ARTICLE XXXVIII.

LUXATION CONGÉNITALE CUNÉO-MÉTATARSIENNE.

M. Ch. Hardy, dans son excellent travail sur les luxations cunéo-métatarsiennes du gros orteil (1), rapporte l'observation suivante :

« Un jeune homme de vingt-cinq ans, étudiant en droit, d'une bonne constitution, présente sur les deux pieds une demi-luxation en bas du premier métatarsien sur le grand cunéiforme. Cette déformation est congénitale et héréditaire. Le père en était affecté à peu près au même degré. Chez ce jeune homme, on remarque à la face dorsale du pied, au niveau de l'articulation cunéo-métatarsienne du gros orteil, en avant du grand cunéiforme, une dépression considérable qui permet de sentir à travers la peau la face antérieure de cet os. L'extrémité supérieure du cunéiforme fait sous la peau une saillie très-prononcée, qui oblige le malade à porter des chaussures spéciales. Entre la peau et cette saillie osseuse, il s'est formé une bourse muqueuse accidentelle, qui s'enflamme de temps en temps et augmente beaucoup la déformation. Le premier métatarsien, au lieu d'être oblique de haut en bas et d'arrière en avant, est tout à fait horizontal. A la région plantaire, on trouve un aplatissement sans saillie osseuse, mais si l'on déprime les parties molles, on arrive facilement à sentir la tête du métatarsien. Le bord interne du pied a sa forme régulière et ne présente rien à noter. Les mouvements du pied sont faciles, mais la marche est pénible, et la déformation oblige le malade à porter des chaussures très-larges. »

Pour terminer ce qui a trait aux luxations congénitales du pied, il nous resterait à parler des luxations des orteils sur les métatarsiens et des phalanges entre elles. On trouve dans nos musées, et dans quelques ouvrages spécialement consacrés à cette étude, un assez grand nombre de luxations semblables produites accidentellement par des chaussures trop étroites. Mais ces sortes de luxations n'étant pas congénitales, nous nous contenterons de les mentionner ici, nous réservant, en raison de leur importance, d'en parler plus longuement aux chapitres consacrés aux maladies propres aux orteils.

(1) Paris, 1860.

ARTICLE XXXIX.

DÉVIATIONS DE LA MAIN (MAIN BOT).

L'articulation radio-carpienne peut, comme celle qui unit le pied à la jambe, présenter une forme de luxation qui a été désignée sous le nom de *main bot*. La luxation peut être complète ou incomplète.

On a admis pour la main bot, comme pour le pied bot, deux variétés : l'une congénitale, l'autre accidentelle. En outre, dans chacune de ces variétés, les os du carpe peuvent se porter vers la face palmaire ou dorsale de l'avant-bras, vers son bord radial ou cubital; de là quatre espèces de déplacements, que l'on a distinguées par les épithètes assez bizarres de *mains bots équins*, *talus*, *varus* et *valgus*. Nous les désignerons sous les noms de *déviation en avant* ou vers la face palmaire, *en arrière* ou vers la face dorsale de l'avant-bras, *en dedans* et *en dehors*.

Les déplacements congénitaux de l'articulation radio-carpienne sont assez rares. Il en est cependant fait mention dans Ambroise Paré. Un autre cas est cité par Zoerg, en 1816, dans le *Journal de Leipzig*. M. J. Cruveilhier en décrit deux cas dans son *Anatomie pathologique*, et en a présenté un troisième en 1828 à la Société anatomique : à ce propos, M. Manec a parlé d'une pièce qu'il possédait dans sa collection. MM. Prestat et Davaine en ont également observé chacun un cas. Smith (1) a fait sur cette difformité un article assez long et en rapporte plusieurs observations. Robert cite dans sa thèse de concours un autre fait observé par Follin. Quelques exemples ont été mentionnés, en 1841, dans la *Gazette médicale*, par M. J. Guérin. Trois pièces, également dignes d'intérêt, ont encore été présentées à la Société de biologie par M. Legendre et à la Société anatomique par MM. Rombeau et Ledru. Notons en passant que cette dernière a fourni à M. Liégeois l'occasion de faire sur ce sujet un bon rapport. Malgaigne, dans un chapitre trop incomplet pour être pris en considération, a contesté l'authenticité de plusieurs de ces faits. Pour lui, le seul cas où la congénialité soit indiscutable est celui qui est cité par Morrigues (*Journal de médecine*, 1755, t. II, p. 31). Un autre fait très-remarquable est celui dont parle M. Bouvier dans ses *Leçons cliniques*. Ce cas, dont nous parlerons plus loin, est jusqu'à ce jour unique dans la science.

