

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.

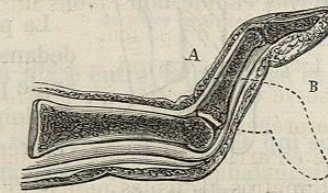


FIG. 74. — Luxation en arrière de la phalange. — A, phalange renversée en arrière sur la phalange; B, phalange parallèle à la phalange.

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

tendons fléchisseurs; dans la luxation *complète*, il y a un raccourcissement de 5 à 6 millimètres. L'extension du doigt est impossible.

Hannon a observé une luxation avec plaie et issue de la phalangine. La réduction fut facile, mais il y eut une ankylose consécutive.

c. Luxations latérales. — Elles sont encore plus rares que les précédentes. Malgaigne n'en connaissait que trois cas. Nous en avons observé un exemple (fig. 76) à la consultation de l'hôpital Beaujon, chez un homme d'une quarantaine d'années.



Fig. 76. — Luxation en dedans de la phalangine du médium.

L'annulaire et le médius ont été les doigts affectés, et dans tous les cas le déplacement avait lieu en dedans et succédait à une chute.

La phalangine 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 phalangine luxée fait saillie au côté interne de celle-ci.

La réduction a toujours été facile. Chez notre blessé, une légère extension suffit pour remettre les os en place.

§ XVII. — Luxations des phalangettes.

L'histoire de ces luxations n'a commencé à être bien connue que depuis le mémoire de Malgaigne, publié en 1845 dans le *Journal de chirurgie*. A l'exemple du savant professeur, nous étudierons séparément ces luxations au pouce et aux autres doigts.

1° Luxations de la phalangette du pouce.

Suivant Malgaigne, elles sont à elles seules plus communes que toutes celles des phalanges et des phalangettes réunies, et cette assertion n'a pas été infirmée par les quelques faits nouvellement connus. Les luxations de la phalangette du pouce peuvent se faire *en arrière* ou *en avant*.

a. Luxation en arrière. — Plus fréquente que la luxation en avant, elle se produit souvent dans une chute sur la face palmaire, ou bien succède à des coups, des efforts, etc., qui ont pour résultat d'exagérer l'extension.

La luxation peut être *incomplète* ou *complète*. Cette dernière seule a été l'objet de quelques recherches anatomiques. La phalangette repose sur le dos de la phalangine, soit par sa surface articulaire, soit par le bord antérieur de celle-ci. Dans une observation rapportée par Lala (1), la phalangette avait subi un léger mouvement de rotation, en vertu duquel sa face antérieure regardait en dehors.

(1) *Bulletins de la Société anatomique*, 1856, p. 246.

Le ligament antérieur est rompu à son insertion à la phalangette; les ligaments latéraux résistent. Cependant Jarjavay (1) a vu, dans une autopsie, le ligament latéral externe séparé et comme disséqué du ligament antérieur. Enfin, dans le fait de Lala, le tendon fléchisseur était dévié en dehors.

Cette intégrité des ligaments latéraux constitue un obstacle à la réduction, en maintenant les os luxés fortement appliqués l'un contre l'autre, ainsi qu'on peut le voir dans la figure 77.



Fig. 77. — Luxation de la phalangette du pouce en arrière.

Pailloux, Michel, ont rapporté cet obstacle à l'interposition du ligament antérieur entre les surfaces articulaires, et Brabazon (2) a vu, dans un cas de luxation compliquée, le tendon du long fléchisseur placé entre la phalange et la phalangette.

Enfin Malgaigne a signalé le premier la rencontre des saillies qui surmontent les surfaces articulaires de la phalange et de la phalangette, saillies qui s'accrochent l'une contre l'autre et constituent un obstacle sérieux que vient accroître encore la tension des ligaments latéraux.

La luxation *incomplète* présente, d'après Malgaigne, les symptômes suivants: La phalangette est dans l'extension; l'articulation ne paraît pas déformée; cependant, par le palper, on trouve en arrière un relief de 4 à 5 millimètres, formé par la phalangette. L'extrémité inférieure de la phalange fait saillie en avant; mais elle est plus difficile à reconnaître. Les mouvements sont impossibles.

