

Généralement le pronostic est rendu sérieux par la coexistence de complications telles que plaies, fractures; mais en l'absence de ces dernières, les luxations carpo-métacarpiennes n'offrent pas de gravité. Elles se réduisent facilement par la simple pression ou par l'impulsion combinée avec l'extension. Un bandage compressif maintiendra la réduction et sera laissé pendant une quinzaine de jours.

Existe-t-il une luxation simultanée de *tous* les métacarpiens? Le seul exemple que nous connaissions est rapporté par Erichsen, qui l'a décrit et fait représenter dans une figure de son *Traité de chirurgie*. La main était portée en avant, et le carpe formait à la face dorsale une tumeur arrondie et convexe, qui correspondait bien à l'interligne articulaire carpo-métacarpien. Cependant il est permis de conserver quelques doutes sur la véritable nature de cette lésion.

§ XV. — Luxations métacarpo-phalangiennes.

Nous décrirons séparément les luxations métacarpo-phalangiennes du pouce et celles des autres doigts.

1° Luxations métacarpo-phalangiennes du pouce.

Ces luxations furent étudiées avec soin par les chirurgiens modernes, après que Hey eut appelé l'attention sur les difficultés que présente quelquefois leur réduction. Nous indiquerons chemin faisant les sources auxquelles on devra puiser pour compléter la description sommaire que nous donnons ici.

La première phalange du pouce peut se luxer *en avant* ou *en arrière*, et dans l'un et l'autre cas la luxation peut être *complète* ou *incomplète*.

a. — Luxation en arrière.

ÉTIOLOGIE ET MÉCANISME. — Beaucoup plus fréquente que la luxation en avant, la luxation du pouce en arrière se rencontre le plus souvent, suivant Malgaigne, dans l'âge adulte, et plus particulièrement chez l'homme que chez la femme.

On doit distinguer, au point de vue du mécanisme, deux variétés de luxations du pouce : les luxations par cause musculaire et les luxations traumatiques.

Certains individus possèdent, en effet, la singulière faculté de se luxer volontairement le pouce en arrière, par une contraction des muscles extenseurs. Mais il faut admettre des conditions anatomiques toutes spéciales pour expliquer ces luxations habituelles, soit que les ligaments présentent une laxité anormale, soit plutôt qu'il existe une conformation particulière des surfaces articulaires. Cette dernière hypothèse nous semble d'autant plus acceptable, que les individus qui peuvent ainsi se luxer le pouce à volonté ont appris à en faire un jeu dès leur enfance.

Mais, le plus ordinairement, la luxation du pouce en arrière reconnaît des causes traumatiques, et la plus fréquente est une chute sur la face palmaire du pouce, d'où résulte le renversement de celui-ci en arrière, ou, en d'autres termes, l'extension forcée. On comprend en effet que, dans ce mouvement, la tête du premier métacarpien pressant fortement sur le ligament antérieur, le déchire et passe en avant de la première phalange.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — Les autopsies de luxations du pouce sont très-rares; aussi reste-t-il encore divers points à éclaircir, relativement aux rapports exacts des surfaces articulaires, et surtout aux lésions des ligaments et des muscles. La luxation se fait d'ordinaire directement en arrière; mais elle peut aussi se faire en arrière et un peu en dehors, ou plus souvent en arrière et un peu en dedans.

Les rapports des os luxés sont variables; la phalange repose sur la face dorsale du premier métacarpien, tantôt par sa surface articulaire, tantôt par le bord antérieur de cette surface. Dans le premier cas, l'os luxé est perpendiculaire à la direction du métacarpien; dans le second, il lui est presque parallèle, et présente avec lui un chevauchement plus ou moins considérable. Adair Lawrie a vu la phalange remonter jusqu'au milieu de la face dorsale du premier métacarpien (1).

On a trouvé le ligament antérieur arraché à son insertion métacarpienne et ayant suivi la phalange en entraînant avec lui les os sésamoïdes; le ligament latéral interne était intact, mais le ligament externe, rompu en avant, était tendu pour rejoindre la phalange portée un peu en dedans.

