

§ XXX. — Luxations métatarso-phalangiennes.

Elles sont fort rares, et le gros orteil est plus fréquemment atteint que les autres. Sur un total de 22 observations réunies par Malgaigne, 19 fois la luxation siègeait à l'articulation métatarso-phalangienne du gros orteil, et 3 fois seulement sur tous les orteils à la fois.

1° Luxations métatarso-phalangiennes du gros orteil.

De même que celles du pouce, les luxations du gros orteil se rencontrent presque exclusivement chez les hommes, et le plus ordinairement chez les adultes. Le déplacement a toujours lieu en haut, c'est-à-dire que la phalange luxée se porte toujours au-dessus de l'extrémité du métatarsien. Il n'existe pas, en effet, d'exemple de luxation en bas.

La cause la plus fréquemment signalée est une chute de cheval, le pied étant engagé sous l'animal battu. Dans d'autres cas, la luxation a été produite par le passage d'une roue de voiture, par une chute d'un lieu élevé, par l'action de donner un coup de pied. Ces différentes causes semblent agir le plus souvent en renversant fortement le gros orteil en arrière. Cependant, quelques rares observations démontrent que, dans certains cas, ce n'est plus l'orteil qui est repoussé en haut et en arrière, mais bien le métatarsien qui est directement déprimé en bas par la violence extérieure.

Quoique le gros orteil se porte toujours essentiellement en haut, cependant on doit distinguer trois formes particulières de déplacements : *a. la luxation en haut et en arrière; b. la luxation en haut et en dedans; c. la luxation en haut et en dehors.*

a. La luxation en haut et en arrière est la plus fréquente de toutes, et peut être complète ou incomplète.

Dans l'une et l'autre variété, l'orteil déplacé est tantôt relevé presque à angle droit sur le métatarsien correspondant, tantôt légèrement fléchi; le plus souvent il conserve sa rectitude, ou sa poulie est un peu inclinée en dehors. On constate en outre, à la vue et à la mensuration, un raccourcissement.

Dans la luxation complète, on trouve à la face dorsale du métatarsien une saillie de près de 2 centimètres, appréciable à la vue et au toucher, et formée par l'extrémité postérieure de la première phalange, dont on reconnaît quelquefois à travers les téguments toute la cupule articulaire. En arrière de cette saillie existe une dépression. La tête du premier métatarsien proémine du côté de la plante. Les mouvements volontaires sont impossibles. Suivant Michon, la facilité d'imprimer à la phalange luxée des mouvements de latéralité serait caractéristique de la luxation complète.

Dans la luxation incomplète, l'aspect est peu différent; seulement la

saillie de la phalange est moindre et ne dépasse pas un centimètre; le raccourcissement, quand il existe, est très-léger, et tient à la déviation de l'orteil.

b. La luxation en haut et en dedans n'a été observée que deux fois. Elle ne diffère de la précédente que par la direction de l'orteil qui est incliné en dehors, et par la saillie de l'extrémité postérieure de la phalange qui répond en haut et en dedans. Dans un cas, on sentait au bord interne de la cupule de la phalange, près de sa face plantaire, une saillie osseuse constituée par les os sésamoïdes.

c. La luxation en haut et en dehors présente cette particularité qu'elle est toujours compliquée de plaie. Celle-ci siège au côté interne et livre passage à la tête du métatarsien, qui sort en dedans ou en dehors et un peu en bas; la phalange étant luxée en haut et en dehors. Quelquefois le gros orteil est renversé sur les autres directement en dehors; dans d'autres cas, l'orteil garde sa direction naturelle, sauf une légère inclination de sa pointe en dehors, en sorte que c'est le métatarsien qui s'est porté en dedans. Enfin, on a vu la phalange implantée presque verticalement entre le premier et le deuxième métatarsien. Dans ce cas, l'extrémité tarsienne du premier métatarsien est en même temps luxée en haut, en sorte qu'il y a une luxation double de cet os. Demarquay (1) a récemment communiqué à la Société de chirurgie un fait qui se rapproche de celui-ci. Le premier métatarsien, complètement séparé de la phalange du pouce en avant, et saillant à l'extérieur à travers une large plaie des téguments, était en outre luxé en arrière, enfoncé vers la plante du pied; et retenu par le tendon du long péronier latéral.

Les luxations du gros orteil offrent une certaine gravité. De même que celles du pouce, elles sont quelquefois très-difficiles à réduire, sans que l'on sache exactement à quelles causes attribuer cette particularité.

D'après Adair Lawrie (2), A. Cooper aurait vérifié que l'obstacle vient des os sésamoïdes. Dans ses expériences cadavériques, Brunache (3) n'a pu parvenir à produire la luxation du gros orteil qu'en divisant les téguments et la gaine du tendon du long fléchisseur. Il a vu alors ce tendon se porter en dehors de la tête du métatarsien, en pénétrant dans l'espace interosseux, et la moindre traction opérée sur ce tendon empêchait la réduction. Le même auteur a constaté en outre que la tête du métatarsien se trouvait prise dans une boutonnière formée par le ligament latéral interne en dedans, et le tendon du court fléchisseur en dehors.

Outre les inconvénients sérieux qui résultent de l'irréductibilité des luxations du gros orteil, on doit encore tenir compte, dans le pronostic, de la complication assez fréquente de plaie des téguments, complication qui paraît propre à la luxation en haut et en dehors.

