

En raison de la brièveté du pouce, qui offre peu de prise pour les tractions, on a cherché à perfectionner les moyens de préhension. A. Cooper employait une sorte de nœud coulant, et pour protéger les téguments, il entourait préalablement la phalange d'une lanière de cuir, mince et mouillée. Suivant Marjolin (1), Kirchof se servait d'une sorte de levier de bois, long de 8 pouces, épais d'un pouce et demi, cylindroïde, légèrement aplati sur deux côtés opposés, et traversé vers son milieu par deux mortaises éloignées d'un pouce l'une de l'autre. Dans ces mortaises s'engage une courroie de cuir qui sert à assujettir la phalange contre l'instrument placé en travers, et le chirurgien, saisissant celui-ci à pleine main, peut exercer des tractions très-énergiques.

Ad. Lawrie propose d'engager la phalange dans l'anneau d'une clef, dont le bord libre appuierait sur la face palmaire près de la tête du métacarpien, la clef allongée sur la face dorsale et son panneton servant à retenir un laç.

Penneck (2) et Rognetta (3) ont indiqué un mode d'extension particulier qui se rapproche de l'impulsion. On fait avec un laç un nœud coulant, dont l'anse est placée en arrière au-dessus de la phalange luxée, le nœud en avant au-dessus de la tête du métacarpien, en sorte qu'en tirant sur les chefs du laç, on tire d'abord directement sur la tête de la phalange, et de plus, le nœud se resserrant sur la tête du métacarpien, tend à la refouler en arrière.

Enfin, Charrière et Lürer ont imaginé chacun une pince à préhension,

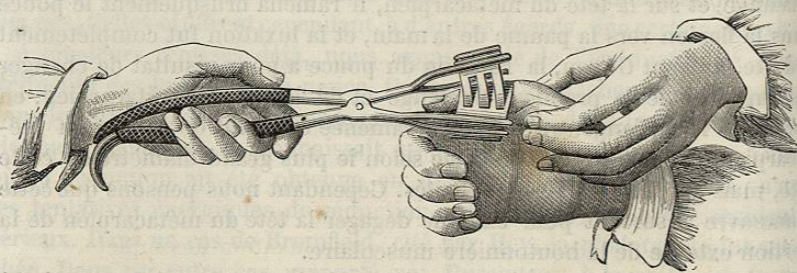


FIG. 72. — Réduction d'une luxation du pouce à l'aide de la pince à préhension.

dont les mors bifurqués reçoivent de petites bandes de coutil ou de cuir, disposées de telle sorte qu'en serrant les branches de la pince, on étreint très-fortement la phalange. La figure 72 fera comprendre le mode d'emploi de cet instrument, à l'aide duquel on peut exercer les tractions les plus énergiques.

Mais la traction directe, quelque considérable qu'elle soit, reste le

(1) Dictionnaire en 21 volumes, t. III, 1825.

(2) *The Lancet*, 1828, vol. I.

(3) *Bullet. de thérapeutique*, décembre 1835.

plus souvent infructueuse. Il faut combiner avec elle les divers procédés de coaptation; l'impulsion en sens inverse sur les extrémités articulaires, la flexion, la circumduction. Ce dernier procédé a réussi entre les mains de Roux (1), dans un cas où les autres avaient échoué. Après avoir ramené par l'extension la phalange au niveau de la tête du métacarpien, le chirurgien lui imprima un mouvement de rotation en dedans, combiné avec la flexion, et la luxation fut réduite.

Les méthodes de force peuvent elles-mêmes rester infructueuses. C'est dans ces circonstances que certains chirurgiens ont eu recours à des moyens que la prudence condamne. Malgaigne se servit une fois avec succès d'un poinçon qu'il enfonça au centre de la tête métacarpienne, afin de la fixer et de lui permettre de faire sur la phalange une pression plus forte. Ch. Bell avait proposé de couper, à l'aide d'un ténotome, un des ligaments latéraux, et Malgaigne pensait aussi qu'on pourrait faire la section sous-cutanée des muscles qui constituent la lèvres externe de la boutonnière. Suivant Vidal (de Cassis), cette section aurait été faite sans succès.