Les rapports des muscles sont très-remarquables (fig. 70) : la tête du métacarpien passe au travers du court fléchisseur du pouce, qu'elle divise en deux parties, l'une interne, l'autre externe, de sorte que la partie rétrécie qui surmonte la tête de l'os est étranglée par une boutonnière musculaire ou par une sorte de sphincter. Le court abducteur du pouce est resté en dehors et en arrière, tandis que l'adducteur est resté en dedans. Quant au tendon du long fléchisseur propre du pouce, on l'a vu tantôt en dedans du métacarpien, tantôt au côté externe. Les vaisseaux et les nerfs ne sont pas lésés.

Une particularité très-intéressante de l'histoire des luxations du pouce, c'est la difficulté et même quelquefois l'impossibilité de la réduction.

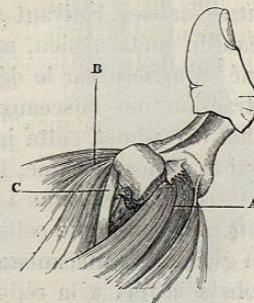


FIG. 70. — Luxation du pouce en arrière. — La tête du premier métacarpien est étranglée, en dehors, par le petit abducteur et une portion du court fléchisseur A; en dedans, par l'autre portion de ce muscle, l'adducteur B, et le tendon du long fléchisseur C.

(1) *Lond. Med. Gaz.* 1838, t. I, p. 93.

Aussi les chirurgiens se sont-ils vivement préoccupés de rechercher les obstacles qui s'opposent au retour des surfaces articulaires dans leurs rapports normaux. On a accusé tour à tour les ligaments et les muscles.

La résistance des ligaments latéraux fut d'abord invoquée par Hey (1). Cet auteur croyait que la tête du métacarpien, passant entre les deux ligaments latéraux, se trouvait serrée comme dans une boutonnière au niveau de sa partie rétrécie, et ne pouvait repasser de nouveau par le chemin qu'elle avait parcouru.

A l'exemple de Hey, Dupuytren admit que l'obstacle résidait dans les ligaments latéraux; mais il interpréta le mécanisme de l'irréductibilité d'une manière différente. Les ligaments latéraux, de parallèles qu'ils étaient à l'axe des os, leur deviendraient perpendiculaires et maintiendraient ainsi la phalange étroitement appliquée contre le métacarpien. Mais cette explication ne serait tout à fait admissible que pour le cas où la phalange forme un angle presque droit avec le métacarpien. Or, il n'en est pas toujours ainsi. L'opinion de Dupuytren, aussi bien que celle de Hey, tombe d'ailleurs en présence de ce fait qu'un des ligaments latéraux est toujours rompu; les deux même le sont quelquefois.

L'interposition du ligament antérieur entre les surfaces articulaires a paru, à plusieurs auteurs, le véritable obstacle à la réduction. Pailloux (2) chercha à faire prévaloir cette opinion, tout en reconnaissant l'action d'autres causes. Suivant cet auteur, le ligament antérieur, arraché au niveau du métacarpien, mais adhérent encore à la phalange, serait entraîné en arrière par le déplacement de cette dernière, ainsi que par la contraction des faisceaux du court fléchisseur qui s'insèrent sur lui. Michel (3) admet cette interposition; mais il croit qu'elle est due à la pression atmosphérique, lorsque les tractions tendent à écarter les surfaces articulaires. Enfin Léva (4), acceptant également l'interposition des ligaments, pense que celle-ci serait le résultat de tractions intempestives. Quel que soit le mécanisme de cette interposition, elle paraît constituer un obstacle réel à la réduction. Dans une expérience cadavérique, Malgaigne a vu le muscle court fléchisseur rompu à ses insertions phalangiennes, tous les ligaments décollés ou déchirés près de leurs attaches métacarpiennes; le ligament antérieur, entraîné avec les os sésamoïdes par la tête de la phalange, était venu se placer entre elle et l'os métacarpien.

Mais la cause la plus fréquente de l'irréductibilité des luxations du pouce doit être cherchée dans l'étranglement de la tête du métacarpien, à travers une boutonnière musculaire formée par les muscles abducteur, adducteur et court fléchisseur du pouce.

(1) *Practical Observ. in Surgery*, 1803.

(2) Thèse inaugurale. Paris, 1829.

(3) *Gazette médicale de Strasbourg*, 1850, p. 97.

(4) *Annales de la Société de médecine d'Anvers*, 1835, p. 24.

