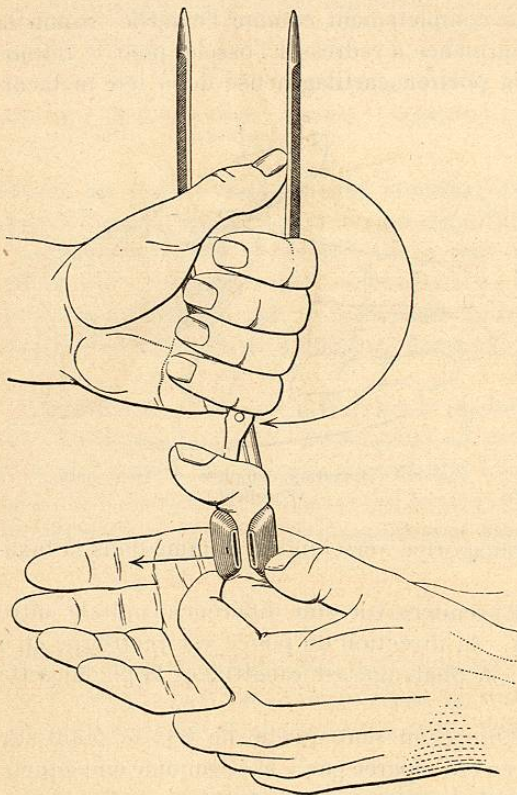


FIG. 75. — Manière de réduire les luxations du pouce, complètes, simples et complexes. — Quelques aides tiennent le bras et l'avant-bras du malade, un assistant fait une vigoureuse coaptation et tient le métacarpien dans l'opposition. La phalangette est libre. La phalange redressée est saisie dans la pince qui semble la prolonger comme une tige rigide et verticale que l'opérateur saisit à deux mains pour agir dans le sens indiqué par les flèches. (Farabeuf.)

Si donc on tire sur la phalange, les sésamoïdes sont retournés et interposés; puis, comme ils ne peuvent s'infléchir vers la surface cartilagineuse de la phalange, ils forment un prolongement de 6 millimètres à la face palmaire de cet os.

Pour réduire par la traction, il faudrait donc écarter la phalange de la tête métacarpienne de 6 millimètres pour permettre le passage entre les deux os de cette apophyse sésamoïdienne.

Cet écartement est impossible; il n'est empêché ni par la résistance des téguments, ni par celle des muscles, mais par les débris des ligaments latéraux métacarpo-sésamoïdiens. Ces ligaments n'ont pas été, en effet, déchirés transversalement, mais bien désinsérés; ils restent encore adhérents au périoste et résistent au point de se refuser à l'écart nécessaire au passage des sésamoïdes. Pour réduire par la traction, il faudrait sectionner ces deux cordes fibreuses qui font obstacle (fig. 74).

Le seul procédé de réduction qui permette facilement de tourner cette diffi-

culté, est celui de Farabeuf; le voici : « On commence par tirer dans l'axe jusqu'à donner au pouce sa longueur et même un peu plus, ce qui est facile; puis, sans cesser de tirer dans l'axe du métacarpien, on redresse la phalange à angle droit, ce qui redresse l'osset et le place de champ sur le dos du métacarpien, sur lequel on le fait glisser en enfonçant pour ainsi dire la phalange redressée dans le métacarpien. La luxation est devenue alors simple et incomplète; on termine la réduction en rabattant la phalange. » Grâce à cette manœuvre, on arrive à réduire la plupart des luxations du pouce en arrière.

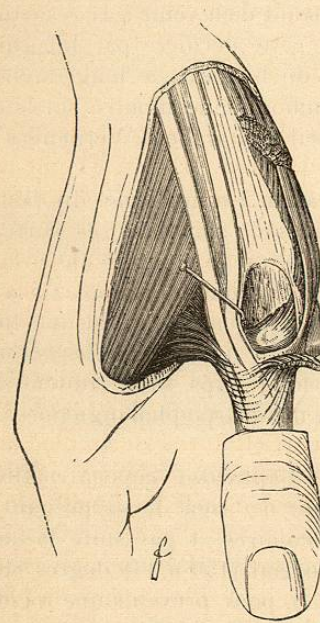


FIG. 76.

