

Pour les luxations *partielles*, Claudot conseille de faire une traction sur l'orteil correspondant au métatarsien déplacé avec la pince de Farabeuf. En même temps une pression directe repousse vers sa cavité la base du métatarsien. La résection ne sera indiquée pour les luxations irréductibles que si les fonctions sont très gênées.

Dans un cas de luxation du 1^{er} métatarsien, Loison (1), après d'inutiles essais de réduction, pratiqua l'arthrodèse.

XXIII

LUXATIONS DES ORTEILS SUR LES MÉTATARSIENS

MADON, Thèse de Montpellier, 1896. — VIGNOL, *Journal des Praticiens*, 1895, p. 24. — DUPEUX, *Idem*, 1892, p. 585. — GARNIER, Thèse de Paris, 1895, n° 159. — CHOUX, *Archives de méd. milit.*, mai 1895.

Les luxations des orteils sont rares, car Paulet n'a pu en réunir que 50 cas. Parmi elles, celle du gros orteil est de beaucoup la plus fréquente : 51 cas sur 50 (Paulet) (2).

Je serai bref dans la description de cette luxation, car son mécanisme est identique à celui de la luxation métacarpo-phalangienne du pouce que nous avons complètement décrit (3).

Cependant, plusieurs faits anatomiques (Madon, Morestin) (4) tendraient à prévaloir contre cette opinion.

Causes. — Ces luxations sont dues à des causes variables qui produisent l'extension forcée du gros orteil sur son métatarsien; une légère abduction coïncidant avec l'extension facilite le déplacement.

La luxation métacarpo-phalangienne du gros orteil se fait sur la face dorsale du métatarsien. C'est la seule variété admise par Paulet; il existe, au dire de Blum (5), deux observations de luxations en avant. Plus récemment, Amat a décrit un cas authentique de luxation en bas.

Luxation dorsale. — On a décrit deux variétés identiques aux deux variétés correspondantes de la luxation du pouce : 1^o la luxation complète simple; 2^o la luxation complexe.

La luxation incomplète, telle que la comprenait Malgaigne d'après un fait de Michon, est absolument repoussée par Farabeuf et par Paulet. En revanche, ces deux auteurs font remarquer qu'il n'est pas impossible que la luxation incomplète se produise comme dans la luxation incomplète du pouce si le métatarsien présente une configuration anormale, une crête sur laquelle la sangle sésamoïdienne puisse passer et rester accrochée. Mais il n'y a aucune observation clinique de ce déplacement.

Le mécanisme de la luxation simple, étudié expérimentalement par Paulet,

(1) LOISON, *Loco citato*.

(2) PAULET, Art. ORTEIL du *Dictionnaire encyclopédique*.

(3) FARABEUF, *Bull. et Mém. de la Soc. de chir.*, 1876, en note, p. 55.

(4) MORESTIN, *Bull. de la Soc. anat.*, 1894, p. 154. — *Bul. de la Soc. de chir.*, 1895, p. 122.

(5) BLUM, *Chirurgie du pied*. Paris, 1888.

est identique à celui de la luxation métacarpo-phalangienne du pouce en arrière; le gros orteil étant porté dans l'extension forcée, les faisceaux de l'aponévrose plantaire qui aboutissent à la gaine du fléchisseur cèdent les premiers, la gaine du tendon se déchire et celui-ci se porte en dehors vers le premier espace interosseux. Bientôt l'extension forcée a raison de la résistance du ligament glénoïdien qui se rompt à ses attaches métatarsiennes, et les sésamoïdes sont libres de suivre la phalange sur le dos du métatarsien. L'orteil est alors dressé presque à angle droit sur la phalange, son sommet est légèrement incliné en dehors, il forme un Z avec le métatarsien.

La phalange et les os sésamoïdes montés en croupe derrière elle sont donc sur le dos du métatarsien, et la luxation est dite simple. Elle deviendra complexe si l'on essaye de rabattre la phalange en tirant dessus pour réduire. Dans les deux cas, le traitement sera identique à celui de la luxation du pouce (voy. *Luxation du pouce*).

Pronostic. — Sur 40 cas publics et analysés par Vignal, on trouve que 20 fois seulement la réduction fut possible; les 20 autres cas non réductibles se décomposent ainsi : 2 fois l'état des blessés fut si grave que la mort en fut la conséquence, 5 fois on ne traita point la luxation : le pied resta difforme et la marche difficile; 3 fois la réduction fut obtenue par des débridements sous-cutanés; on obtint une guérison, une ankylose, une marche difficile; 8 fois enfin on pratiqua la résection et le résultat donna 6 succès, 1 insuccès et 1 cas de mort par infection purulente.

Dans des cas d'irréductibilité, on a pratiqué l'incision du ligament antérieur (Lloyd) (1), l'ablation des sésamoïdes (Choux) (2), la résection (Amat) (3), Morestin (4), Vignol (5).

Luxation métatarso-phalangienne des quatre derniers orteils. — Dans la plupart des observations publiées (4 sur 8, recueillies par Delorme), il y avait simultanément luxation des cinq orteils (Pailloux, Landouzy, Josse et Delorme).

Cooper a vu la luxation porter sur les quatre derniers orteils. Dufour et Lagrange ont constaté la luxation des deux premiers et Servier celle du cinquième. Dans tous ces faits, le déplacement des orteils s'était produit vers la face dorsale. Seul le cas de Dziewouski, relaté par Delorme, est un exemple de luxation des orteils vers la face plantaire. L'accident avait été causé par la pression d'une barre de fer sur les orteils.

XXIV

LUXATIONS DES PHALANGES DES ORTEILS

Elles sont très rares; Paulet n'a pu en relever que 11 observations, dont 9 se rapportent à la luxation de la phalange unguéale du gros orteil.