Ballingall (1) avait déjà signalé, d'après des expériences cadavériques, l'existence de cet obstacle, que Pailloux constata également, et que Malgaigne est venu plus tard confirmer. La figure 70, empruntée à ce dernier auteur, montre la tête dénudée du métacarpien avec le petit abducteur et une portion du court fléchisseur passés à son côté externe, l'autre portion du court fléchisseur, le tendon du long fléchisseur et l'abducteur passés à son côté interne, de manière à étrangler le col de l'os dans une sorte de boutonnière musculo-tendineuse. On comprend que, dans ces conditions, une traction directe sur le pouce n'aurait pas d'autre résultat que d'augmenter la difficulté de la réduction. Nous verrons plus tard les conséquences pratiques qu'on peut tirer de la connaissance de ce fait.

SYMPTOMATOLOGIE. — Malgaigne assigne à la luxation *incomplète* les symptômes suivants : la phalange fait en arrière du métacarpien une saillie variable qui, dans un cas, allait à un centimètre environ; elle est fixe dans l'extension et ne peut se fléchir; la tête du métacarpien fait en avant une autre saillie qui paraît encore recouverte par les muscles; le pouce conserve sa longueur naturelle.

Dans la luxation *complète*, les symptômes sont nettement accusés. La douleur est généralement assez vive, le doigt luxé peut offrir plusieurs attitudes particulières et également caractéristiques. Le plus souvent la première phalange, renversée en arrière dans une extension forcée, forme avec le premier métacarpien un angle obtus ouvert en arrière; la phalange unguéale est dans la flexion, de sorte que le pouce présente une double inflexion en forme de Z; mais il arrive quelquefois que le pouce n'est pas dans l'extension; il se trouve simplement porté en arrière, parallèlement au métacarpien et sur un plan postérieur à ce dernier. La phalange est alors à peine fléchie, et le pouce garde à peu près sa direction normale. On l'a même vu, dans certains cas, placé dans une légère flexion.

Une déformation notable s'observe à la partie externe de la paume de la main (fig. 71); la tête du métacarpien fait une forte saillie au niveau du pli cutané qui sépare le pouce de la main. Cette saillie n'est recouverte que par une faible épaisseur de parties molles, ce qui semble confirmer le passage de la tête métacarpienne à travers les fibres du court fléchisseur. Il est bon de noter



FIG. 71. — Luxation complète du pouce en arrière. Déformation. — A, saillie de la tête du premier métacarpien.

(1) *Edinburgh Med. and Surg. Journ.*, 1815, t. XI, p. 188.

que souvent la saillie métacarpienne paraît continue à la phalange, d'où résulte une cause fréquente d'erreur que nous aurons soin d'apprendre à éviter. A la face dorsale du premier métacarpien, on sent quelquefois l'extrémité de la première phalange du pouce, à laquelle on peut imprimer des mouvements de latéralité.

Le pouce chevauchant sur le métacarpien, il en résulte un raccourcissement plus ou moins prononcé, depuis 2 millimètres jusqu'à 1 centimètre à un centimètre et demi. On a même vu la phalange refoulée jusqu'au milieu de la face dorsale du premier métacarpien.

Les mouvements volontaires sont très-limités; ils se bornent à une légère flexion et à des mouvements de latéralité presque nuls. Les mouvements communiqués sont plus étendus; on peut fléchir le pouce, l'étendre et même exagérer le mouvement d'extension.

DIAGNOSTIC. — La contusion, l'entorse, sont faciles à distinguer. On ne peut guère confondre la luxation en arrière qu'avec la luxation en avant; et l'erreur a été longtemps commise par les chirurgiens les plus expérimentés. Nous trouverons plus loin les éléments de ce diagnostic. Quant à la distinction à établir entre la luxation incomplète et la luxation complète, Malgaigne pense que, dans le premier cas, le pouce garde sa direction ou est à peine incliné en arrière. Mais, pour lui, le seul signe vraiment pathognomonique est l'absence de tout raccourcissement.

PRONOSTIC. — Les luxations du pouce sont généralement exemptes de complications, et malgré l'assertion de quelques auteurs, les déchirures de la peau, que nous verrons si fréquentes dans les luxations des phalanges, sont exceptionnellement rares dans les luxations métacarpo-phalangiennes. Celles-ci offrent cependant, à d'autres égards, une certaine gravité.