FIG. 76. — Luxation complexe. — Ouverture de la capsule par le côté dorsal. — On voit dans la profondeur au milieu de la sangle gléno-sésamoïdienne montée sur la face dorsale du métacarpien, l'os sésamoïde externe retourné.

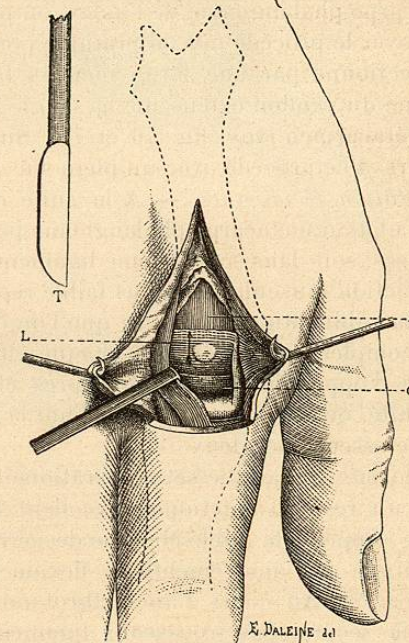


FIG. 77.

FIG. 77. — Elle montre le même position de la glande gléno-sésamoïdienne. — La flèche marque le point où cette sangle doit être sectionnée. (Farabeuf.)

Farabeuf insiste cependant sur les difficultés toutes spéciales que peuvent présenter les luxations qui s'accompagnent du passage du tendon long fléchisseur en dehors de la tête du métacarpien (1).

Réduction par les méthodes sanglantes. — Ces méthodes comprennent la ténotomie sous-cutanée et l'arthrotomie.

La ténotomie sous-cutanée, souvent employée autrefois dans les cas de luxations rebelles par B. Bell, Blandin, Vidal de Cassis, Malgaigne, etc., a été généralement abandonnée, bien que Paquet (de Lille) ait conseillé, récemment encore, la ténotomie du court fléchisseur (2). On réduit par la manœuvre de Farabeuf, ou bien on a recours à l'arthrotomie.

(1) Bull. de la Soc. de chir., 1878, p. 747.

(2) THIAU, Thèse de Paris, 1887, p. 151.

Faite autrefois par Dupuytren et rapidement abandonnée, l'arthrotomie a été reprise depuis la période antiseptique. Ses résultats paraissent médiocres. Clark (1), Lucke (2), Tillaux (3), Bœckel (4), Richon (5), Esmarck (6), Volkmann (7), Evans (8) ont fait cette opération.

On n'obtient pas toujours la réduction sans raideur persistante de l'articulation. Quelques-uns furent obligés de réséquer la tête métacarpienne, et les fonctions de la jointure restèrent compromises. Mais, en général, à la suite de la résection, le résultat fonctionnel est bon.

Il me semble que l'obstacle à la réduction étant le même que dans la luxation métacarpo-phalangienne de l'index, on pourrait, avant d'en venir à la résection, employer le procédé mis en pratique pour réduire cette dernière par Jalaguier. On sectionne par une large incision faite avec un bistouri, le long du bord externe du tendon extenseur, la sangle gléno-sésamoïdienne montée sur le dos du métacarpien (voy. fig. 76 et 77). Sur le conseil de Farabeuf, Verneuil a eu recours à ce procédé avec un plein succès (9).

Luxation récidivante. — A la suite d'une luxation traumatique du pouce, l'articulation métacarpo-phalangienne peut être modifiée soit dans ses surfaces osseuses, soit dans son système ligamenteux, si bien que le moindre choc ou la contraction musculaire la plus faible reproduira la luxation en arrière. Ce n'est plus la subluxation volontaire que l'on observe chez les enfants, c'est une luxation complète, se répétant à chaque effort et rendant impossibles les mouvements d'opposition du pouce. Après être resté longtemps sans traiter cette infirmité, on leur oppose aujourd'hui la résection métacarpo-phalangienne avec suture osseuse des deux os.

