

2° AFFECTIONS CHIRURGICALES DES DOIGTS.

Les traumatismes des doigts consistent en plaies, entorses, fractures et luxations. Nous étudierons ensuite les affections inflammatoires, qui se résument presque toutes en un mot : le panaris. Après avoir passé en revue les lésions organiques, nous terminerons ce chapitre par l'étude des difformités, qui jouent un rôle important dans la pathologie des doigts.

Plaies des doigts. — Les plaies des doigts sont presque constamment des plaies contuses (je ne parle pas des petites plaies que l'on observe chaque jour, mais seulement de celles qui nécessitent l'intervention du chirurgien). Cependant un instrument tranchant peut entailler un doigt et même en détacher complètement l'extrémité. Dans ce dernier cas il est indiqué de réappliquer immédiatement le bout coupé en le fixant avec des bandelettes de diachylon. Il est possible de réussir.

Je répéterai ici ce que j'ai dit plus haut à propos de la main : *N'amputez jamais d'emblée un doigt atteint de plaie contuse*, et sous cette désignation je n'entends pas seulement la contusion des parties molles, mais encore les fractures, le broiement des os, qui les accompagnent si souvent. C'est dans le cas seulement où le doigt ne tiendrait plus que par un lambeau de peau ou de tendon qu'il faudrait le séparer d'un coup de ciseaux ; mais ne vous laissez jamais aller à la tentation de régulariser une plaie contuse, si machée soit-elle. Laissez les choses s'arranger d'elles-mêmes : des fragments de doigt se détacheront, et vous aiderez plus tard à ce détachement, si c'est utile ; en agissant ainsi vous pourrez conserver au blessé quelques centimètres de plus, ce qui est souvent inappréciable.

Si la plaie est limitée à l'extrémité des doigts, vous pourrez employer avec avantage le pansement dit par occlusion de Chassaignac, consistant à la recouvrir d'un certain nombre (une vingtaine environ) de petites bandelettes de diachylon imbriquées l'une sur l'autre. Le pansement restera en place le plus longtemps possible.

Si la plaie est très étendue, après l'avoir lavée à la solution phéniquée forte, vous la recouvrirez d'un pansement antiseptique. Le pansement ouaté de M. A. Guérin convient très bien à ce cas particulier, si la plaie n'a pas besoin, pour une cause quelconque, d'une surveillance particulière.

Les doigts, et en particulier le pouce, sont souvent atteints d'entorse ; cette affection ne mérite que d'être mentionnée.

Je signalerai à ce propos une lésion qui s'en rapproche : l'arrachement du tendon extenseur à son insertion à la troisième phalange. Le doigt est mobile dans son ensemble, mais la troisième phalange reste légèrement fléchie et ne peut se mettre au niveau des autres dans l'extension. Il faut conseiller de maintenir le doigt étendu pendant quelque temps fixé sur une attelle.

Les **fractures** des doigts sont rares, j'entends les fractures simples et non celles qui accompagnent si souvent les plaies contuses. Elles ne présentent d'ailleurs rien de spécial à noter. Je ferai seulement remarquer qu'une fracture de l'extrémité supérieure de la première phalange serait facilement méconnue, en raison du voisinage de l'articulation métacarpo-phalangienne, qui trompe sur la mobilité anormale.

Luxations des doigts. — Il est très rare d'observer la luxation de l'articulation métacarpo-phalangienne des quatre derniers doigts ; celle du pouce au contraire est relativement commune.

Les luxations de la troisième phalange sur la seconde et de la seconde sur la troisième se rencontrent assez souvent, et comme l'accident se produit en général dans une chute sur la main étendue, la luxation est à peu près toujours en arrière, c'est-à-dire que la phalange luxée fait saillie sur le dos du doigt. Cette saillie est plus ou moins appréciable suivant que la luxation est complète ou incomplète, et dans ce dernier cas elle est souvent si peu marquée qu'elle peut passer inaperçue. Indépendamment de ce relief, il existe une douleur assez vive avec impossibilité de mouvoir le doigt. Un mouvement brusque de traction et de flexion permet en général de réduire facilement la luxation.

Il n'en est pas de même de celle du pouce, dont l'étude est fort intéressante.

La *luxation du pouce* présente ce caractère remarquable d'offrir dans certains cas une résistance mécanique invincible à la réduction, d'être *irréductible*. Pendant longtemps on a pu invoquer comme cause la constriction exercée autour de la tête du métacarpien par les muscles de l'éminence thénar faisant office de sangle, mais cette théorie ne peut subsister depuis que

nous avons à notre disposition le chloroforme, qui anéantit la puissance musculaire. Il faut en rechercher la cause dans les nouveaux rapports qu'affectent avec le métacarpien les os sésamoïdes, ainsi que le ligament glénoïdien, et nous devons à M. Farabeuf d'avoir jeté une vive lumière sur cette question, de l'avoir, je pense, définitivement fixée.

La luxation du pouce se fait à peu près constamment en arrière, c'est-à-dire que le pouce monte sur le dos du métacarpien : je ne m'occuperai donc que de cette variété.

La cause de cette luxation est un renversement violent du

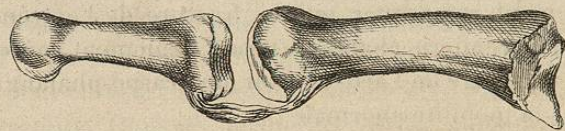


Fig. 73. — Articulation métacarpo-phalangienne du pouce à l'état normal.