Enfin, Evans a pratiqué deux fois la résection de la tête du métacarpien. Mais on comprend que cette opération serait seulement justifiable dans les cas de luxations compliquées.

Quand la réduction a été obtenue, il faut immobiliser l'articulation pendant huit à dix jours, à l'aide de compresses languettes, disposées de manière à refouler la tête métacarpienne en arrière, et l'extrémité supérieure de la phalange en avant, et de deux petites attelles assujetties avec une bande étroite.

b. — Luxation en avant.

Pendant longtemps, cette variété a été confondue avec la précédente; mais depuis qu'on a mieux appris à les distinguer l'une de l'autre, on n'a pas tardé à reconnaître que la luxation du pouce en avant est extrêmement rare. Malgaigne n'a pu en réunir que quatre observations authentiques. Il a observé, de son côté, une luxation incomplète.

ÉTILOGIE. — Le déplacement est dû le plus souvent à un choc sur la face dorsale du pouce, rejetant la première phalange sur la face antérieure du métacarpien; c'est ainsi qu'on a vu cette luxation se produire dans une chute, dans l'action de donner un coup de poing. Cependant une observation de Lombard (2) montre que la luxation peut aussi résulter d'une chute de la face palmaire du pouce. Il est vrai de dire, cependant, que dans ce cas la phalange s'était plutôt déplacée en dedans qu'en avant.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — Nous ne possédons aucune dissection de

(1) Demarquay, *Mém. de la Société de chirurgie*, t. II, p. 114.

(2) *Revue méd.-chir.*, t. XL, p. 311.

luxation du pouce en avant. D'après quelques expériences cadavériques, Lenoir (1) avait pensé que la réduction devait rencontrer des obstacles considérables dans la tension du long fléchisseur du pouce, soulevé par la phalange déplacée, ainsi que dans la tension du court fléchisseur et du court abducteur.

SYMPTOMATOLOGIE. — L'attitude a varié dans chaque observation. Tantôt la première phalange du pouce, portée en avant et en dehors, est fléchie en avant d'environ 45 degrés, la phalange demeurant étendue; tantôt la première phalange, portée en avant et en dedans, n'est pas fléchie. Le pouce a subi un mouvement de rotation légère en dedans, en vertu de laquelle sa pulpe regarde directement la paume de la main.

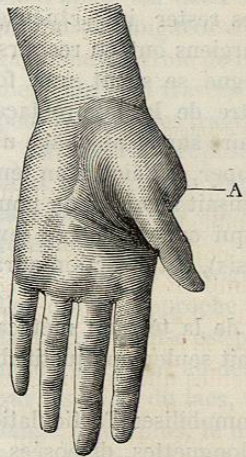


FIG. 73. — Luxation du pouce en avant. Déformation. — A, saillie de la tête du métacarpien en arrière.

La tête du métacarpien fait saillie en arrière; la phalange luxée proémine tantôt directement en avant, tantôt en avant et en dehors, tantôt en avant et en dedans. Elle chevauche sur la face antérieure du métacarpien; d'où résulte un raccourcissement du pouce plus ou moins considérable. Dans l'observation de Lombard, il y avait un raccourcissement de toute la longueur de la première phalange, logée dans la direction de l'éminence thénar.

Les mouvements volontaires sont impossibles, mais on peut imprimer à la phalange des mouvements assez étendus.

DIAGNOSTIC. — On comprend difficilement la confusion qui a régné pendant longtemps au sujet du diagnostic entre les luxations en avant et en arrière. Cependant, comme des erreurs ont été commises par des chirurgiens expérimentés, il est bon de prémunir les débutants contre une semblable méprise. La luxation en avant présente des signes tellement caractéristiques, que le doute ne nous paraît pas permis. L'erreur qui a été le plus souvent commise consiste à prendre la luxation en arrière pour une luxation en avant, et nous en avons donné la raison plus haut, en disant que la saillie formée en avant par la tête du métacarpien, paraît souvent se continuer directement avec la première phalange du pouce, qui elle-même est difficilement sentie en arrière. Mais sans rappeler ici les signes propres à chaque variété de luxation, il suffira, pour faire cesser toute hésitation, de constater que les mouvements imprimés à la phalange du pouce ne se transmettent en aucune façon à la saillie antérieure formée par la tête du métacarpien.