Delorme a pratiqué cette opération et a obtenu l'ankylose dans la rectitude avec un résultat fonctionnel excellent, résultat qui n'a rien de surprenant, si on se rappelle la faible étendue des surfaces articulaires et par suite la faible amplitude des mouvements de flexion à l'état normal (150 à 140 degrés selon Nimier) (10). Au cours d'une arthrotomie, Lloyd (11), pour prévenir une récurrence que la section des trousseaux ligamenteux rendait possible, fit la suture au catgut du ligament antérieur.

2° LUXATION MÉTACARPO-PHALANGIENNE DU POUCE EN AVANT

Cette luxation, beaucoup moins fréquente que la précédente, a été aussi étudiée par Farabeuf, qui a inspiré la thèse de Foucaut (Paris, 1876). Elle résulte généralement d'une chute ou d'un coup sur le dos du pouce fléchi; mais une chute sur la face antérieure de la phalange peut aussi produire ce déplacement (Lombard) (12).

(1) CLARK, *Lancet*, t. II, p. 80, 1872.

(2) LUCKE, *Berl. klin. Woch.*, n° 47, 1871.

(3) TILLAUX, *Chirurgie clinique*, t. I, p. 660.

(4) BOECKEL, *Gazette des hôpitaux*, 1881, p. 1206.

(5) RICHON, *Bull. de la Soc. de chir.*, 1887, p. 410.

(6) ESMARCK, *Berl. klin. Woch.*, n° 44, p. 629, 1876.

(7) VOLKMANN-RANKE, *Revue d'Hayem*, t. XI, p. 295, 1878.

(8) EVANS, in POINSOT, *Revue de chirurgie*, 1885, p. 657.

(9) VERNEUIL, *Bull. de la Soc. de chir.*, 1887, p. 412.

(10) NIMIER, *Arch. gén. de méd.*, 1894, p. 225.

(11) LLOYD, *Lancet*, 1892, p. 459.

(12) LOMBARD, *Revue médico-chirurgicale*, t. XI, p. 311.

L'anatomie pathologique de cette luxation a été faite d'après six autopsies et aussi d'après les résultats des expériences cadavériques de Meschede, Lorinser et Farabeuf.

Les autopsies sont celles de Wood (1), Meschede (2), Foucaut, Eve (3) et Stimson (4), etc. (5).

Les ligaments latéraux métacarpo-phalangiens sont complètement déchirés. Les muscles phalangiens et sésamoïdiens ne le sont pas, mais ils sont transportés par la phalange en avant du métacarpien.

Les tendons extenseurs peuvent rester en place et continuer

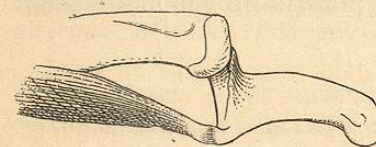


FIG. 78.

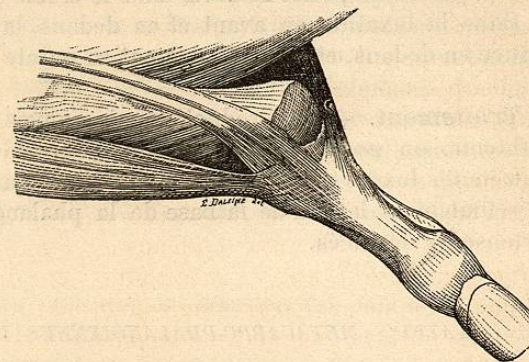


FIG. 79.

Fig. 78. — Luxation du pouce en avant. — Excavation produite par le refoulement des muscles.

Fig. 79. — Luxation récente du pouce gauche en avant en dehors. — Le pouce rectiligne est légèrement fléchi, dévié en dehors, tourné en dedans, tendons extenseurs luxés en dehors. Chevauchement peu marqué en raison de l'obstacle opposé à la tête métacarpienne par les débris de la capsule dorsale et son attache phalangienne. (Farabeuf.)

