

doigt est inévitable; et alors même qu'on pourrait le conserver, comme il serait privé de ses mouvements, il deviendrait plus nuisible qu'utile. On doit donc l'amputer dans son articulation avec l'os du métacarpe, aussitôt que l'état général du malade et celui des parties molles le permettent.

Dans certains cas, le périoste des phalanges, ou les phalanges elles-mêmes sont primitivement affectées, et cette affection est le principe du panaris. Cette espèce de panaris attaque plus souvent le pouce que les autres doigts, et ordinairement c'est la dernière phalange. Ce panaris est caractérisé par une douleur profonde et vive, accompagnée d'une tension et d'un gonflement inflammatoire qui se bornent assez communément à l'étendue de la phalange affectée ou ne dépassent guère le doigt. Il cause rarement de la fièvre et d'autres symptômes généraux.

L'engorgement inflammatoire dont les parties molles sont le siège se termine toujours par suppuration. La peau de l'extrémité du doigt devient molle, blanchâtre, et bientôt la fluctuation, quoique profonde, devient sensible, quand on touche l'endroit où le pus est ramassé. Alors l'abcès doit être ouvert par une incision étendue jusqu'à l'os. C'est seulement lorsque l'incision est faite qu'on peut juger si le malade perdra la phalange. Si cet os est simplement à découvert parce qu'une partie du périoste s'en est détachée par la suppuration, il se fait une exfoliation insensible après laquelle la phalange se couvre de bourgeons charnus qui annoncent une guérison prochaine. Au contraire, si la phalange est complètement cariée, comme cela a lieu le plus ordinairement, sa perte est inévitable. Dans ce cas, les différentes circonstances doivent décider s'il est à propos d'amputer la phalange, ou si l'on doit en abandonner la séparation à la nature. Lorsque la capsule articulaire est en suppuration et que la phalange est presque entièrement détachée, on doit l'ébranler de temps en temps en la saisissant avec une pince à dissection, afin de la détacher peu à peu des chairs voisines, ce qui donne presque toujours la possibilité de l'extraire complètement. Mais si la capsule articulaire n'a pas été détruite par la suppuration, et que la phalange conserve encore des adhérences avec les chairs, il faut l'en séparer et l'ôter après avoir coupé la capsule. Cette opération est, à la vérité, un peu douloureuse; mais elle l'est beaucoup moins que ne le serait l'amputation faite selon le procédé ordinaire; par son moyen on conserve le bout du doigt, qui ne

perd pas absolument sa forme; il est seulement plus court et plus aplati à son extrémité (1).

### § 3. — Des Vices de conformation des doigts.

Ces vices de conformation ont rapport au nombre des doigts, à leur union ensemble, à leur union avec l'une ou avec l'autre face de la main et à leur direction. Le premier de ces vices est une difformité de naissance; les deux autres sont quelquefois des conformations vicieuses congénitales, mais le plus souvent elles sont accidentelles.

1° *Sesdigitaires*. Il est extrêmement rare de voir des enfants venir au monde avec moins de cinq doigts à chaque main; il arrive bien plus souvent d'en trouver qui naissent avec un sixième doigt à chaque main, ou seulement à une: on a vu des enfants porter en naissant sept doigts, d'autres huit, et quelques-uns dix. Cette conformation est ordinairement bornée aux mains; quelquefois cependant elle s'étend aux pieds, qui ont alors six, sept ou huit orteils.

Lorsqu'il existe six doigts à chaque main, très-souvent chaque pied a six orteils.

Le doigt surnuméraire occupe presque toujours le côté cubital de la main; Heister en a vu un placé au côté radial. Il peut être parallèle aux autres doigts, et supporté par un sixième os du métacarpe, ou bien partir du cinquième de ces os, ou de la première phalange du petit doigt; et alors, tantôt le sixième doigt fait continuité avec celle-là, dont il semble naître par bifurcation, en s'écartant plus ou moins de sa direction, tantôt il est simplement attaché à la phalange par une articulation lâche entre deux surfaces plates. Lorsqu'un sixième