Enfin, pour être complets, nous signalerons les pièces conservées au musée Dupuytren et dont une partie a été mentionnée par M. Houel dans son *Manuel d'anatomie pathologique*.

(1) *A treatise on fractures*, by William Smith. Dublin, 1847.

Les déplacements accidentels de l'articulation radio-carpienne sont plus fréquents que les congénitaux ; on les observe à la suite d'affections qui, en déformant les os du carpe et de l'avant-bras, en relâchant les liens qui unissent ces parties entre elles, peuvent produire une subluxation. C'est ainsi qu'à la suite de tumeurs blanches du poignet, de fractures comminutives du radius ou du cubitus, il n'est pas très-rare de rencontrer une déviation accidentelle de la main. La difformité consécutive à la mauvaise consolidation d'une fracture de l'extrémité inférieure du radius est remarquable par la disposition en *z* que présente l'axe du poignet. Ce même accident peut encore se montrer à la suite de maladies des parties molles, de plaies, d'ulcérations et surtout de brûlures ; enfin une paralysie des muscles extenseurs ou fléchisseurs peut entraîner la main dans une direction vicieuse.

C'est ainsi que M. Duchenne, de Boulogne, a montré : 1° qu'à la suite de la paralysie du premier radial, qui est le plus important des muscles extenseurs de la main, il se produit une déformation de l'articulation du poignet, déformation qui maintient celui-ci dans une adduction qui, exagérée et irréductible à la longue, gêne et même annule quelques fonctions de la main ; 2° que l'inverse a lieu consécutivement à la paralysie du cubital postérieur, affection qui est également assez commune, et qui ne détermine pas de troubles fonctionnels d'une haute gravité.

Anatomie pathologique. Les faits de mains bots accidentelles sont insuffisants pour en faire ici l'étude anatomo-pathologique. Il n'en est pas de même des déviations congénitales. M. P. Bouland, qui a fait sur ce sujet de nombreuses recherches qu'il a bien voulu nous communiquer et que nous mettons à contribution pour la rédaction de cet article, rattache avec juste raison toutes les observations connues jusqu'à ce jour à trois variétés : 1° La déviation existe avec un squelette complet et bien conformé ; 2° avec un squelette complet, au moins du côté de l'articulation radio-carpienne, mais mal conformé ; 3° avec l'absence d'un ou de plusieurs des os qui concourent à former cette articulation. Cette variété, beaucoup plus souvent que les précédentes, est accompagnée d'autres vices de conformation.

Première variété. Nous n'en connaissons que trois exemples : le premier est celui de Morrigues : il s'agissait d'une luxation intra-utérine, observée sur un enfant mort-né. Le radius était fortement écarté du cubitus par en bas ; et dans leur intervalle s'était logée toute la première rangée des os du carpe, retenue par de forts ligaments dans une direction parallèle au bord interne du radius. La main était donc déviée, ou selon l'expression de l'auteur, *crochue* en dedans ; le cubitus était comme jeté du côté externe de l'avant-bras.

Un second exemple conservé dans le musée Dupuytren montre un déplacement analogue au précédent, mais à un degré moindre, et permet de constater que les muscles, les vaisseaux et les nerfs n'offrent aucune anomalie digne d'être signalée.

Enfin, un troisième cas a été observé par M. J. Guérin, chez une jeune fille âgée de quatorze ans et dont les deux mains étaient déviées en dehors. Cette déviation était consécutive à une luxation congénitale de l'extrémité supérieure du radius sur l'humérus.