à coiffer la tête du métacarpien, mais ils peuvent aussi être jetés en dedans (Meschede) ou en dehors (Lorinser, Farabeuf, Stimson).

On admet donc, d'après la position occupée par les tendons extenseurs, trois variétés de luxations du pouce en avant :

- 1° Luxation directement en avant, sans déviation des extenseurs;
- 2° Luxation en avant et en dehors, tendons versés en dehors;
- 3° Luxation en avant et en dedans, tendons versés en dedans.

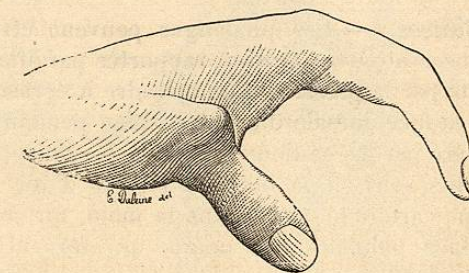


FIG. 80. — Luxation du pouce en avant et en dehors. (Farabeuf.)

Symptômes. — La déformation est caractéristique. La tête métacarpienne forme sur la face dorsale une saillie au-devant de laquelle est une dépression profonde due au transport du pouce en avant. En avant se sent aisément la saillie de la phalange recouverte par les insertions des muscles thénariens. Le pouce est rectiligne, car il est exceptionnel de trouver la phalangette fléchie; mais il est légèrement fléchi sur le métacarpien.

(1) WOOD, *Trans. path. Soc. of London*, 1855, t. IV, p. 250.

(2) MESCHEDÉ, *Virchow's Arch.*, 1866, t. XXXVII, p. 510.

(3) EVE, *Lancet*, 1880, t. I, p. 153.

(4) STIMSON, *Loc. cit.*, p. 588.

(5) AMAT, *Arch. de méd. milit.*, sept. 1895. — TOURNIER, *Revue gén. de clinique et de therap.*, 1892, p. 195. — LAMBERGER, Thèse de Lyon, 1891-1892.

Les mouvements communiqués très limités dans le sens de l'extension sont assez faciles dans le sens de la flexion.

Lorsque la luxation est directe en avant, le pouce est sur le même axe que le métacarpien.

Dans la luxation en avant et en dehors, le pouce subit une rotation sur son axe, qui fait regarder l'ongle du pouce directement en dehors, en même temps que la pointe du pouce se dévie dans le même sens.

Dans la luxation en avant et en dedans, la rotation fait regarder l'ongle du pouce en dedans, et dévie également sa pointe en dedans.

Traitement. — La réduction n'a jamais présenté de difficultés; pour l'obtenir, on conseille de tirer sur le pouce pendant qu'on appuie sur les extrémités luxées pour faire la coaptation. Farabeuf ajoute à cette manœuvre le refoulement latéral de la base de la phalange pratiqué du côté des tendons extenseurs déplacés.

5° LUXATIONS MÉTACARPO-PHALANGIENNES DES QUATRE DERNIERS DOIGTS

MICHELLOT, Thèse de Paris, 1882-1885. — POLAILLON, art. DOIGT du *Dictionnaire Dechambre*. — JALAGUIER, *Arch. gén. de méd.*, 1886, t. I, p. 129. — FRUCHARD, Thèse de Paris, 1891-1892, n° 22. — MONTPROFIT, *Arch. prov. de chir.*, 1892.

Ces luxations se font en arrière et en avant. En arrière, elles sont deux fois plus fréquentes qu'en avant (18 luxations en arrière pour 9 en avant [Polaillon]).

Luxation en arrière. — L'index est le doigt le plus fréquemment atteint; il est luxé isolément ou avec le médius. Dans un cas de Goyrand, les quatre derniers doigts étaient simultanément déplacés.