(1) Je pense que, dans les cas de nécrose de la dernière phalange du pouce, il ne faut pas se hâter d'enlever la phalange nécrosée parce qu'elle se sépare toujours spontanément, tantôt plus tôt, tantôt plus tard, de son articulation avec la première phalange; et alors, le périoste s'épaississant et s'ossifiant même dans quelques cas, la phalange subsiste et le doigt remplit ses fonctions aussi bien que s'il n'avait pas été malade. J'ai vu quatre cas de ce genre. J'ai extrait les phalanges nécrosées par un orifice fistuleux qui existait soit à l'extrémité du doigt, soit sur un de ses côtés. Les mouvements de la phalange n'ont été bien conservés que chez deux malades.

doigt est parallèle au cinquième, qu'il jouit des mêmes mouvements que les autres, il doit être organisé comme eux, c'est-à-dire pourvu non-seulement d'os qui lui sont propres, mais encore des muscles et des tendons nécessaires à ces mouvements. Un doigt surnuméraire hors de rang, absolument immobile ou sans mouvements volontaires, est formé ordinairement d'une ou de plusieurs phalanges revêtues de leur périoste, et couvertes de la peau sous laquelle est une graisse de consistance suifeuse. Une singularité très-remarquable de la conformation vicieuse dont il s'agit, c'est qu'un sixième doigt peut être produit par la bifurcation de la dernière phalange du pouce, chaque portion ayant un os et un ongle particuliers. Cette disposition singulière est très-rare : je l'ai vue sur une jeune fille.

Les exemples de six doigts à chaque main et à chaque pied, arrangés symétriquement et jouissant des mouvements ordinaires, sont moins communs que ceux d'un sixième doigt à une seule main; cependant on en trouve un assez grand nombre dans les auteurs tant anciens que modernes. Les Latins appelaient *sedigiti* ceux qui avaient cette espèce de difformité. Maupertuis a hasardé le mot français *sexdigitaires*, pour désigner ces mêmes personnes, et cette dénomination a été adoptée. Des observations nombreuses et authentiques prouvent que ce vice de conformation se transmet des parents aux enfants pendant plusieurs générations.

Lorsqu'un sixième doigt est placé sur la même ligne que les autres doigts, qu'il présente une conformation semblable, et qu'il jouit des mêmes mouvements, il ne cause aucune gêne, et ne peut être considéré que comme un objet de difformité à laquelle on ne doit point chercher à remédier par une opération. Mais lorsqu'un doigt surnuméraire est hors de rang, qu'il forme un angle plus ou moins ouvert avec le cinquième os du métacarpe ou avec la première phalange du petit doigt, qu'il est absolument immobile, ou du moins qu'il ne possède aucun mouvement volontaire, et que sa conformation ne ressemble presque en rien à celle des autres doigts, alors il est non-seulement difforme, mais encore inutile et incommode : il faut le retrancher. Rien de plus simple que cette opération : on peut la pratiquer sur les enfants les plus jeunes, même sur les nouveau-nés. Je l'ai faite à un enfant de trois jours et à un autre de quatre mois. Il y a même de l'avantage à la pratiquer sur de très-jeunes enfants, parce que l'os qui entre dans la structure de ce doigt, et qui est continu avec le cin-

quième os du métacarpe ou avec la première phalange du petit doigt, est encore cartilagineux, et on peut le couper avec un bistouri; au lieu qu'on serait obligé de le scier si l'on ne faisait l'opération qu'à un âge où l'ossification est déjà accomplie. Il y a des chirurgiens qui enlèvent ce doigt surnuméraire avec des ciseaux ordinaires lorsqu'il n'est uni à la main que par des parties molles; ou avec des ciseaux très-forts lorsqu'il tient par une substance cartilagineuse ou osseuse. Mais, en se servant de cet instrument, dont l'action est très-douloureuse, on ne peut faire qu'une plaie avec perte de substance qui guérit difficilement et laisse une cicatrice que les frottements peuvent déchirer ou rendre douloureuse. Le bistouri cause moins de souffrance et donne la facilité de conserver un lambeau de peau qui abrège la guérison de la plaie : il mérite donc la préférence. On fait, avec un très-petit bistouri, une incision demi-circulaire à la peau qui entoure la base du doigt, précisément dans l'angle qui le sépare du doigt voisin; ensuite, si le sixième doigt a une articulation avec le cinquième os du métacarpe ou avec la première phalange du petit doigt, on coupe le ligament mince qui l'environne; on luxé le doigt surnuméraire en l'éloignant des autres doigts; et, en portant la lame du bistouri entre la première phalange de ce doigt et la peau, on forme avec celle-ci un lambeau assez grand pour recouvrir toute la surface de la plaie. Si le sixième doigt est continu avec le cinquième os du métacarpe, et si sa première phalange est encore cartilagineuse, après avoir fait l'incision demi-circulaire à la peau, on coupe cette phalange avec le bistouri et on laisse un lambeau. Si la phalange est déjà ossifiée et assez dure pour ne pouvoir être coupée avec un bistouri, on la scie dans l'angle de la bifurcation. Lorsque le doigt est enlevé, on applique le lambeau sur la plaie, et on l'y maintient avec une bandelette agglutinative, de la charpie, une compresse et une bande. La guérison est très-prompte. Les enfants sur lesquels j'ai pratiqué cette opération ont été complètement guéris en quarante-huit heures.