Dans la luxation *complète*, la phalangette est le plus souvent fortement renversée en arrière, formant un angle presque droit avec la phalange; on l'a vue cependant quelquefois dans l'extension simple, en ligne droite avec la phalange; mais cette position paraît être souvent consécutive aux tentatives de réduction. La phalangette se trouve alors sur un plan postérieur à la phalange.

L'articulation est déformée; la base de la phalangette soulève la peau en arrière; le tendon de l'extenseur représente quelquefois une corde tendue. En avant, il n'y a pas de saillie visible, à cause de la tension de la peau: mais on la constate par le palper. Jarjavay a noté deux fois une ecchymose transversale, linéaire, au niveau du pli cutané palmaire. Il y a toujours un raccourcissement plus ou moins marqué du pouce.

Ces luxations sont rarement difficiles à réduire lorsqu'elles sont récentes et sans complications. De même que pour les luxations des phalanges, on réussit beaucoup mieux par les méthodes de douceur. L'impulsion, aidée d'une légère traction ou combinée avec l'extension et la flexion, sont les meilleurs procédés. Malgaigne conseille de renverser

(1) *Archives générales de médecine*, 1849, t. XXI, p. 284.

(2) *Journal de chirurgie*, 1844, p. 312.

d'abord la phalangette en arrière, puis de la repousser en avant. Dans un cas datant de six semaines, Huguier n'a pu obtenir la réduction qu'après avoir fait la section sous-cutanée des ligaments latéraux.

Broca (1) a communiqué à la Société de chirurgie une observation de luxation non réduite depuis vingt ans. La nouvelle articulation qui s'était formée présentait, il est vrai, une certaine mobilité, mais il était impossible de redresser la phalange luxée au delà de l'angle droit, d'où résultait pour le malade une gêne assez grande pour lui faire réclamer l'amputation, qui, du reste, lui fut refusée.

b. Luxation en avant. — Beaucoup plus rare que la précédente, elle reconnaît pour cause habituelle un choc sur la face palmaire du pouce, dans lequel la phalangette bascule sur la phalange et proémine en avant de celle-ci.

Les symptômes sont variables. Il est certain que, dans quelques cas, la phalangette est renversée en arrière, en même temps que sa tête fait saillie en avant; mais, dans d'autres observations, la phalangette était légèrement fléchie. La phalange fait saillie à la face dorsale, tandis qu'à la face palmaire, on sent le relief de la phalangette au niveau du pli cutané articulaire. Le pouce présente un raccourcissement de 4 à 5 millimètres. L'extension et la flexion sont également impossibles.

La réduction ne paraît pas plus difficile que pour la luxation en arrière, et les mêmes méthodes sont applicables. Bourguet a cependant échoué complètement avec une luxation datant de cinq jours. Il est vrai que cinq ans après le malade avait recouvré une partie des mouvements de flexion et d'extension.

Les luxations de la phalangette du pouce, soit en avant, soit en arrière, complètes ou incomplètes, sont très-fréquemment compliquées de déchirure des téguments, et constamment cette déchirure est située à la face palmaire, au niveau du pli cutané, ou un peu au-dessus. Cette plaie est quelquefois bornée à la peau, mais souvent aussi la gaine fibreuse du tendon fléchisseur est rompue, et il est alors très-fréquent de voir l'une des extrémités articulaires faire saillie à l'extérieur; la phalange dans le cas de luxation en arrière, la phalangette dans le cas de luxation en avant. On a même observé quelquefois la rupture complète du tendon fléchisseur.

L'existence de cette complication n'exerce qu'une influence médiocre sur la réduction, lorsqu'on est appelé immédiatement au moment de l'accident; mais, dès qu'il s'est écoulé douze ou vingt-quatre heures, que les os sont restés exposés à l'air, la réduction devient très-difficile, quelquefois même impossible, à cause de l'inflammation qui s'est développée. C'est alors surtout qu'on voit survenir des accidents consécutifs quelquefois très-graves, tels que : phlegmon, gangrène, suppurations étendues à tout le membre, accidents qui se terminent trop souvent par la mort

(1) Bulletin de la Société de chirurgie, 1856, t. VII, p. 80.

des malades. Le tétanos est, comme on le sait, une complication assez fréquente des luxations compliquées des phalangettes.