Causes. — Les phalanges peuvent être luxées par des causes directes. L'observation de Terrier, rapportée par Michelot, nous montre la luxation produite par la pression d'un cylindre à écraser le macadam. Le cylindre appuyait sur la face dorsale du métacarpien pendant que la phalange était repoussée en arrière par les cailloux sur lesquels elle appuyait.

Plus souvent la luxation résulte d'une cause indirecte: c'est l'éclatement d'une cartouche tenue dans la main, un coup de pied de cheval, une chute sur la face palmaire des doigts qui forcent l'extension de la phalange sur le métacarpien.

Anatomie pathologique. — Michelot et Jalaguier reconnaissent aux luxations métacarpo-phalangiennes des quatre derniers doigts, le même mécanisme que celui de la luxation métacarpo-phalangienne du pouce. Comme pour cette luxation, ils admettent donc trois variétés: la luxation simple incomplète; la luxation simple complète; la luxation complexe.

Dans la luxation simple incomplète, le ligament glénoïdien est arraché de ses insertions supérieures ou métacarpiennes, les ligaments latéraux restent intacts et la sangle glénoïdienne, entraînée par la phalange qui se porte sur la face dorsale du métacarpien, vient s'arrêter sur le bout du métacarpien. Cette luxation incomplète est fort rare; il en existe une observation, celle de Bourguet, et, pour l'expliquer, on est obligé d'admettre une disposition exception-

nelle de la tête métacarpienne, qui à l'index, comme au pouce, peut présenter une arête transversale par-dessus laquelle se luxe la sangle glénoïdienne.

Dans la seconde variété: luxation simple complète, la phalange plus ou moins redressée, repose par la partie antérieure de sa face articulaire sur le col ou même sur la face dorsale du métacarpien. Le ligament glénoïdien a suivi la phalange, est monté par-dessus la surface articulaire du métacarpien et repose sur son col. Le ligament latéral interne est toujours plus ou moins déchiré.

Enfin, la troisième variété ou luxation complexe est due à la transformation de la précédente par des manipulations mal avisées. « Si l'on tire directement sur la phalange rabattue, ce qui tend à soulever le bord phalangien du ligament glénoïdien, sans pousser le tout vers l'extrémité du métacarpien, on peut voir et on voit le ligament glénoïdien se retourner complètement, mais rester sur le dos du métacarpien, formant un obstacle invincible à ce que la phalange soit remise au bout du métacarpien. Le raccourcissement est cependant complètement détruit » (Jalaguier).

Symptômes. — Ils diffèrent suivant que la luxation est complète simple ou complexe. Dans le premier cas, le doigt est quelquefois dans sa direction normale, plus souvent il est en extension, renversé sur le dos du métacarpien au point de lui être presque perpendiculaire. Les deux dernières phalanges sont fléchies.

A la face dorsale, on trouve une saillie formée par l'extrémité supérieure de la phalange à la face palmaire, une autre saillie répondant à l'extrémité du métacarpien. Le raccourcissement peut aller jusqu'à 1 centimètre 1/2 ou être presque nul.

Les symptômes de la luxation complexe sont moins tranchés, le doigt est à peu près rectiligne et les saillies antérieures et postérieures apparaissent avec moins d'évidence, mais elles n'en existent pas moins et sont facilement reconnues par le toucher.

Ces luxations se compliquent souvent de plaie à la face palmaire. Cette plaie est une véritable perforation des parties molles, produite par la tête du métacarpien. Quelquefois la rupture des téguments n'a pas lieu, mais la peau est tellement tendue sur la tête métacarpienne que son sphacèle est imminent.