2° *Union congénitale des doigts.* Il arrive quelquefois que des enfants viennent au monde avec les doigts unis ensemble. Cette union peut être de deux espèces : intime et immédiate, en sorte que les doigts sont collés les uns aux autres; ou médiante et lâche, par le moyen d'une membrane semblable à celle des pattes des oiseaux aquatiques. De quelque espèce que soit l'union congénitale des doigts entre eux, elle n'est pas seulement un objet de difformité, mais encore

elle nuit beaucoup aux fonctions des doigts, en gênant leurs mouvements, et en les empêchant d'agir séparément. On y remédie par une opération bien simple. Si les doigts sont unis par une membrane intermédiaire, on la coupe avec des ciseaux ou un bistouri. Mais si l'adhérence est immédiate, on la détruit avec un bistouri mince et bien tranchant, qu'on fait glisser entre les doigts, et on les sépare exactement les uns des autres dans toute leur longueur. Pour qu'en guérissant ils ne se recollent pas, on les entoure chacun séparément avec une bandelette de linge enduite légèrement de cérat de saturne.

L'union congénitale des doigts est beaucoup moins fréquente que celle qu'ils contractent quelquefois accidentellement, non-seulement entre eux, mais encore avec le dos ou la paume de la main, à la suite de quelque exulcération, et particulièrement de celle qui est produite par l'action du calorique. Cet accident a été confié à des mains inhabiles, ou abandonné à des personnes étrangères à l'art de guérir, comme cela arrive souvent dans les campagnes, et parmi les indigents des villes. Pour prévenir cet accident, il faut envelopper les doigts séparément avec des bandelettes enduites de cérat, et, lorsque les doigts ont de la disposition à se fléchir ou à se renverser vers la face dorsale de la main, il faut les maintenir dans une direction droite, au moyen d'une planchette disposée de la manière que nous indiquerons bientôt.

Lorsque ces précautions ont été négligées, et que les doigts ont contracté des adhérences vicieuses qui les rendent incapables d'exercer leurs fonctions, ou du moins qui les gênent considérablement, on peut y remédier par une opération dont le manuel varie selon la disposition des adhérences. Si les doigts sont seulement unis entre eux, sans être privés de leurs mouvements de flexion et de tension, on détruit l'adhérence avec un bistouri mince qu'on fait glisser entre les doigts, et on les sépare successivement les uns des autres dans leur longueur. Pour empêcher qu'en guérissant ils ne se collent de nouveau, on les entoure, chacun séparément, avec une bandelette enduite de cérat.

Si les doigts sont adhérents à la paume de la main par une espèce de bride en forme de faux, on incise cette bride dans toute son épaisseur : une seule incision suffit ordinairement lorsque la bride est peu longue, et que le doigt est uni seulement à la paume de la main ;

mais quand la bride a beaucoup de longueur, et surtout quand l'adhérence a lieu, non-seulement entre la peau du doigt et celle de la paume de la main, mais encore entre la peau qui couvre chacune des phalanges, on est obligé de faire plusieurs incisions : en général, on doit les multiplier autant qu'il est nécessaire pour étendre complètement les doigts. En faisant ces incisions, on doit éviter d'intéresser les tendons et même de les mettre à découvert, afin d'en prévenir l'exfoliation.

