On trouve aussi un cas de luxation de l'indicateur en avant dans l'*Union médicale* de 1860. Le doigt indicateur, fléchi, était raccourci d'un centimètre environ, et il n'était pas difficile de sentir en arrière une grande partie de la tête du métacarpien. En avant, la saillie de la phalange était peu appréciable, à cause du gonflement. Les mouvements communiqués causaient une vive douleur. La réduction fut facilement obtenue à l'aide d'une forte traction exercée suivant l'axe du doigt et d'une double pression portant d'une part sur la tête du métacarpien, de l'autre sur l'extrémité luxée de la phalange.

Un cas semblable a été observé en 1867, par M. Péan, chez un jeune homme de quinze ans qui lui fut envoyé par M. le docteur J. Boulay. Chez ce malade, le tendon fléchisseur de l'index était luxé au côté interne de l'articulation et rendait la luxation presque irréductible, ou du moins l'obligeait à se reproduire dès que les tractions nécessaires pour maintenir le tendon dans une bonne direction étaient abandonnées.

Enfin à quelques autres cas analogues, épars dans les annales de la science, il faut joindre, comme exception rare, un cas de luxation latérale de l'auriculaire rapporté dans la *Gazette des hôpitaux* du 3 janvier 1850. Le petit doigt, dont les phalanges étaient dans l'extension, était incliné en dedans presque à angle droit dans un même plan que la main. On sentait, sur le trajet du bord cubital, la tête du métacarpien dans sa totalité, et au-dessous une dépression. La cavité glénoïde de la phalange regardait directement en dehors et était parallèle au quatrième métacarpien. Bien que cette luxation datât de sept ans, les extrémités articulaires des deux os n'étaient pas sensiblement déformées et la réduction était très-facile. Malheureusement le déplacement se reproduisit aussitôt.

En résumé, d'après un total de vingt-trois faits dont la description est plus ou moins complète, on sait que les quatre derniers doigts peuvent se luxer en tout sens dans leur articulation métacarpo-phalangienne, mais que la luxation la plus commune est la luxation en arrière dont les symptômes caractéristiques sont : la saillie de l'extrémité supérieure de la première phalange à la face dorsale de la main, le renversement du doigt en avant, l'extension des phalanges. Dans la luxation en arrière, au contraire, on observe la saillie de l'extrémité phalangienne à la face palmaire de la main, le renversement du doigt en arrière, la flexion des phalanges les unes sur les autres.

Le plus souvent la réduction est facilement obtenue et la guérison complète suit assez rapidement. Plus rarement surgissent des difficultés qui, en quelques cas, n'ont pu être surmontées.

ARTICLE XXXIX.

LUXATIONS DES ARTICULATIONS PHALANGIENNES.

Avant d'aborder l'histoire des luxations des articulations phalangiennes pour cause externe, disons que certaines personnes peuvent, en portant leurs doigts dans une extension forcée, déterminer une luxation incomplète des phalanges inférieures sur les supérieures et, par un effort contraire, ramener les doigts à leur position normale. Lorsque ces déplacements sont suffisants pour compromettre les fonctions des doigts, Dupuytren conseillait des doigtiers de forme cylindrique, faits en cuir bouilli, ouverts et susceptibles d'être lacés sur un des côtés, et qui embrassaient le doigt à la hauteur de l'articulation malade, en la dépassant d'un demi-pouce, tant en haut qu'en bas.

Quelquefois il ajoutait de petites attelles de baleine placées sur la face palmaire et dorsale du doigt, et reçues dans des coulisses pratiquées sur la face externe de l'appareil précédent. L'usage de ces moyens, continué pendant longtemps, a toujours suffi pour arrêter les progrès du mal et quelquefois pour le guérir entièrement. (*Leçons orales*, t. II, p. 43.)

Luxations traumatiques. — Les luxations des phalanges des doigts entre elles sont assez rares ; et s'il était permis, d'après le petit nombre d'observations publiées dans les auteurs, de parler de leur fréquence relative, nous dirions que ce sont celles du pouce qui se présentent le plus communément. Elles peuvent se produire en arrière ou en avant ; elles sont complètes ou incomplètes.