Traitement. — Il faut procéder, pour la réduction des luxations des phalanges en arrière, comme pour la réduction de la luxation du pouce, c'est-à-dire redresser la phalange sur le métacarpien, et la faire glisser d'arrière en avant sur le dos du métacarpien qu'elle racle

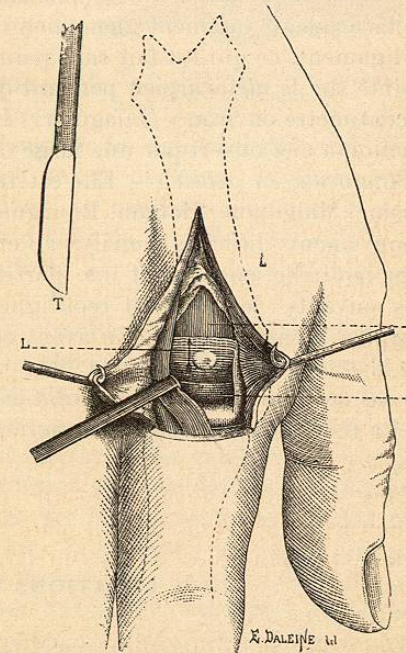


FIG. 81. — Foyer d'une luxation complète complexe de l'index droit. — Vue postérieure. — Les couches superficielles sont écartées au moyen d'épingles, un crochet mousse tire en dedans les tendons extenseurs. — L, ligament glénoïdien avec l'os sésamoïde contenu dans son épaisseur. — M, dos du métacarpien. (Jalaguier.)

pour pousser devant elle la sangle fibreuse glénoïdienne; on termine en rabattant le doigt.

Lorsque, malgré l'emploi de ce procédé, la luxation demeure irréductible, il faut recourir à l'arthrotomie et détruire l'interposition du ligament glénoïdien qui s'oppose à la réduction. Ranke⁽¹⁾ ouvrit l'articulation sur la ligne médiane de la face palmaire, saisit le ligament glénoïdien interposé et le sectionna. Stimson⁽²⁾, Symonds⁽³⁾ firent de même; ils réduisirent ensuite facilement. Mais nous pensons que le mieux en pareil cas, serait de suivre la méthode mise en pratique par Jalaguier sur les conseils de Farabeuf.

L'aide tirant sur le doigt et le maintenant dans l'axe du métacarpien présente la main par la face dorsale. Le chirurgien tenant le ténotome comme une plume à écrire, fait une ponction à la peau, à 2 centimètres en arrière de la phalange, immédiatement en dehors du tendon extenseur. L'instrument est maintenant couché sur le dos de la main, parallèlement au tendon et glissé sous les téguments dorsaux vers la surface articulaire de la phalange. A ce moment il faut un peu relever le manche de façon à abaisser la pointe, qui sans perdre contact de la cavité glénoïde de la phalange, vient attaquer sur la face dorsale du métacarpien le ligament glénoïdien interposé. Il n'y a plus alors qu'à sectionner le ligament, ce qui est fait sans peine, mais à condition d'appuyer fortement la pointe sur le métacarpien pendant qu'on retire l'instrument sur une étendue de 1 centimètre environ » (Jalaguier). Il sera encore beaucoup mieux de faire cette section à ciel ouvert par une large ouverture.

Luxation en avant. — Elle est très rare, et l'on ne sait rien de son mécanisme. Malgaigne, Hamon, Bourguet, Bonhomme l'ont vu se produire dans des mouvements difficiles à analyser : en retournant une chaussure, en débouchant une bouteille, en fermant une porte poussée par le vent. Les symptômes sont les suivants : le doigt est rectiligne; renversé en arrière, il fait avec le métacarpien un angle obtus. En avant est la saillie de la phalange, en arrière celle de la tête métacarpienne, la flexion est impossible. Quelquefois, comme dans le cas de Bourguet, le doigt subit en même temps une déviation latérale.

La réduction est facile par traction et coaptation.

IX

LUXATIONS DES PHALANGINES

Dans 27 cas de luxations des phalanges rassemblés par Polaillon⁽⁴⁾, le déplacement de la phalange du médius est mentionné 11 fois, et celui de la phalange de l'annulaire 6 fois. Les deux doigts les plus longs sont donc ceux dont la phalange se luxé le plus souvent.

On décrit trois variétés : luxations en arrière, en avant et latérales.

Luxations en arrière. — Nous ne parlerons point des subluxations volontaires que certains sujets produisent, grâce à une conformation particulière de

(1) RANKE, *Revue d'Hayem*, 1878, t. XI, p. 295.