Lorsque les doigts sont collés immédiatement dans toute leur longueur contre la paume ou contre le dos de la main, et en même temps unis entre eux par leurs faces latérales, on isole chaque doigt séparément de la face palmaire ou dorsale de la main et des doigts voisins, au moyen d'un bistouri convexe. En pratiquant cette dissection, qui est longue et pénible, surtout lorsque les doigts sont tellement collés à la main qu'on a de la peine à en saisir l'extrémité, c'est alors surtout qu'il faut ménager les tendons.

Lorsque toutes les adhérences sont détruites, on couvre la plaie de charpie; on en garnit les intervalles des doigts, et on entoure la main avec des compresses et une bande. L'appareil ne doit être levé que le troisième ou le quatrième jour. Lorsque la suppuration est bien établie, on avise au moyen de maintenir les doigts dans leur direction naturelle, ou de les y ramener par degrés, lorsqu'il n'a pas été possible de le faire le jour de l'opération. Pour cela, on se sert d'une planchette un peu plus longue que la totalité de l'avant-bras et de la main, et figurée comme ces parties : la portion de cette planchette qui doit correspondre à la main est divisée en cinq portions écartées les unes des autres, pour fournir à chaque doigt une espèce d'attelle; chacune de ces portions présente plusieurs petites fentes longues d'une ligne et demie ou deux lignes, dirigées suivant sa longueur et placées parallèlement deux à deux à des distances convenables : ces petites fentes sont destinées à recevoir des rubans de fil qui forment des anses au moyen desquelles on rapproche chaque doigt de la portion correspondante de la planchette. Celle-ci étant garnie de linge et des petits rubans dont il vient d'être parlé, on la place sur la face de l'avant-bras et de la main opposée au côté vers lequel les doigts sont inclinés, et on l'assujettit au coude et au poignet avec des bandes. On engage les doigts sous les anses des petits rubans, et en tirant les deux extrémités de chaque anse, on ramène le doigt vers sa situation naturelle,

jusqu'au moment où le malade éprouve de la douleur; alors on noue les deux chefs du ruban sur le doigt de la planchette par un nœud simple et un nœud à rosette. Les jours suivants, on continue à tirer les anses, jusqu'à ce qu'on soit parvenu à donner aux doigts une direction parallèle à celle de la petite planche.

Lorsqu'on est arrivé à ce point, on s'en tient là, si les doigts étaient adhérents à la paume de la main; mais s'ils étaient adhérents à sa face dorsale, il ne suffit pas de les avoir ramenés à leur extension naturelle, il faut encore les porter vers la flexion le plus qu'il est possible. On remplit cet objet en employant une planchette dont les doigts sont tronqués. On garnit ces extrémités tronquées de pelotes sur lesquelles les doigts trouvent un point d'appui, pendant que les anses, placées sur leur convexité, les ramènent vers la paume de la main; on a soin de placer sur cette convexité des morceaux de cuir, pour empêcher que les anses des rubans ne rouvrent les cicatrices. On attache les extrémités de ces anses à des gances ou à de petites chevilles de bois placées plus en arrière sur la planchette.

On pourrait aussi se servir, pour remplir le même objet, d'un moyen imaginé par Fabrice de Hilden (1), et qu'il employa avec succès sur un enfant de quatorze mois, dans un cas semblable à celui que nous supposons ici. Ce moyen consiste en une planchette de trois doigts de large, d'une longueur suffisante pour s'étendre du poignet jusqu'au coude; cette planchette est garnie sur une de ses faces, près de l'extrémité qui doit correspondre au poignet, d'un petit bâton rond, épais d'un pouce, placé en travers et qui lui est fortement uni. Ce bâton est percé en quatre endroits pour recevoir des espèces de chevilles en bois. La planchette a aussi deux boucles et deux courroies, par le moyen desquelles elle est attachée à l'avant-bras. Plus en quatre doigtiers en cuir, dans lesquels Fabrice passait l'extrémité de chaque doigt. Il fixait ces doigtiers avec quatre gances aux chevilles de bois. Par ce moyen, il parvint à ramener les doigts dans leur direction naturelle, en observant de mettre entre eux, pour les empêcher de se coller de nouveau, quelques petites lames de plomb.