(1) Société de chirurgie, séance du 3 février 1869.

(2) London Med. Gaz., 1838, t. I, p. 96.

(3) L'Expérience, 1843, p. 392.

Les procédés que nous avons décrits pour la réduction des luxations du pouce seront ici applicables. L'impulsion simple ou combinée avec l'extension sont les méthodes qui ont le plus souvent réussi.

Dans quelques cas où tous les moyens avaient échoué, on tenta sans succès la section sous-cutanée des tendons extenseurs et du ligament latéral interne, qui amena des accidents inflammatoires, et obligea une fois de recourir à la résection.

Dans le cas de complication de plaie, il faut essayer la réduction et n'avoir recours à la résection que lorsque les tentatives ont été infructueuses. Quelques auteurs ont fait l'extraction complète du métatarsien. Cette opération ne serait justifiable que dans les cas de luxation double, lorsque l'os, déplacé à ses deux extrémités, ne pourrait être réduit, et serait, selon toutes probabilités, exposé à se nécroser.

2° Luxations de plusieurs orteils à la fois.

On n'en possède que quelques observations bien incomplètes. A. Cooper a vu les quatre derniers orteils luxés *en haut et en arrière*, chez un homme qui était tombé d'une grande hauteur. La luxation avait été méconnue à cause du gonflement, et la réduction ne fut pas tentée. La marche était extrêmement difficile.

Josse (1) a rapporté un fait de luxation *en dehors* de tous les orteils avec issue de la tête du premier métatarsien au côté interne de l'articulation. La réduction ne put être faite qu'après la résection de l'extrémité saillante du premier métatarsien. La guérison fut complète.

§ XXXI. — Luxations des phalanges des orteils.

Il n'a été publié qu'un très-petit nombre d'observations de luxations des phalanges des orteils. Malgaigne n'en connaissait que deux, et depuis la publication de son ouvrage, nous n'avons pu trouver que quelques faits très-rares et très-incomplètement décrits.

La plupart de ces faits se rapportent à des luxations de la phalangette du gros orteil. Celles-ci peuvent se faire *en haut, en bas, en dedans*.

La luxation *en haut* a été observée par Leclerc (2) et Rizet (3). Dans les deux cas, la lésion avait été produite dans une chute, par un choc violent de la pointe du pied contre le sol. La surface articulaire de la phalangette faisait saillie au-dessus de la face supérieure de la première phalange. Le gros orteil était augmenté d'épaisseur et raccourci. La réduction fut obtenue par Leclerc à l'aide de tractions directes exercées avec un mouchoir plié et enroulé autour de l'orteil. Dans le cas de Rizet, la

(1) *Mélanges de chirurgie pratique*, p. 332.

(2) *Gaz. hebdomadaire*, 1864.

(3) *Bulletin méd. du nord de la France*, mai 1867.

luxation ne put être réduite, et le malade dut être réformé du service militaire.

La luxation *en bas* a été observée par Cleaveland (1) et par Rizet (2). La cause était également un choc violent de la pointe du pied. L'orteil, doublé de volume, était raccourci; l'extrémité unguéale de la phalangette était relevée, et, dans le cas de Cleaveland, regardait un peu en dehors vers le second orteil. On sentait l'extrémité postérieure de la phalangette placée sous l'extrémité antérieure de la première phalange qui, dans le cas de Rizet, appuyait sur le milieu de la phalange unguéale.

Cleaveland obtint facilement la réduction au bout de trois jours. La luxation de Rizet datait de six mois et demeura irréductible. Le malade en était assez peu incommodé pour qu'il ait pu continuer son service militaire.

Enfin Pinel (3) a rapporté à l'Académie de médecine une observation de luxation de la phalangette du gros orteil *en dedans*, produite par une chute de cheval, dans laquelle le cavalier avait eu le pied pris sous l'animal. La phalangette, complètement luxée, était renversée en dedans; la tête de la première phalange sortait à travers une rupture des téguments.

La réduction ne fut pas tentée; mais on parvint à l'aide d'un appareil à redresser lentement la phalangette; une partie de celle-ci s'exfolia, et le malade guérit avec une fausse ankylose, mais sans gêne notable.

Quant aux luxations des phalanges des quatre derniers orteils, nous n'en connaissons qu'un seul exemple rapporté par Broca (4), et concernant la deuxième phalange du troisième orteil, incomplètement luxée en haut sur la première, par suite d'un coup de pied lancé à un chien. La réduction se fit aisément en pressant en sens inverse sur les saillies formées par les extrémités des deux phalanges.

ARTICLE VI.

DIFFORMITÉS DES ARTICULATIONS.

Sous le titre de *difformités des articulations*, nous comprendrons toute disposition anormale permanente, susceptible d'altérer la forme extérieure des jointures ou de nuire à leurs fonctions.

Toutes les articulations peuvent être le siège de difformités; cependant celles-ci se rencontrent surtout dans les diarthroses; viennent ensuite, par ordre de fréquence, les amphiarthroses et les synarthroses. On les observe plus souvent aux membres qu'au tronc, aux membres inférieurs qu'aux

(1) Cité par Gorguon, *Des luxations des phalangettes des doigts et des orteils*. Thèse de Strasbourg, 1866.

(2) *Loc. cit.*

(3) *Bulletin de l'Acad. de méd.*, 1840-1841, t. VI, p. 346.

(4) *Revue méd.-chir.*, 1853, t. XIV, p. 153.