A. *Luxation en avant.* — Boyer croyait ces luxations impossibles, « à cause de la direction des condyles de l'extrémité inférieure des pre-
» mières phalanges, lesquels sont tellement prolongés en devant que
» la flexion de la seconde phalange ne peut jamais être portée assez
» loin pour que cette phalange cesse d'être en rapport avec la pre-
» mière. »

Un exemple bien observé est reproduit dans les planches de l'ouvrage d'A. Cooper. La seconde phalange, comme le rapporte ce chirurgien, était jetée en avant, du côté des gaînes, et la première en arrière. Il n'a pu savoir si les ligaments avaient été rompus, attendu que la luxation existait depuis longtemps et que le ligament était alors réuni. Le tendon extenseur était très-fortement tendu sur l'extrémité de la première phalange.

Dupuytren a publié deux autres observations de luxation en avant de

la seconde phalange du pouce; mais elles manquent de détails : aussi n'insisterons-nous pas davantage sur ce point.

B. *Luxation en arrière.* — La luxation en arrière est tantôt complète, tantôt incomplète, c'est-à-dire que tantôt la phalange déplacée quitte entièrement la phalange supérieure et fait saillie en arrière de toute l'épaisseur de sa base; tandis que, d'autres fois, elle reste à demi appuyée sur les condyles articulaires et ne projette en arrière que la moitié ou environ de son épaisseur.

1° *Luxation incomplète.* — Elle a été indiquée pour la première fois par Malgaigne, qui en a publié trois observations, dont deux existaient au pouce chez des adultes, et la troisième à la phalangette du médius chez un jeune garçon de douze ans. Il fut impossible de se rendre compte, chez celui-ci, de la production du déplacement, car il ne put donner aucun détail précis; mais chez les autres, le mécanisme fut facile à saisir : la phalangette, au lieu de se renverser en arrière pendant la chute, avait été repoussée directement et en masse, ou bien était restée fixe et immobile, tandis que la phalange supérieure était poussée en avant. Ce mode de production n'est pas le seul en vertu duquel puissent se produire les luxations incomplètes, mais nous nous bornerons à indiquer les phénomènes offerts par les malades.

La luxation incomplète était accompagnée d'une vive douleur datant du moment de la chute : en même temps, le pouce était étendu, la phalangette fixe et sans mouvement possible chez deux malades; le troisième racontait vaguement que la phalangette du médius était, au début, renversée en arrière, mais que des tentatives de réduction l'avaient à peu près ramenée dans la direction des autres phalanges, sans lui rendre sa place et ses fonctions, car la flexion était impossible, bien que latéralement la phalangette fût assez mobile.

La luxation directe en arrière avait lieu chez l'un des adultes seulement; sur l'autre malade et sur l'enfant, le déplacement était mixte pour ainsi dire; en effet, l'os déplacé s'était porté à la fois en arrière et en dehors.

Le déplacement en arrière, qui, dans ces observations, n'a pas dépassé 4 ou 5 millimètres, n'est pas toujours facilement appréciable à première vue; il faut quelquefois examiner le doigt avec soin pour le connaître.

Dans un des deux cas observés, il y avait une plaie presque transversale au niveau du pli articulaire.

Le pronostic de ces luxations incomplètes n'est pas très-grave : cependant lorsque la luxation siége au niveau de l'articulation de la phalangine et de la phalangette, les malades ne pouvant croire à l'utilité de supporter la pression d'un appareil pour maintenir la réduction d'une luxation qui leur paraît si bénigne, consentent rarement à conserver cet appareil assez longtemps pour empêcher le déplacement de

se reproduire. C'est là ce que M. Péan vient encore d'observer récemment chez deux malades qui lui furent envoyés du quinzième au vingtième jour de l'accident : dans les deux cas, la difformité et le trouble fonctionnel persistaient; les malades avaient refusé de garder l'appareil contentif après le troisième et le quatrième jour.

Traitement. — Chez son premier malade, Malgaigne se borna, pour réduire la luxation, à mettre son indicateur droit en travers de la phalange, à sa face palmaire; le pouce, appliqué sur la face dorsale de la phalangette, appuyait sur cet os de manière à le fléchir; un petit bruit se fit entendre; la saillie disparut, les mouvements étaient devenus libres.