Quel que soit le moyen mécanique que l'on ait employé pour maintenir les doigts dans une direction convenable, ou pour les y ramener,

(1) *Cem.* 1, obs. 83, page 60.

on doit en continuer l'usage longtemps après la cicatrisation des plaies (a).

(a) — L'union congénitale des doigts par le prolongement du repli de la peau, qui les joint à leur base, est un vice de conformation assez fréquent et assez difficile à guérir pour qu'il ait fixé l'attention de tous les chirurgiens. Aussi nous voyons que tous ont cherché à trouver les moyens convenables pour obtenir un succès qui souvent leur a échappé. Je pense que pour réussir, il faut distinguer deux cas : celui où la membrane unissante est intacte, et celui où la membrane unissante, ayant été déjà incisée, présente une cicatrice.

Dans le premier cas, il faut fendre la membrane jusqu'à la base des doigts, c'est-à-dire jusqu'au niveau des plis de la peau que l'on remarque à cette base. Il ne faut pas craindre d'ouvrir les artères collatérales des doigts en prolongeant l'incision; si leur section a lieu, on les lie : cette lésion a moins d'inconvénients que le peu de longueur de l'incision. Celle-ci doit être plus longue vers le dos de la main que vers la paume, afin d'obtenir une disposition de la cicatrice oblique comme le repli de la peau; le pansement doit être fait avec des bandelettes de diachylon gommé pour les doigts, et avec de la charpie pour la partie de la plaie correspondant à l'intervalle des doigts, parce qu'il faut tâcher d'obtenir la réunion immédiate de la plaie des doigts, tandis qu'il faut obtenir une cicatrice large dans l'intervalle de leur base. Des pathologistes ont pensé qu'on ne devait pas pratiquer cette opération chez les enfants; et qu'il fallait attendre le développement complet des doigts, parce que la cicatrice bridée ne permettait pas ce développement, et qu'alors l'adhérence marchait de la base des doigts vers leur pointe. Je n'ai rien observé de semblable chez les jeunes gens que j'ai vus affectés de ce vice de conformation, après avoir été opérés dans le bas âge.

Dans le deuxième cas, lorsque la membrane déjà incisée présente une cicatrice, l'opération offre plus de difficultés, parce qu'il faut, pour obtenir la guérison, enlever toute la cicatrice : sans cette précaution, l'union des doigts se formera toujours de nouveau dans toute l'étendue de la cicatrice, et elle deviendra toujours de plus en plus serrée, en vertu de la force de rétraction du tissu de cicatrice. J'ai observé un cas de ce genre très-remarquable sur un jeune homme âgé

de dix-neuf ans, qui avait les quatre derniers doigts des deux mains réunis à des degrés variables. L'accoucheur de sa mère coupa les membranes unissantes, quelques jours après la naissance. La cicatrice, en se faisant, réunit les doigts; l'accoucheur les sépara de nouveau, en incisant les cicatrices, et une nouvelle cicatrice les réunit une seconde fois; mais alors elle fut plus forte et plus dense. L'enfant grandit et ses doigts prirent un développement normal, sans que j'aie observé le phénomène noté par quelques pathologistes et indiqué plus haut, l'arrêt de développement des doigts par le tissu de cicatrice non extensible. A l'époque où j'ai vu ce jeune homme, les doigts étaient unis dans une étendue variable de leur longueur; la cicatrice, dure et très-dense, offrait une largeur et une épaisseur de deux millimètres environ; les mouvements des doigts étaient cependant assez libres pour que ce jeune homme pût toucher aisément du piano. Je l'engageai à ne pas se faire opérer, en lui expliquant qu'il fallait enlever tout le tissu de cicatrice pour être sûr d'obtenir une guérison convenable; d'ailleurs, je n'avais pas alors la certitude d'arriver à un heureux résultat, parce que je ne pouvais baser mon opinion que sur celle des autres chirurgiens, et parce que je n'avais aucune expérience à cet égard: je craignais en conséquence de faire une opération non-seulement infructueuse, mais encore nuisible; car il était évident que, si elle ne réussissait pas, elle donnait lieu à la formation d'une nouvelle cicatrice plus bridée que celle qui existait, puisque l'opération nécessitait une perte de substance. Aujourd'hui je n'agirais pas de même; je conseillerais l'opération, et je la pratiquerais comme je l'ai faite dans le cas que je vais rapporter plus bas. Cette opération a le double avantage de séparer les doigts et de permettre leur redressement. Ce vice de conformation est toujours accompagné d'une légère flexion des doigts, qui est due à la position de la membrane unissante; celle-ci, en effet, est toujours située près du bord qui sépare la face palmaire des doigts des faces externe ou interne, de sorte que les doigts, bridés ainsi du côté de la flexion, ne peuvent se redresser complètement du côté de l'extension.