Deuxième variété. Dans cette seconde variété, qui comprend cinq cas observés par MM. Cruveilhier, Shmith, Follin, Robert et Legendre, deux fois le carpe était en avant et en dehors, et trois fois en arrière et en dehors. La lecture de ces observations semble démontrer que, dans les premières, la luxation était plus accusée que dans les autres, si bien que la surface articulaire normale du radius n'existait pas et qu'elle était remplacée par une néarthrose située sur la face inférieure du radius au-dessus ou au niveau du bord antérieur de l'extrémité carpienne de cet os. Celui-ci offre en outre de particulier : 1° qu'il est souvent plus épais et plus court que le cubitus, ce qui expliquerait l'incurvation qu'ils présentent habituellement ; 2° que dans deux cas l'extrémité supérieure du radius faisait défaut et était en partie remplacée par un fibro-cartilage. Dans un cas où l'autopsie a été faite, le ligament triangulaire était conservé. Quant aux muscles de l'avant-bras, ils étaient généralement complets, ou bien certains d'entre eux présentaient un raccourcissement qui coïncidait avec l'élongation des antagonistes, raccourcissement qui portait plus spécialement sur le grand palmaire, les fléchisseurs superficiels et profonds ; dans d'autres cas, tous les muscles étaient atrophiés, et cette atrophie était plus prononcée sur quelques-uns d'entre eux, en particulier sur les pronateurs, les supinateurs, les radiaux et les cubitaux. Sur le sujet dont Follin a publié l'autopsie, le biceps et le brachial antérieur étaient raccourcis au point de déterminer une flexion de l'avant-bras sur le bras.

Troisième variété. Celle-ci est de toutes la plus fréquente. En effet, M. Bouland a pu en rassembler une quinzaine de cas ; dix fois la déviation était accompagnée de l'absence complète du radius ; trois fois cet os manquait dans les trois quarts au moins de son extrémité inférieure. Dans cette variété, le cubitus, est ordinairement peu arqué et volumineux ; tantôt sa partie inférieure est renflée et rappelle par sa forme et ses dimensions celle du radius dont il remplit les usages ; plus rarement elle conserve son volume normal et présente une cavité articulaire du côté de sa face externe ou de sa face interne. Dans un cas, M. Bouland n'a trouvé aucune trace de surface articulaire et le carpe était relié au cubitus par une masse fibro-graisseuse et résistante. Chez presque tous les sujets, le carpe était complet. Les os qui manquaient le plus souvent étaient le scaphoïde, le semi-lunaire et le

trapèze. Plusieurs métacarpiens, le premier surtout, peuvent également manquer. Tantôt alors les doigts restent normaux, tantôt le pouce fait défaut; quant aux autres doigts, ils n'ont guère présenté d'anomalies que chez les fœtus monstrueux.

Enfin, dans le cas observé par M. Bouvier, il s'agissait d'une main bot par absence complète du carpe. Les os de l'avant-bras étaient normaux, et l'on voyait le métacarpe manifestement articulé avec l'extrémité inférieure des os de l'avant-bras. La main était renversée dans une extension exagérée et un peu inclinée sur le bord cubital.

Pour ne rien omettre, nous dirons que dans cette variété il n'est pas rare de trouver l'humérus plus court, plus volumineux, surtout vers son extrémité cubitale, dans le membre qui est le siége de la déviation; que les ligaments sont modifiés et que les muscles de l'avant-bras le sont aussi dans leur nombre, leur volume et leurs attaches. Tantôt, en effet, plusieurs d'entre eux ou même la presque totalité manque, comme cela eut lieu sur la pièce de M. Prestat sur laquelle il n'a trouvé qu'un muscle cubital distinct; souvent ils sont très-atrophiés, bien qu'on n'ait pas constaté leur dégénérescence graisseuse; d'autrefois leurs tendons isolés ou confondus ensemble sont attachés aux os ou aux ligaments qui avoisinent le carpe; enfin, chez un certain nombre de sujets, on constate la présence de la plupart des muscles radiaux, bien que le radius fasse entièrement défaut. Quant aux muscles de la main, ils ne présentent ordinairement aucune modification notable, hormis les cas où le nombre des métacarpiens et des doigts est incomplet. L'artère cubitale conserve habituellement son volume, tandis que la radiale est à l'état rudimentaire; enfin, dans certains cas, les nerfs ne présentent rien d'anormal, tandis que d'autres fois le radial est atrophié et se perd au niveau du coude dans les faisceaux musculaires qui s'attachent à l'épicondyle, ou bien le médian et le cubital se réunissent, à partir du tiers inférieur du bras, pour suivre le trajet de ce dernier nerf jusque dans la région palmaire où ils reprennent leur mode régulier de distribution.