Chez le second, il eut recours à l'impulsion directe, telle que nous l'avons décrite pour les luxations métacarpo-phalangiennes : la réduction se fit immédiatement avec un petit bruit; il maintint la phalange un peu pliée, à l'aide d'une compresse de diachylon. La plaie se cicatrisa rapidement.

Chez le troisième enfin, l'âge de l'enfant ne permettait pas d'avoir assez de prise pour exercer l'extension d'une manière convenable, et d'ailleurs, l'impulsion et la flexion forcée ne réussissant pas, Malgaigne ne vit d'autre ressource que la section sous-cutanée de la corde fibreuse qui figurait ou remplaçait le ligament latéral externe. Cette petite opération fut très-habilement exécutée par M. Guersant; après quoi il essaya derechef l'impulsion et la flexion, mais sans obtenir une réduction entière. Pour avoir plus de prise et plus de force, Malgaigne plaça, à la face palmaire, une attelle étendue du poignet jusque sous la phalange et la phalangine, pour servir de point d'appui et une autre attelle couvrant la face dorsale de la main jusque sur la phalangette; il appuya sur ces deux attelles en sens inverse, et de toutes ses forces, pour refouler à la fois la phalangine en arrière et la phalangette en avant; et quand il crut avoir réussi, il continua à pousser la phalangette dans le sens de la flexion. Ces efforts firent disparaître le déplacement en arrière; mais le déplacement latéral persista tout entier; il maintint le doigt à l'aide d'une bandelette de diachylon, qui embrassait dans le même tour la phalange et la phalangette.

Malheureusement la pression de cette bandelette parut trop douloureuse à ce jeune malade comme à ceux dont nous avons parlé plus haut : il défit l'appareil le jour même et le lendemain la luxation s'était reproduite comme avant l'opération : toute tentative ultérieure parut inutile.

2° *Luxation complète.* — La cause la plus commune de ces luxations est une chute sur la phalangette étendue, tendant à exagérer l'extension. Les observations que nous avons lues ne nous ont pas offert d'exemple de cause agissant par le mécanisme que nous indiquions pour les luxations incomplètes.

La phalange luxée en arrière est presque toujours dans une extension forcée. Elle était toutefois dans la demi-flexion dans le cas unique rapporté par A. Cooper.

Dans le cas observé par Pailloux, on pouvait faire exécuter à la phalangette des mouvements dans tous les sens sans développer beaucoup de douleur.

Quelquefois le tendon extenseur fait saillie sous la peau en arrière; plus communément il reste appliqué sur les os, et ne peut point être senti. La saillie de la phalange supérieure en avant peut être inaperçue à la première vue comme dans la luxation incomplète, ce qui dépend à la fois de l'épaisseur et de la tension des téguments.

Une complication fort grave de ces luxations est la déchirure des téguments. Elle se fait toujours en avant, toujours au niveau du pli palmaire, transversale en général, oblique quelquefois, quelquefois même découpée en T, d'une étendue proportionnée d'ailleurs au déplacement.

Très-souvent, malgré l'écartement des bords de la déchirure, les os ne font point saillie au dehors; quand l'un des os fait saillie, c'est toujours et uniquement la phalange supérieure.

Une autre complication est la rupture du tendon du long fléchisseur, rupture qu'A. Cooper paraît même regarder comme constante dans les cas de luxation compliquée. D'autres fois, ce tendon se trouve arraché à son insertion à la seconde phalange : tel était le cas d'un malade présenté par M. Laugier à l'Académie de médecine (18 août 1840). Il peut arriver enfin qu'il soit respecté, et c'est, suivant Malgaigne, le cas le plus commun.

Dans un cas qui appartient au docteur Patureau, de Nantes, il y eut fracture de la phalangine luxée. Le doigt avait été pris dans un engrenage. La fracture guérie, la luxation persista et le malade réclama l'amputation. L'examen de la pièce montra le col très-résistant et l'extrémité supérieure de la phalangine fixée par des adhérences déjà solides en arrière et en dedans de la phalange.

Lorsque les téguments sont rompus, les faisceaux fibreux antérieurs et postérieurs sont déchirés. Quant aux ligaments latéraux, ils sont ordinairement intacts : on peut soupçonner cependant que l'un des deux a subi quelque lésion quand la luxation est à la fois postérieure et latérale. Dans un des cas observés par Stanley, la tête de la première phalange sortait à travers la plaie d'une quantité telle, que ce chirurgien regarda comme évidente la rupture des ligaments latéraux.