*Observation d'une opération pratiquée pour détruire une union congénitale des doigts médus et annulaires des deux mains. Guérison.* — Un homme, âgé de vingt-deux ans, domestique, entre à l'Hôtel-Dieu, le 5 novembre 1846, pour être guéri d'une union congénitale des doigts médus et annulaires des deux mains. Déjà une

opération a été pratiquée pendant l'enfance; mais les parties divisées se sont réunies, et il existe une cicatrice qui s'étend jusqu'à la base des doigts; elle est résistante, assez dense, et a une largeur d'un à deux millimètres; les doigts sont un peu fléchis, surtout ceux de la main gauche. Le malade veut être débarrassé de ce vice de conformation, parce que l'impossibilité d'écartement des doigts et leur flexion le gênent. Comme la réussite de l'opération est basée sur l'ablation complète de la cicatrice, et que cette ablation peut présenter quelques difficultés si je ne peux fixer d'une manière invariable le tissu de cicatrice, je fais fabriquer une paire de pinces ayant une largeur suffisante pour dépasser le tissu de cicatrice, et je fais mettre sur une des branches deux pointes qui traversent ce tissu, et entrent ensuite dans deux trous correspondants percés dans l'autre branche. Je suis sûr de pouvoir, avec cet instrument, bien saisir la cicatrice et de pouvoir l'enlever tout entière en suivant les bords des pinces, et d'obtenir en même temps deux plaies très-régulières. En effet, saisissant successivement avec ces pinces les cicatrices des deux mains et passant autour de l'instrument un bistouri droit, j'enlève toute la cicatrice. Au même moment, les bords des incisions latérales des doigts s'écartent et laissent voir un tissu fibreux à fibres parallèles aux doigts, d'où il ne s'écoule que très-peu de sang: les incisions, prolongées jusqu'à la base des doigts au niveau de la ligne qui l'indique à sa face palmaire, n'ont pas intéressé les artères collatérales, ce qui prouve que le développement des parties profondes est normal. Je panse isolément chaque doigt avec des bandelettes de diachylon gommé, afin de rapprocher les lèvres de chaque plaie, et j'interpose de la charpie sèche à nu au point d'union des incisions à la base des doigts, afin d'empêcher la réunion immédiate dans ce point. Cette opération a été délicate à pratiquer; cependant elle a été simple. Elle a été faite le 7 novembre; le malade avait été purgé la veille. Dans la journée, il n'y a pas eu la moindre accélération dans le pouls. Le lendemain 8 novembre, il se plaint de souffrir à cause d'une légère tuméfaction survenue dans les doigts. J'enlève les pièces de linge sans toucher aux bandelettes agglutinatives. Le 10, j'ôte ces bandelettes; les plaies sont en bon état, mais aucune réunion ne s'est opérée. J'en mets d'autres, et je ne renouvelle le pansement que tous les deux jours, jusqu'au 16. Mais ce jour, ayant trouvé entre les deux doigts de la main gauche un petit clapier, je crois devoir renouveler le pansement tous les jours. Le 17, j'exerce une compression