PRONOSTIC. — Il est moins sérieux que celui de la luxation en arrière, en ce sens que la réduction est généralement plus facile. Les traducteurs

(1) *Revue méd.-chir.*, t. XL, p. 171.

d'A. Cooper (1) ont rapporté un cas de luxation du pouce en avant, compliquée de plaie pénétrante. La phalange luxée avait rompu elle-même le ligament capsulaire et toutes les parties molles, y compris le tendon du long fléchisseur propre. Il survint des accidents locaux et généraux qui entraînaient la mort du blessé.

TRAITEMENT. — La réduction a été dans presque tous les cas facile. On a employé la flexion forcée en avant, l'extension directe, simple ou combinée avec l'impulsion. Enfin, Lenoir a réussi à réduire une luxation en avant datant de trente-huit jours, à l'aide de manœuvres de circumduction, combinées avec une traction directe.

2° Luxations métacarpo-phalangiennes des quatre derniers doigts.

Ces luxations sont assez rares, puisque Malgaigne n'a pu en réunir que neuf observations. Elles affectaient trois fois l'indicateur, deux fois le petit doigt, une fois le médius, trois fois plusieurs doigts à la fois, et sur ces trois luxations multiples, l'une avait atteint l'annulaire et le petit doigt, l'autre l'index et le médius, la dernière les quatre doigts à la fois. De même que pour le pouce, elles peuvent se faire *en arrière* ou *en avant*.

a. Luxations en arrière. — Beaucoup plus fréquentes que les luxations en avant, elles peuvent être *incomplètes* ou *complètes*. Elles se produisent dans l'extension forcée du doigt, comme cela arrive dans une chute sur la face palmaire de celui-ci. Elles affectent plus particulièrement l'indicateur et le petit doigt.

Les symptômes diffèrent un peu suivant que la luxation est *incomplète* ou *complète*.

Dans le premier cas, le doigt est étendu sans raccourcissement et sans déviation. L'extrémité supérieure de la première phalange forme une saillie de 4 à 5 millimètres en arrière du métacarpien correspondant qui proémine à la face palmaire.

Dans la luxation *complète*, l'attitude du doigt est variable, comme celle qui accompagne la luxation du pouce. Le plus souvent, la première phalange est renversée en arrière dans une extension forcée; la seconde est fléchie sur la première, et la troisième sur la seconde. Quelquefois, cependant, le doigt luxé, situé sur un plan postérieur au métacarpien, reste parallèle à celui-ci, et conserve sa rectitude. Il est toujours raccourci, et ce signe permet de distinguer la luxation *complète* de la luxation *incomplète*. La phalange forme en arrière un relief de 7 à 8 millimètres, tandis que le métacarpien fait une forte saillie en avant.

Malgaigne rapporte sans beaucoup de détails deux observations de luxations compliquées.

La réduction paraît devoir offrir les mêmes difficultés que pour les

(1) *Œuvres chirurg.*, trad. par Chassaignac et Richelot, p. 124.

luxations du pouce. Biéchy (1) et Malgaigne ont montré par leurs expériences que le métacarpien se trouvait également étreint dans une boutonnière musculaire formée par les interosseux, et fortifiée du côté externe par le tendon du lombrical. De plus, Biéchy a constaté parfois l'interposition du ligament antérieur entre la base de la phalange et l'os métacarpien.

Dans un cas rapporté par le même auteur, on essaya vainement les tractions énergiques, les flexions brusques, les pressions en sens inverse. Par contre, Bourguet (2) réussit à réduire une luxation du petit doigt, datant de quinze jours, par l'impulsion combinée avec la flexion forcée et des mouvements d'inclinaison latérale. Nous ne saurions d'ailleurs que répéter ici ce que nous avons dit du traitement des luxations métacarpo-phalangiennes du pouce.

b. Luxations en avant. — Cette variété est extrêmement rare. Malgaigne a observé une luxation incomplète de l'indicateur, dont le mécanisme est incompréhensible. Le doigt était dans une flexion légère; il y avait une saillie en arrière de la tête du métacarpien, qui formait un relief de 6 à 8 millimètres. Tous les mouvements étaient douloureux, et surtout celui de flexion. Une traction directe, aidée d'une impulsion en sens inverse, amena la réduction.