Symptomatologie. Nous n'insisterons pas longuement sur les symptômes que présentent les variétés de mains bot congénitales en raison de l'étendue de la description que nous venons de donner.

Il suffit de savoir que dans la première variété il est plus facile de reconnaître à la vue et surtout au toucher la saillie des os de l'avant-bras, entre lesquels le carpe est placé, que dans la seconde; que le déplacement du carpe en arrière ou vers la face dorsale est caractérisé par la flexion extrême de la main, tandis que le déplacement du carpe en avant coexiste plus souvent avec la flexion qu'avec l'extension forcée; circonstance propre aux déplacements congénitaux; que pareille chose a lieu pour les déplacements latéraux, c'est-à-dire que

la main s'incline du côté opposé au sens du déplacement. On sait d'ailleurs que ce changement de direction de la main résulte plus souvent de l'obliquité de la surface articulaire du radius que du déplacement du carpe; enfin, dans la troisième variété, il est habituellement

Fig. 89. — Main bot congénitale

facile de constater l'absence du radius, tandis qu'il est plus difficile, parfois même impossible de reconnaître celle du carpe. C'est ce qui eut lieu chez le malade dont M. Bouvier a recueilli l'observation.

La seule chose véritablement importante à envisager sur une main qui présente la déviation dont nous parlons, c'est la cause qui la produit. Est-elle due à une paralysie? à une rétraction musculaire? à la division des muscles? à une cicatrice vicieuse? à un déplacement traumatique ou graduel des surfaces articulaires, etc.? Telles sont les données d'où doivent découler le pronostic et les indications thérapeutiques.

Ce que nous avons dit du traitement du pied bot est presque entièrement applicable à la déviation des mains; si l'on avait lieu de présumer que le déplacement fût produit par la rétraction des muscles grand palmaire, petit palmaire, cubital antérieur ou postérieur, on pourrait en pratiquer la section; mais si les tendons fléchisseurs des doigts paraissent être les agents du déplacement, il faut, d'après les préceptes tirés de la grande discussion qui eut lieu en 1842 à l'Académie de médecine, se garder de couper les tendons enfermés dans une gaîne séreuse, car la réunion des deux bouts sectionnés étant très-difficile, on priverait la main déjà difforme du peu de mouvement qui lui reste encore.

Les cicatrices vicieuses seront divisées, la main ramenée à sa position normale par un appareil convenable, dont l'usage sera continué longtemps encore après la cicatrisation complète.

Quant à la déformation produite par la paralysie partielle du premier radial externe, dont nous avons dit quelques mots, nous renvoyons à l'ouvrage de M. Duchenne pour l'exposé des moyens prothétiques à l'aide desquels l'ingénieux expérimentateur a obtenu plusieurs fois la réduction du déplacement, la restauration des surfaces articulaires et le rétablissement des fonctions de la main.

ARTICLE XL.

LUXATIONS CONGÉNITALES DES ARTICULATIONS MÉTACARPO-PHALANGIENNES, DES ARTICULATIONS PHALANGIENNES DU POUCE ET DE CELLES DES AUTRES DOIGTS.

Chaussier a rencontré, sur un fœtus qui portait en même temps des luxations aux cuisses, aux genoux et aux pieds, la luxation métacarpo-phalangienne des trois derniers doigts de la main gauche du côté de la face palmaire; et c'est là le seul exemple que l'on connaisse d'une luxation congénitale des doigts.