(2) STIMSON, *New-York med. Journal*, 30 mars 1889, et *Revue d'Hayem*, t. XXXIV, p. 650.

(3) SYMONDS, *British med. Journal*, mars 1888, p. 588.

(4) Art. DOIGT du *Dictionnaire encyclop. des sciences médicales*.

leurs surfaces articulaires. La luxation traumatique, la seule qui doive nous occuper, est toujours complète. Elle se présente sous deux aspects différents : tantôt la phalange redressée sur la phalange, forme avec elle un angle obtus ouvert en arrière, tantôt elle est rabattue et parallèle à l'axe prolongé de la phalange (fig. 82).

Dans tous les cas, la phalange est légèrement fléchie. A la palpation, on sent en avant la saillie formée par la tête de la phalange, en arrière celle due au déplacement de l'extrémité supérieure de la phalange. Cette luxation se complique quelquefois de plaie au niveau de la face palmaire des doigts.

La luxation simultanée des phalanges de l'index, du médius et de l'annulaire, a été constatée par Langenhagen⁽¹⁾ et Colombe⁽²⁾.

La réduction se fait simplement par l'impulsion aidée d'une traction légère sur la phalange, redressée d'abord, puis fléchie. Polaillon a cependant absolument échoué dans un cas.

Luxations en avant. — Moins fréquentes que les précédentes, celles-ci succèdent à un coup portant sur la face postérieure de la phalange. Le doigt est déformé, raccourci, la phalange est légèrement fléchie sur la phalange, la phalange est étendue. En arrière, on trouve la saillie de la tête phalangienne, en avant celle de la surface articulaire de la phalange, recouverte par les tendons fléchisseurs distendus (fig. 85).

Tarneau a observé simultanément une luxation des phalanges du médius et de l'annulaire. Hamon celle de l'annulaire et de l'auriculaire.

Luxations latérales. — Polaillon en a relevé 8 cas : 7 fois la luxation était interne, 1 fois externe. La description adoptée de cette lésion est celle donnée par Duplay :

« La phalange luxée est fortement déviée en dedans, au point de former avec la phalange un angle presque droit, et de croiser la direction du doigt voisin. Au sommet de l'angle, on sent l'extrémité inférieure de la première phalange. La phalange luxée fait saillie au côté interne de celle-ci. »

L'observation de Rollet⁽³⁾ est la seule où le déplacement en dehors soit noté. Notons le cas de Chedan⁽⁴⁾ où la phalange des trois derniers doigts était luxée en dedans, ainsi que celle de Geschwid⁽⁵⁾ qui était irréductible et fut traitée par l'arthrotomie.

(1) LANGENHAGEN, *France médicale*, 1885.

(2) COLOMBE, *Union médicale*, 1888.

(3) ROLLET, *Journal de chir. de Malgaigne*, t. III, p. 210, 1845.

(4) CHEDAN, Thèse de Paris, 1871.

(5) GESCHWID, *Arch. de méd. milit.*, 1891, t. I, p. 51.

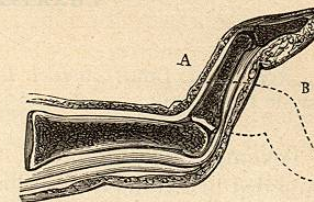


FIG. 82. — Luxation en arrière de la phalange. (Follin.)

A, phalange renversée en arrière sur la phalange. — B, phalange parallèle à la phalange

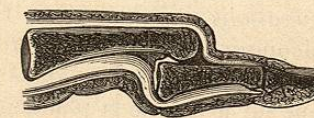


FIG. 85. — Luxation de la phalange en avant. (Follin.)

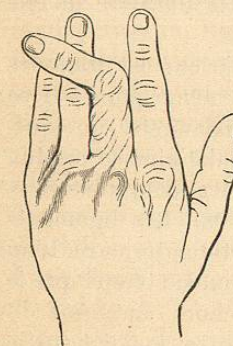


FIG. 84. — Luxation en dedans de la phalange du médius. (Follin.)