(1) LLOYD, *The Lancet*, 1892, p. 459.

(2) CHOUX, *Arch. de méd. milit.*, mai 1895.

(3) AMAT, *Bull. de la Soc. de chir.*, 1895, p. 122.

(4) MORESTIN, *Loco citato*.

(5) VIGNOL.

Le déplacement de la phalange unguéale du gros orteil se fait ordinairement en haut (6 cas), plus rarement en bas (2 cas) et en dedans (1 cas).

La luxation en haut donne naissance à une déformation caractéristique. L'orteil est raccourci, son épaisseur notablement augmentée. Du côté de sa face dorsale, on sent aisément la saillie formée par l'extrémité postérieure de la phalangette; du côté de la face plantaire, on sent un peu moins distinctement le relief de la trochlée phalangienne. La phalangette dressée sur la phalange forme avec elle un angle obtus; au-dessus de cet angle existe sur la face dorsale un pli cutané profond dirigé obliquement en bas et en arrière.

La luxation en avant (cas de Rizet et de Cleaveland) est caractérisée par la déformation suivante: l'extrémité unguéale de l'orteil est portée en haut et un peu en dehors de l'orteil, et raccourcie. Du côté de la face dorsale, on sent la saillie formée par l'extrémité antérieure de la phalange et du côté de la face plantaire l'extrémité postérieure de la phalangette. Dans le seul cas de luxation en dedans (Pinel), les parties molles étaient largement déchirées du côté interne et la poulie de la phalange faisait issue par la plaie.

Il n'existe que 5 cas de luxations des phalanges des quatre derniers orteils: ce sont ceux de Broca, de Budin et de Blum.

CHAPITRE IV

PLAIES DES ARTICULATIONS

Classiques. — Art. ARTICULATIONS des *Dictionnaires*, et FISCHER, *Handbuch der Kriegschirurgie*, 1882.

On divise les plaies des régions articulaires en plaies non pénétrantes et en plaies pénétrantes. Les dernières seules ont une réelle importance.

PLAIES NON PÉNÉTRANTES

Ces plaies ne diffèrent point de celles qui siègent sur la continuité des membres. Il faut cependant se rappeler les particularités suivantes: 1° il existe, au voisinage des jointures, des bourses muqueuses et des gaines tendineuses qui peuvent être ouvertes sans que l'articulation soit touchée. De ces cavités séreuses s'écoule parfois un liquide muqueux qu'un examen inattentif peut confondre avec la synovie articulaire.

2° L'inflammation d'une plaie périarticulaire peut se propager à une articulation que le traumatisme n'a pas atteinte. Toute plaie dans le voisinage d'une articulation, doit donc être attentivement surveillée en raison de cette complication possible.

3° Enfin, les plaies étendues s'accompagnant de perte de substance considérable donnent naissance, si l'on n'y prend garde, à des cicatrices vicieuses qui empêchent complètement le jeu d'une jointure.

Le traitement ayant pour but de parer à ces deux dangers consistera donc: 1° à nettoyer soigneusement toute plaie périarticulaire, à la débrider, à la drainer si elle présente quelque anfractuosité, et 2° à immobiliser le membre en bonne position pour que la réparation des parties molles ne donne pas au membre une attitude incompatible avec son fonctionnement.

PLAIES PÉNÉTRANTES

Nous étudierons d'abord les plaies par armes à feu en raison de leur gravité et du traitement qu'elles nécessitent; puis, dans un second paragraphe, les plaies par instruments piquants, tranchants et contondants.

PLAIES PAR ARMES À FEU

Les plaies articulaires produites par les armes à feu se présentent avec des caractères qui varient comme les projectiles qui atteignent la jointure. Ceux-ci sont extrêmement nombreux, ce sont: des balles, des biscatiens, des éclats d'obus de forme et de volume variables, des grains de plomb, des fragments détachés de corps que le projectile rencontre sur sa route: éclats de bois, fragments de pierre, portion de vêtements, etc. D'une façon générale, la plaie articulaire offre deux aspects absolument différents: elle est large ou étroite.

Plaies larges. — Un éclat d'obus ouvre une grande articulation; entre les lèvres de la plaie béante se voit la cavité articulaire dont les surfaces sont intactes ou brisées par le projectile. Une balle atteignant de petites articulations, celles des doigts ou des orteils par exemple, agit de même et ouvre complètement la jointure.

Plaies étroites. — Plus souvent une plaie étroite est produite par une balle. Les lésions articulaires sont alors extrêmement variables. Tantôt la balle traverse une grande articulation, sans produire aucune lésion du squelette; Guthrie, Pyrogoff, Legouest, Simon, Fischer, Socin (*) ont observé un assez bon nombre de cas où aucune lésion osseuse n'avait été produite par une balle traversant l'articulation du genou. Tantôt la balle, à bout de force, se loge dans un condyle ou une tubérosité articulaire sans traverser l'épiphyse qu'elle atteint. Plus souvent, elle creuse une gouttière osseuse à la périphérie de l'extrémité articulaire qu'elle rase sans la pénétrer, ou bien perfore de part en part l'épiphyse.

Le canal osseux formé par la balle est dans ce dernier cas régulièrement arrondi dans la partie qui répond à l'entrée de la balle; mais, dans la partie qui correspond à sa sortie, on observe un orifice infundibuliforme très grand, dû à l'éclatement de ce point de l'épiphyse. Lorsque la balle traverse une extrémité articulaire de part en part, l'épiphyse est d'ordinaire éclatée et présente des fissures de nombre et d'étendue variables qui peuvent remonter fort loin sur la diaphyse.

Symptômes. — *Plaies larges.* — À travers une plaie à bords renversés,

(*) POULET et BOUSQUET, t. I, p. 888.