Quant aux luxations ou subluxations consécutives aux diverses paralysies partielles ou combinées des extenseurs, des fléchisseurs des doigts, des interosseux, des muscles propres du pouce, elles ont été très-bien étudiées, au moins au point de vue étiologique, par M. Duchenne. C'est ainsi qu'il importe de signaler les faits suivants : 1° que la paralysie des interosseux produit la griffe de la main et qu'à la longue les premières phalanges se subluxent en arrière sur la tête des métacarpiens, ce qui abolit l'usage de la main ; 2° que la paralysie du court abducteur du pouce ne permet pas d'opposer la dernière phalange de celui-ci aux dernières phalanges de l'index et du médius, s'ils sont dans l'extension : et conséquemment les usages principaux de la main, comme porter la plume, l'aiguille, etc., s'en trouvent gênés sinon abolis ; 3° que la paralysie des fléchisseurs profonds et sublimes entraîne à sa suite l'extension continue des premières et des secondes phalanges et à la longue leur renversement sur la face dorsale des secondes et des troisièmes phalanges; qu'alors le sujet ne peut saisir les objets avec force qu'entre le pouce et les premières phalanges ; 4° que la paralysie des extenseurs des doigts abolit seulement l'extension des premières phalanges, et que celles-ci étant maintenues relevées par un appareil, le sujet peut étendre ces deux dernières quand l'usage de la main est rétabli ; 5° que la paralysie du long fléchisseur du pouce empêche de tenir solidement les objets entre le pouce, l'index et les deux premiers doigts, ce qui rend impossibles les travaux manuels délicats, comme écrire ou travailler à l'aiguille, et produit à la longue un renversement de la face palmaire de la deuxième phalange sur la face dorsale de la première. Ces paralysies ou ces atrophies ont été observées principalement dans l'atrophie musculaire progressive, dans l'atrophie spinale de l'enfance, à la suite de la paralysie saturnine pour l'extenseur et les radiaux, à la suite de chutes sur le pouce ou de blessures sur la terminaison du nerf médian.

La griffe de la main et l'atrophie de l'éminence thénar s'observent aussi dans la lèpre. On voit encore, à la suite de l'arthrite sèche des phalanges, des déformations des articulations en tous sens avec subluxation. On trouvera dans les ouvrages de M. Duchenne des détails sur toutes ces maladies et ces déformations, auxquelles nous regrettons de ne pouvoir donner place dans cet ouvrage.

Les luxations congénitales des articulations phalangiennes sont peut-être encore plus rares que les précédentes. Néanmoins il convient d'en citer quelques cas observés par A. Bérard, Malgaigne et Robert. Ce dernier chirurgien trouva chez une petite fille de six ans une luxation congénitale de la phalangette de l'index qui était déviée en dehors à angle obtus. On pouvait, dit-il, constater à travers la peau une légère atrophie du condyle externe de l'extrémité inférieure de la phalangine ; le condyle interne au contraire était saillant. La brièveté du ligament latéral externe rendait cette déviation permanente, et s'opposait à ce qu'on ramenât la phalange à la rectitude. Robert pratiqua la section sous-cutanée du ligament. Mais, malgré l'application d'appareils, la difformité résista à l'opération.

ARTICLE XLI.

DÉVIATIONS DU RACHIS.

On entend par *déviations* du rachis, *courbure de l'épine*, *gibbosité*, etc., les déformations de la colonne vertébrale, résultant d'une ou plusieurs inflexions anormales de cette tige osseuse, sans altération organique primitive des os ou de leurs ligaments. Ces déviations sont moins des maladies dans le sens ordinaire de ce mot que de simples difformités, comme les autres luxations congénitales que nous venons de décrire.

On a divisé ces déviations qui, du reste, dérivent souvent des courbures physiologiques du rachis, en trois genres, suivant que la convexité de la courbure est dirigée en arrière, *cyphose* (1), en avant,

(1) De κυφὸς, courbé.