Quoi qu'en aient dit certains auteurs, nous pensons, d'accord avec Malgaigne, qu'il faut toujours chercher à réduire les luxations compliquées de la phalangette du pouce. Si les procédés ordinaires ne suffisent pas, il n'y aurait pas grand inconvénient à agrandir un peu la plaie, ce qui pourrait même permettre quelquefois de découvrir la nature de l'obstacle. Dans un fait cité par Gorguon (1), après des tentatives inutiles de réduction d'une luxation compliquée de la phalangette, on agrandit longitudinalement la plaie, et l'on vit que le tendon du long fléchisseur, toujours attaché à la phalangette, contournait le col de la phalange et faisait obstacle à la réduction. On le sectionna et la réduction se fit aisément.

Lorsque celle-ci aura été obtenue, on traitera la plaie comme toute autre plaie pénétrante articulaire. Si, au contraire, la réduction est impossible, il sera permis de pratiquer la résection de l'extrémité de la phalange, opération préférable sans aucun doute à l'amputation.

2° Luxations des phalangettes des quatre derniers doigts.

Malgaigne en a réuni seulement neuf cas, dont trois pour l'annulaire, trois pour le petit doigt, un pour le médium, un pour l'index, un pour le médium et l'annulaire à la fois. Ces luxations peuvent se faire *en arrière* ou *latéralement*. On ne les a pas observées en avant.

Les luxations en arrière sont beaucoup plus fréquentes que les luxations latérales. Les unes et les autres ont été produites par des chutes, par des coups, et probablement par suite d'une extension forcée.

Les symptômes diffèrent, suivant la variété des cas.

a. Luxation en arrière. — Elle est tantôt *incomplète*, tantôt *complète*.

Dans une luxation en arrière incomplète, affectant à la fois les phalangettes du médium et de l'annulaire, celles-ci étaient renversées en arrière et ne pouvaient se fléchir. On sentait en arrière une saillie formée par une partie de leur extrémité supérieure.

Mais il peut se faire aussi que la phalangette, incomplètement déplacée en arrière, se porte en même temps, soit en dehors, soit en dedans, ce qui modifie, comme on le conçoit aisément, l'attitude et la déformation. Dans un cas de luxation en arrière et en dedans de la phalangette du petit doigt, celle-ci, fléchie en avant et en dehors, atteignait le milieu de la phalange de l'annulaire, et avait subi un tel mouvement de rotation, que l'ongle regardait presque directement en dedans. La base de la phalangette était placée en arrière et en dedans, et soulevait fortement les téguments.

Dans un cas de luxation en arrière complète de la phalangette de l'an-

(1) Luxations des phalangettes des doigts et des orteils, thèse de Strasbourg, 186, p. 14.

nulaire, celle-ci se trouvait dans l'extension forcée, et cette extension pouvait être encore exagérée. La base de la phalangette formait en arrière une saillie de 5 à 6 millimètres; la tête de la phalange proéminait à la face palmaire.

b. Luxations latérales. — Dugès (1) a observé une luxation incomplète *en dehors* de la phalangette de l'index; et Gogué (2) une luxation complète *en dedans* de la phalangette de l'annulaire.

Dans le premier cas, la face de la phalangette était inclinée en dehors, la pointe en dedans; dans le second, la surface articulaire de la phalangette reposait sur le bord interne de la phalange; de sorte que la direction de la phalangette luxée était presque perpendiculaire à celle de la phalange.

Les luxations des phalangettes des quatre derniers doigts s'accompagnent assez rarement de plaies. Deux fois on a noté une déchirure superficielle des téguments; dans un seul cas, il y eut issue de la phalange.

La réduction est en général facile; cependant, dans un cas, on ne put l'obtenir, malgré la section d'une bride fibreuse qui semblait faire obstacle. Nous n'avons rien à ajouter, relativement au traitement, à ce que nous avons déjà dit à propos des autres luxations des phalanges.

§ XVIII. — Luxations du bassin.