A plusieurs reprises déjà, nous avons parlé de l'irréductibilité assez fréquente des luxations du pouce. Cette condition fâcheuse se rencontre dans les luxations récentes, et à plus forte raison dans les luxations anciennes. Malgaigne ne connaissait qu'un seul cas, rapporté par Vidal, où la réduction ait été obtenue au delà du troisième jour. En outre, les tentatives énergiques de réduction ont souvent causé des accidents sérieux. Dans un cas de Bromfield, cité par Hey, la phalangette fut arrachée. Dans un autre cas, rapporté par Dupuytren, à la suite des tentatives énergiques de réduction chez un homme de soixante-sept ans, il se développa un phlegmon de la main et du poignet, le pouce fut frappé de gangrène, et le malade mourut.

Les luxations invétérées, sans abolir d'une manière absolue la flexion et l'extension, entraînent cependant une gêne considérable dans ces mouvements. L'opposition est cependant conservée, parce qu'elle se passe dans l'articulation trapézo-métacarpienne.

TRAITEMENT. — Les méthodes de réduction sont extrêmement nombreuses; c'est dire assez que chacune d'elles échoue souvent. On a surtout eu recours aux méthodes de douceur, dont on a multiplié les procédés. Nous allons rapidement les passer en revue.

La méthode d'impulsion ou de glissement comprend divers procédés :
a. L'impulsion simple, employée dès 1810 par Hey, et recommandée plus tard par Gerdy (1), consiste à presser avec le pouce sur la phalange luxée, en même temps que l'indicateur de la même main presse en sens inverse sur la tête du métacarpien, de manière à faire glisser l'une sur l'autre les deux surfaces articulaires.

b. L'impulsion avec flexion en avant a été imaginée par Shaw (2). L'opérateur saisit le pouce luxé avec sa main droite, de manière que son indicateur soit placé en travers du doigt luxé, et appuie sur la tête métacarpienne, tandis que son pouce presse sur l'extrémité saillante de la phalange; puis il fléchit alors le pouce luxé.

c. L'impulsion avec flexion en arrière a réussi entre les mains de Ch. Bell. Pour l'exécuter, on se place au côté externe du bras, on renverse le pouce en arrière, et l'on presse de haut en bas sur la phalange luxée. Pailloux a également recommandé ce procédé dans le but de dégager le ligament interposé entre les surfaces articulaires.

La méthode de dégagement comprend diverses manœuvres qui se résument dans une *rotation* ou une *circumduction* plus ou moins complète.

Cette méthode a été employée par Guyon (3), dans un cas où divers procédés avaient échoué. Le chirurgien saisit solidement le pouce et lui fit exécuter une rotation telle que la face palmaire vint regarder l'index, puis il renversa brusquement la phalange luxée sur le bord externe du métacarpien; enfin, pressant en sens inverse avec les deux mains sur la phalange et sur la tête du métacarpien, il ramena brusquement le pouce dans la flexion vers la paume de la main, et la luxation fut complètement réduite. Suivant Guyon, la rotation du pouce a pour résultat de changer les rapports de la première phalange et de la tête du métacarpien, en sorte que la phalange, qui doit être ramenée en avant de la tête du métacarpien, ne lui est plus présentée selon le plus grand diamètre de cette tête, mais par l'une de ses extrémités. Cependant nous pensons que cette manœuvre a surtout pour effet de dégager la tête du métacarpien de la portion externe de la boutonnière musculaire.

Tous les procédés qui viennent d'être décrits ont donné des succès et des revers. On devra d'abord les essayer avant d'avoir recours aux méthodes de force.

Dans ces dernières, la contre-extension étant faite sur le poignet et non dans le pli qui sépare le pouce de l'index, ainsi que le conseillait A. Cooper, on exerce une traction énergique sur le pouce; puis, dès qu'on est parvenu à ramener les extrémités articulaires sur le même niveau, la coaptation est faite à l'aide des diverses manœuvres précédemment indiquées.

(1) *Journal de chirurgie*, 1843, p. 87.

(2) *London Medical Repository*, 1815, vol. V, p. 27.

(3) *Bull. de la Société de chirurgie*, 1864, p. 529.