sur le dos de la main, entre les extrémités supérieures des phalanges des deux doigts, et je cesse la compression directe que je faisais sur ce point pour empêcher le rapprochement des doigts; le même pansement est fait tous les jours à chaque main, pour empêcher le séjour du pus, qui commençait aussi à exister à la main droite. Ces pansements, faits méthodiquement, amenèrent les deux plaies de ce point des incisions au niveau de la peau, et le 3 décembre elles offraient une surface plane. Alors j'eus recours de nouveau à un pansement à plat avec interposition d'un tampon de charpie entre les doigts; les plaies des faces latérales de ceux-ci furent toujours pansées avec des bandelettes de diachylon, quoiqu'elles n'eussent pas de tendance à la réunion immédiate. De fréquentes cautérisations avec le nitrate d'argent furent nécessaires. Le 10 décembre, les doigts furent cicatrisés; mais la cicatrisation des plaies des intervalles des doigts se fit attendre jusqu'au 29 décembre, et le malade sortit de l'hôpital le lendemain. Les mains étaient alors dans l'état suivant: les cicatrices des doigts n'étaient pas linéaires, puisque la réunion n'avait pas été immédiate; mais elles étaient très-unies et très-régulières, parce que les bourgeons charnus avaient été cautérisés avec soin; l'intervalle entre les doigts était d'une largeur analogue à celle de l'état normal; la cicatrice était aussi très-unie et très-régulière, mais cet intervalle était plan et n'offrait pas le biseau ou plan oblique que l'on observe du côté du dos de la main. Je pense que j'aurais pu l'obtenir en prolongeant l'incision de la peau plus loin sur ce côté que sur celui qui correspond à la paume de la main; les doigts s'étaient déjà beaucoup redressés, et l'on pouvait espérer qu'ils reprendraient leur rectitude normale; leurs mouvements étaient très-libres.

3° *Directions vicieuses des doigts.* La direction vicieuse des doigts n'est presque jamais congénitale, à moins qu'on ne veuille considérer comme telle une légère incurvation en arrière des deux dernières phalanges, que l'on observe chez quelques personnes, et particulièrement chez les femmes. Si ce renversement était assez grand pour devenir un objet de difformité, on pourrait y remédier en plaçant deux petites lames de fer-blanc enveloppées de linge sur les faces palmaire et dorsale du doigt, et en les fixant avec une petite bande; mais on conçoit que, pour obtenir de ce moyen l'effet désiré, il faudrait en commencer l'usage de bonne heure, et le continuer pendant fort longtemps.

La direction des doigts peut être changée accidentellement par différentes causes.

Les enfants, en les tirillant pour les faire claquer, les rendent quelquefois difformes; cet amusement, souvent répété, disloque en quelque sorte les doigts, et les fait se déjeter tantôt en dehors, tantôt en dedans. Pour y remédier, il faut se servir du moyen dont nous venons de parler, en ayant l'attention de faire anticiper les petites lames de fer-blanc sur le dos et la paume de la main.

Le changement de direction des doigts, causé par une luxation des phalanges non réduite et ancienne, par une ankylose à la suite d'un panaris, ou de toute maladie qui a donné lieu à l'exfoliation des tendons, est d'autant plus fâcheux qu'il est presque toujours incurable. Outre la difformité que cause la courbure permanente des doigts, leurs mouvements sont fort gênés ou tout à fait impossibles: aussi un chirurgien doit-il songer à ces graves inconvénients lorsqu'il traite une maladie des doigts, et faire tous ses efforts pour les prévenir.

Lorsque le tendon d'un muscle extenseur d'un doigt est coupé en travers, si le doigt n'est pas maintenu dans l'extension par une attelle placée sur sa face palmaire, les deux bouts du tendon restent écartés l'un de l'autre; il se forme entre eux une espèce d'intersection ligamenteuse, et le doigt, ne pouvant plus être étendu volontairement, est porté dans la flexion par son poids et par l'action des muscles fléchisseurs. La même chose a lieu lorsque le tendon du muscle extenseur est rompu sur la première ou sur la seconde phalange. Cette rupture, que j'ai observée plusieurs fois, est le résultat d'un tiraillement, d'une violente flexion, ou d'une chute dans laquelle le poids du corps a porté sur la face dorsale des doigts: elle exige le même traitement que la plaie transversale du tendon; mais comme le malade n'est occupé d'abord que de la douleur et du gonflement qui accompagnent cet accident, il leur attribue l'impossibilité de l'extension volontaire du doigt, et il arrive souvent qu'il ne réclame les secours de l'art que lorsqu'ils ne peuvent plus lui être utiles. En effet, l'incurvation du doigt par suite d'une plaie transversale, ou de la rupture du tendon de son muscle extenseur, négligée et ancienne, est sans ressource: heureusement elle est peu considérable, ne rend pas le doigt difforme, et ne nuit presque pas à l'exercice de ses fonctions.

Lorsque les muscles extenseurs des doigts sont paralysés, ceux-ci