Hannon (3) a fait connaître sans plus de détails un cas de luxation simultanée en avant du petit doigt et de l'annulaire, survenue à la suite d'une chute de cheval, et qui fut réduite sans difficulté.

Enfin, on doit à Bourguet une observation détaillée de luxation du médus en avant, qui paraît s'être produite dans une extension forcée. La phalange était luxée en avant et un peu en dehors. Aussi le médus était-il incliné vers l'annulaire, qu'il croisait même un peu en avant. L'extrémité de la phalange proéminait en avant, entre l'indicateur et le troisième métacarpien; celui-ci faisait saillie en arrière et en dedans. Il y avait un raccourcissement de 2 à 3 millimètres, ce qui semble démontrer, contrairement à l'assertion de Bourguet, que la luxation était complète. La flexion était possible, mais l'extension très-limitée.

La réduction s'obtiendra par des tractions directes, combinées avec une forte pression en sens contraire sur les os luxés, et enfin par le brusque renversement du doigt en arrière.

§ XVI. — Luxations des phalanges.

Ces luxations sont peu communes. Malgaigne en a réuni quatorze cas ainsi répartis : quatre pour le médus, trois pour l'annulaire, quatre pour

(1) *Annales de la chirurgie*, t. VII, p. 67.

(2) *Revue méd.-chir.*, t. XIV, p. 92.

(3) *Ibid.*, t. VII, p. 305.

le petit doigt, deux pour l'index. Elles peuvent se faire en arrière, en avant ou latéralement.

a. Luxations en arrière. — Nous avons indiqué déjà, en parlant des luxations métacarpo-phalangiennes, une variété de déplacement surtout fréquente au pouce, se produisant sous l'influence d'une contraction volontaire des muscles, se réduisant de même à la volonté des malades. Il n'est pas rare d'observer certains individus qui peuvent ainsi se luxer en arrière la phalange ou la phalangette d'un ou de plusieurs doigts. On doit admettre ici, comme pour l'articulation métacarpo-phalangienne, une anomalie dans la configuration des surfaces articulaires.

Quant aux luxations traumatiques véritables, elles surviennent dans une chute ou dans un effort violent, et succèdent probablement à un mouvement d'extension forcée.

Le déplacement est toujours complet; tantôt la phalange, renversée en arrière, est perpendiculaire à la première phalange; tantôt la phalange, située sur un plan postérieur à la première phalange, lui reste parallèle (fig. 74). Dans l'un et l'autre cas, la phalangette est légèrement fléchie.

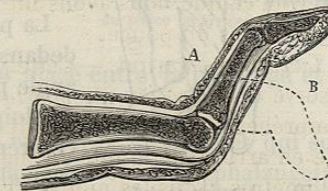


FIG. 74. — Luxation en arrière de la phalange. — A, phalange renversée en arrière sur la phalange; B, phalange parallèle à la phalange.

L'extrémité supérieure de la phalange forme en arrière une saillie surmontée d'une dépression; la phalange forme au contraire en avant une saillie au-dessous de laquelle on trouve une dépression. Les deux os chevauchent l'un sur l'autre; aussi y a-t-il un raccourcissement notable. On a observé, dans un cas, la déchirure des téguments et l'issue de la phalange à la face palmaire de la main.

L'impulsion simple ou aidée de la traction et de la flexion, a suffi pour la réduction de ces luxations.

b. Luxations en avant. — Boyer les considérait à tort comme impossibles; plusieurs faits démontrent aujourd'hui leur existence. Leur étiologie est assez obscure. Malgaigne pense que la cause probable est un choc qui pousse la phalange en avant, la phalange étant retenue par un point d'appui ou même par la contraction musculaire.



FIG. 75. — Luxation de la phalange en avant.

Les luxations des phalanges en avant peuvent être incomplètes ou complètes.

La première phalange est étendue en arrière sur le métacarpien; la seconde, tantôt étendue, tantôt fléchie sur la première, et la troisième étendue sur la seconde. L'extrémité inférieure de la première phalange forme une saillie en arrière; la phalange forme une saillie en avant, mais on ne peut pas toujours la constater facilement, à cause de la présence des