Pronostic. — La luxation d'une phalange sans complication de plaie, est un accident peu grave. La réduction en est facile, au moins dans les premiers temps, et les difficultés signalées par tant d'auteurs proviennent sans doute des procédés défectueux qu'ils ont suivis pour

opérer la réduction. C'est à la luxation compliquée qu'appartiennent tous les accidents. Ces derniers se résument sous deux chefs : le tétanos et l'inflammation aiguë suivie de suppuration et de gangrène.

Traitement. — La réduction a été tentée par trois méthodes principales : par *extension*, par *impulsion* ou *glissement* et par *flexion*. Quelquefois on a combiné plusieurs de ces méthodes : ainsi Boyer recommandait l'extension suivie de la flexion, et même, si l'on ne réussissait pas ainsi, l'extension combinée avec l'impulsion et la flexion à la fois. Quelles sont maintenant les indications? en existe-t-il qui doivent faire préférer l'une ou l'autre méthode? et d'abord, quels sont les obstacles réels à la réduction?

Malgré tout ce qui a été dit de la difficulté de la réduction, nous sommes fondés à croire qu'une luxation datant de moins de vingt-quatre heures, sauf le cas très-rare d'un violent spasme musculaire, offre peu d'obstacles, quelle que soit la méthode employée. Plus tard l'inflammation des parties voisines ajoute assurément beaucoup à la difficulté.

Il est une autre cause d'irréductibilité qui mérite de trouver place ici : elle a été indiquée par Stanley, dont l'attention fut fixée sur ce point par les différents résultats qu'il obtint sur divers malades. Pour lui, les difficultés dépendent de la position du tendon du long fléchisseur du pouce, qui, glissant en arrière sur les côtés de la première phalange, se trouve placé entre les deux os. Dans cette situation, il combine son action avec celle de l'extenseur en tirant et en fixant la phalangette sur la face dorsale de la phalange supérieure. Une expérience cadavérique montra à Stanley qu'il était inutile de faire de grands efforts pour obtenir la réduction, qu'il suffisait de tenir dans l'extension la phalange luxée, en lui imprimant de légers mouvements latéraux, pour favoriser le retour du tendon à sa place et que la réduction se faisait alors avec la plus grande facilité.

Lorsque la luxation est complète, tantôt le rebord articulaire antérieur de la phalangette est seul logé en arrière des condyles de la phalange, sur lesquels appuie la saillie osseuse qui sert d'attache au tendon fléchisseur; dans cette variété facile à reproduire sur le cadavre, les ligaments latéraux sont intacts, mais tendus entre les deux phalanges; la flexion serait ici tout à fait irrationnelle, puisqu'il y a un léger chevauchement; l'extension opère une tension des téguments et des ligaments, qui applique plus étroitement les deux os l'un contre l'autre, et détermine ainsi un nouvel obstacle, celui de leur frottement. Quand le chevauchement est porté plus loin, la phalange supérieure sort à travers la plaie, les ligaments doivent être rompus; mais la saillie d'insertion du tendon fléchisseur, remontée au-dessus des condyles et arc-boutant contre ceux-ci lorsqu'on tente la réduction, oppose un obstacle

aussi puissant pour le moins. L'impulsion, au contraire, réussit à merveille; car elle ne tend pas les téguments comme l'extension. Malgaigne rappelle à ce propos quatre faits où cette méthode a réussi complétement.

Quand on ne peut obtenir la réduction à l'aide de ces moyens, on se voit obligé de recourir à la résection de la phalange qui fait saillie à travers la plaie. Dans un cas de cette espèce, Thierry obtint une fausse articulation. A. Cooper conseille d'employer ce moyen tout d'abord pour éviter le développement des accidents.

Quand on a pu réduire ces luxations compliquées de plaie, quel pansement doit-on faire autour du doigt? Dupuytren maintenait le pouce dans l'adduction, la deuxième phalange fléchie sur la première; la compression nécessaire pour cette contention exacte était très-douloureuse et pouvait être difficilement supportée par les malades. M. Laugier a mis le doigt dans l'extension. Deux attelles de carton plus larges que le doigt ont été placées, l'une sur la face dorsale, et l'autre sur la face palmaire; le bandage dextriné a pu être appliqué de manière à ne porter que sur les attelles, laissant libres les deux côtés du doigt où passent les vaisseaux. La plaie s'est fermée.