Les luxations des os du bassin ont été longtemps méconnues. Il semble au premier abord difficile d'admettre, à raison de l'étendue des surfaces articulaires, que les trois symphyses qui réunissent les pubis entre eux et les os coxaux avec le sacrum puissent se luxer. Cependant, sous l'influence de traumatismes violents, on a observé des déplacements dans les diverses articulations qui forment le bassin, c'est-à-dire dans les articulations des os coxaux avec le sacrum, des deux pubis entre eux, et du sacrum avec le coccyx.

La luxation peut n'affecter qu'une seule articulation, l'articulation sacro-iliaque gauche, par exemple, ou l'articulation sacro-iliaque droite, ou encore la symphyse pubienne.

Dans d'autres cas, une des symphyses sacro-iliaques et la symphyse pubienne sont luxées ensemble; de là la dénomination de *luxation de l'os iliaque*. Il arrive aussi parfois que les deux symphyses sacro-iliaques se luxent à la fois, d'où le nom de *luxation du sacrum*. Plus rarement encore on observe la luxation simultanée des trois symphyses. Enfin il existe dans la science quelques cas de *luxations du coccyx*.

Nous étudierons successivement : 1° la luxation de la symphyse pubienne; 2° la luxation unilatérale des symphyses sacro-iliaque et pubienne;

(1) *Journal universel et hebdomadaire*, 1831, t. IV, p. 200.

(2) *Journal de chirurgie*, 1846, p. 284.

3° la luxation du sacrum, à la suite de laquelle nous dirons quelques mots de la luxation simultanée des trois symphyses; enfin 4° la luxation du coccyx.

1° Luxations de la symphyse pubienne.

Les luxations isolées de la symphyse pubienne sont extrêmement rares, puisque Malgaigne n'a pu en citer que quatre cas.

Les causes sont variables. Tenon attribue la luxation qu'il a observée à un mécanisme singulier. Le malade, âgé de dix-huit ans, se destinait à l'état de danseur, et son maître, le faisant coucher tout de son long sur le sol, pressait alternativement sur ses deux genoux pour lui renverser les pieds en dehors. Cet exercice produisit au bout de peu de temps un écartement du pubis d'un travers de doigt environ.

Dans les autres cas, la disjonction du pubis fut produite deux fois pendant l'équitation, par les sauts brusques du cheval, et une autre fois par une chute sur le siège d'un lieu élevé.

Cette luxation se reconnaît à l'écartement de la symphyse du pubis, dans laquelle on peut introduire un ou plusieurs doigts, quelquefois la main tout entière. Ajoutons à cela une douleur très-vive au niveau de la lésion et une gêne dans la marche. Dans un des cas observés, on trouva à l'autopsie un écartement énorme, et chez un des sujets le fibro-cartilage était arraché, ainsi que quelques parcelles d'os et du périoste.

Le pronostic est très-grave, surtout à cause des complications qui peuvent exister, telles que la rupture de la vessie observée dans un cas. Le traitement consiste dans l'application d'un bandage entourant le bassin et tendant à rapporter les pubis, et dans l'immobilité la plus absolue.

2° Luxations unilatérales des symphyses sacro-iliaques.

Nous ne connaissons qu'un seul exemple de luxation isolée de l'une des symphyses sacro-iliaques, sans complication de fracture de l'os des îles ou de disjonction de la symphyse pubienne. Ce fait, rapporté par Philippe (de Chartres) à l'Académie de chirurgie, ne nous paraît même pas très-concluant. Il s'agit d'un homme qui, ayant le dos courbé, reçut sur le côté droit du bassin un sac de blé de 350 livres. Le blessé continua à travailler et à porter des sacs, ne ressentant qu'un léger engourdissement, puis des accidents inflammatoires survinrent bientôt, et la mort arriva le vingtième jour. A l'autopsie, on trouva un épanchement purulent autour de la symphyse sacro-iliaque droite, et l'on constata une saillie notable de l'os des îles qui dépassait la surface du sacrum. En poussant ces os un peu fortement, on leur faisait perdre aisément le niveau de toute leur épaisseur. On doit se demander, à la lecture de ce fait, si le déplacement de l'os des îles et la mobilité de la symphyse ne tenaient pas à la destruction des ligaments par la suppuration de la jointure.