

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. 83).

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.

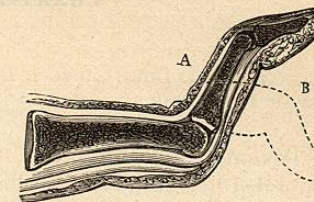


FIG. 82. — Luxation en arrière de la phalange. (Follin.)

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

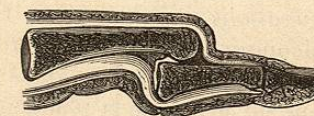


FIG. 83. — Luxation de la phalange en avant. (Follin.)

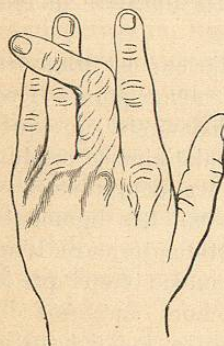


FIG. 84. — Luxation en dedans de la phalange du médius. (Follin.)

X

LUXATIONS DES PHALANGETTES

POLAILLON, art. DOIGT du *Dict. Dechambre*. — BURETTE, Thèse de Paris, 1878. — PIQUARD, Thèse de Paris, 1879.

A l'exemple de Polaillon, nous ne consacrerons pas un chapitre spécial à l'étude des luxations de la phalange du pouce, qui ne diffère guère de celles des autres doigts que par sa fréquence beaucoup plus grande, et nous nous bornerons à signaler chemin faisant les quelques particularités qui lui sont propres. Pour 55 cas de luxations de la phalange du pouce, Polaillon n'a pu en réunir que 14 portant sur les autres doigts.

Les luxations des phalanges ont lieu en arrière, en avant et sur les côtés.

Luxations en arrière. — Elle est produite par une chute ou par un choc quelconque sur la face palmaire de la phalange qui la porte dans l'extension forcée. Une seule fois, dans un fait rapporté par Malgaigne, un volet était tombé sur le dos de la phalange pendant que la phalange portait sur le bord saillant d'un pavé.

La phalange repose par sa cavité glénoïde ou par le bord antérieur seulement de sa surface articulaire sur le dos de la phalange. Dans le premier cas,



FIG. 85. — Luxation de la phalange du pouce en arrière.

la phalange est dressée à angle droit sur la phalange; dans le second, elle est rabattue, et reste dans la direction de cette dernière qu'elle surplombe.

Le ligament glénoïdien antérieur est toujours rompu, mais pas toujours au même point. Il se détache ordinairement de la phalange, quelquefois de la phalange. La séparation du ligament et de la phalange se produirait une fois sur quatre pour le pouce (Michel et Piquard), beaucoup plus rarement pour les autres doigts (Burette, 1 fois sur 18 expériences). Les ligaments latéraux restent intacts ou sont simplement éraillés à leur partie antérieure. L'un des deux ligaments ne se déchire que quand il se produit en même temps que le déplacement en arrière une inclinaison en dedans ou en dehors. La gaine du tendon fléchisseur déchiré laisse échapper ce tendon qui se luxe souvent sur le côté de la phalange.

Deux dispositions anatomiques spéciales peuvent entraver la réduction ou rendre la luxation irréductible, ce sont :

1° L'interposition de la capsule entre les surfaces articulaires, elle se fait lorsque le ligament glénoïdien antérieur étant séparé de la phalange accompagne la phalange dans son déplacement. L'interposition se produit quand on rabat la phalange ou qu'on tire sur elle (Pailloux).

2° L'interposition du tendon fléchisseur qui se luxe sur l'un des côtés de la phalange, contourne un des condyles de cet os et s'engage entre les deux surfaces articulaires, avant de gagner son insertion à la phalange. Barbazon, Lee, Richet, Dolbeau et Trélat⁽¹⁾ ont vu cette interposition.

⁽¹⁾ Cas rapportés par Polaillon, *loc. cit.*, p. 187.

Jarjavay supposait que la tension des ligaments latéraux intacts suffisait à maintenir l'irréductibilité. Malgaigne pensait que le principal obstacle était apporté par la saillie des rebords de la phalange et de la phalange, qui, s'accrochant mutuellement, s'opposaient au retour des surfaces articulaires en position; mais ces deux causes paraissent bien secondaires à côté des précédentes.

Symptômes. — Tantôt la phalange est renversée en arrière à angle droit sur la phalange; tantôt, et plus souvent, elle est rabattue et fait une ligne droite avec la phalange que sa surface articulaire surmonte. Alors la base de la phalange et le tendon extenseur qui forme corde soulèvent la peau. En avant, la saillie de la tête phalangienne est facilement appréciable par le toucher. Le doigt est raccourci. Il existe une ecchymose transversale au niveau du pli cutané palmaire (Jarjavay).

La luxation de la phalange en arrière se complique souvent de plaies communiquant avec l'articulation (52 fois sur 55 observations, Polaillon). Ces plaies étaient autrefois l'origine d'accidents graves dont le moindre était la suppuration de l'article et l'ankylose, mais il est certain qu'aujourd'hui elles sont loin de présenter le pronostic grave d'autrefois. Toutefois le pronostic reste sérieux au point de vue fonctionnel lorsque la luxation n'est point réduite, et le cas observé par Broca en est une preuve: il s'agissait d'un malade si fort empêché par une luxation du pouce, qu'il réclamait l'amputation.

La réduction est généralement simple; une simple pression en sens inverse suffit à l'opérer. Si cependant cette manœuvre ne réussit point, il faut, comme le veut Malgaigne, renverser d'abord la phalange en arrière, puis la repousser en avant, en raclant avec elle le dos de la phalange, de façon à combattre l'interposition du ligament glénoïdien. Si la difficulté de la réduction est due à l'interposition du tendon fléchisseur, il faut essayer la réduction en imprimant à la phalange un mouvement de torsion vers le côté opposé au tendon luxé.

Enfin, si ces manœuvres échouent, l'arthrotomie ou l'agrandissement de la plaie palmaire a permis de lever l'interposition du ligament glénoïdien ou du tendon fléchisseur, en dégagant ces derniers à l'aide de crochets mousses.

Luxations en avant. — Elles sont très rares, n'ont été observées qu'au pouce, et Burette n'a pu les produire expérimentalement sur les autres doigts.

Elles succèdent à un coup ou à une chute sur la face palmaire de la phalange qui bascule sur la phalange et proémine en avant d'elle. La déformation se présente sous deux aspects différents :

Premier type. — La phalange est renversée en arrière et son extrémité supérieure fait saillie sous la peau en avant (Dupuytren, Sirius Pirondi).

Deuxième type. — La phalange est fléchie et son extrémité supérieure a passé sous la tête de la phalange qui la surplombe et fait saillie au-dessus d'elle (Ch. Bell, Bourguet).

Dans les deux cas, les mouvements sont impossibles. Assez souvent la luxation se complique de déchirures des téguments palmaires.

La réduction est généralement simple par la traction sur la phalange aidée de la coaptation.

Qu'il nous suffise de signaler les *luxations latérales* internes et externes. Elles sont extrêmement rares, et ne diffèrent des luxations postérieures que par la rupture des ligaments latéraux qui permettent l'inclinaison en dedans ou en dehors de la phalange déplacée en arrière.