L'ankylose de l'articulation phalangienne ne produit que peu de gêne.

On trouve dans la *Gazette des hôpitaux*, 7 novembre 1846, une observation de luxation latérale interne de la phalange unguéale du doigt annulaire. Nous allons la reproduire.

Michel (Antoine), âgé de quarante-quatre ans, journalier, étant occupé à haler un bateau sur le canal Saint-Martin, sauta de la hauteur de 5 pieds environ, sur le sol humide : il glissa, perdit l'équilibre, et dans sa chute le poids de son corps fut supporté en grande partie par la main droite, dont le doigt annulaire seul fut blessé. Une heure après l'accident, cet homme vint dans mon service à l'hôpital Saint-Louis. Le doigt annulaire présentait les lésions suivantes :

Sur le bord externe ou radial de ce doigt, au niveau de l'articulation phalangienne inférieure, existait une petite plaie transversale et longue de 15 millimètres au plus; elle livrait passage à l'extrémité articulaire de la deuxième phalange, qui était ainsi non-seulement à découvert, mais encore complétement sèche; elle paraissait fortement serrée et comme étranglée par les lèvres de la plaie. Il n'existait plus la moindre trace du ligament latéral externe dont les fibres avaient été nettement rompues.

La phalange unguéale était fortement inclinée en dedans vers le petit doigt; sa surface articulaire reposait sur le bord interne de la deuxième phalange, de telle sorte que sa direction était presque perpendiculaire à celle du doigt dont elle faisait partie.

Malgré le déplacement complet de la phalange et le peu de prise qu'offrait la partie luxée, on obtint facilement la réduction par le procédé suivant :

L'extension étant appliquée sur la phalange unguéale, on ramena celle-ci dans sa direction normale, en ayant soin de presser sur l'extrémité de la deuxième phalange; les surfaces articulaires furent mises en contact parfait, ainsi que les lèvres de la petite plaie.

On connaît encore trois autres cas de luxations latérales des phalangines. Le seul qui soit décrit d'une façon complète est dû à M. Rollet (*Journal de chirurgie*, 1855, p. 210). Ce chirurgien trouva le doigt annulaire raccourci d'environ deux tiers de centimètre, la tête de la seconde phalange faisant saillie sur la face interne de la première, d'ailleurs un peu plus inclinée en dehors, et la troisième légèrement fléchie, contournée de façon que sa face palmaire regardait le dos du médius. A l'aide de l'extension et d'un mouvement de coaptation, la réduction fut obtenue.

ARTICLE XXIV.

LUXATIONS DE L'ARTICULATION COXO-FÉMORALE.

Les luxations de l'extrémité supérieure du fémur, qu'on nomme aussi luxations de la hanche, luxations coxo-fémorales, sont rares, et si l'on trouve dans les recueils scientifiques un grand nombre d'observations, cela tient à ce que ces faits, en raison même de leur rareté et de la difficulté que présente souvent la réduction, ont dû fixer fortement l'attention des médecins qui ont pu les observer.

Mais si ces luxations sont rares chez l'adulte, elles sont encore bien plus rares chez les enfants. Sur 51 cas de luxation traumatique du fémur compulsés au point de vue de cette rareté relative, un seul aurait été observé chez un sujet âgé de moins de quinze ans. Cependant Hippocrate connaissait la luxation du fémur chez l'enfant. Il l'a décrite et citée comme exemples les enfants mâles des Amazones, à qui ces mères dénaturées luxaient le fémur pour les rendre boiteux et les mettre ainsi dans l'impossibilité de nuire jamais aux femmes. Et aujourd'hui, aux quelques cas observés par Lisfranc, Saint-André, Paletta, etc., on pourrait en ajouter plusieurs, en particulier les trois observés par P. Guersant et dont ce chirurgien a donné une soigneuse description que nous prendrons soin d'utiliser.

Plusieurs causes s'opposent au déplacement de la tête du fémur : telles sont : 1° la profondeur de la cavité cotyloïde; 2° la solidité de la capsule articulaire, dont l'épaisseur est, en certains points, plus consi-