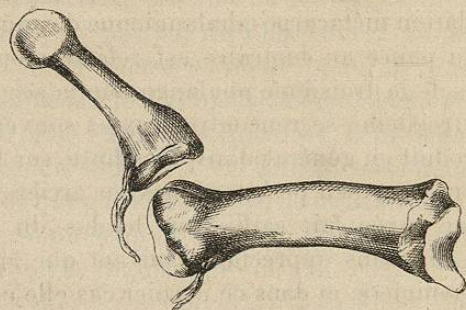


Fig. 74. — Luxation incomplète du pouce.

pouce en arrière. Or regardez la figure 73 représentant l'état normal et suivez ce qui se passe dans ce mouvement. En se portant en arrière, la phalange distend d'abord le ligament glénoïdien, qui contient dans son épaisseur les os sésamoïdes, et, si la distension est extrême, le ligament cède en l'un de ses points. Or l'expérience cadavérique démontre que le ligament cède toujours à son insertion métacarpienne, ce qui avait fait dire avec justesse à Gillette que le ligament glénoïdien et les os sésamoïdes qu'il renferme dans son épaisseur constituaient un appareil phalangien.

Ce fait anatomique incontestable ruine en partie la théorie cependant ingénieuse proposée par Michel, de Nancy, à savoir, que la

luxation du pouce était facilement réductible quand l'arrachement du ligament s'opérait à l'insertion phalangienne, tandis qu'elle était difficile à réduire ou même irréductible, si l'arrachement avait lieu à l'insertion métacarpienne. Dans ces derniers cas, en effet, la phalange entraînait avec elle l'appareil sésamoïdien qui s'interposait entre les deux os : cette partie de la théorie était exacte.

Dans ce mouvement d'extension il est possible que l'os sésa-

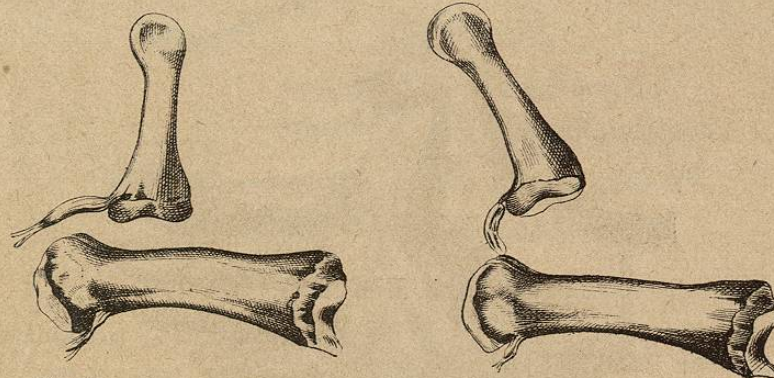


Fig. 75. — Luxation complète du pouce.

Fig. 76. — Figure représentant l'os sésamoïde redressé et placé de champ.

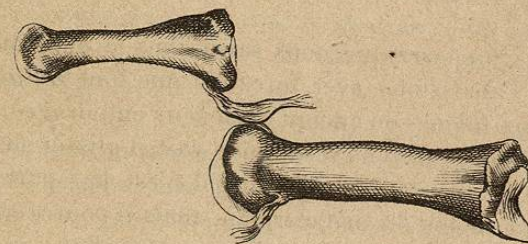


Fig. 77. — Disposition du ligament glénoïdien et de l'os sésamoïde renversés dans la luxation irréductible.

moïde n'abandonne pas complètement la face articulaire du métacarpien, et vous avez la disposition représentée figure 74 : la luxation est dite alors *incomplète*. Certains sujets la produisent sur eux-mêmes à volonté.

La phalange et l'os sésamoïde qu'elle entraîne à sa suite abandonnent complètement la surface articulaire et vont se placer sur le dos du métacarpien : c'est la luxation *complète* du pouce telle que la représente la figure 75.

Les signes de cette luxation sont des plus simples et sautent aux yeux. Le pouce est renversé à angle droit; la deuxième phalange est légèrement fléchie sur la première et la tête du métacarpien fait sous la peau un relief très appréciable (fig. 76). Le pouce est très mobile et on peut lui faire exécuter des mouvements de rotation.

Jusqu'à présent la luxation n'est pas irréductible, mais elle peut le devenir de la façon suivante et constitue alors une véri-

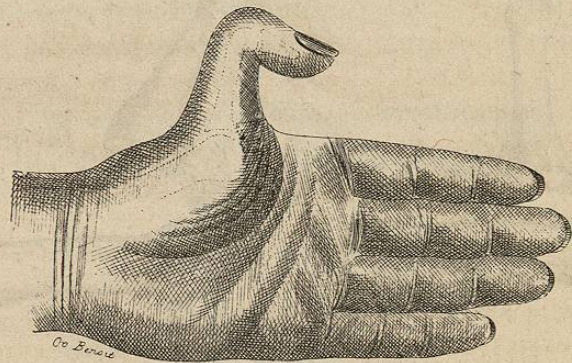


Fig. 78. — Luxation du pouce en arrière réductible.

table variété. Supposez que nous saisissons la phalange (fig. 73) et que nous l'abaissions avec force (ce que font immédiatement les blessés eux-mêmes ou quelqu'un de leur entourage): que va-t-il se produire? peut-être l'os sésamoïde va-t-il glisser sur la tête du métacarpien et se réduire, surtout s'il n'est pas porté trop loin en arrière sur le dos du métacarpien, mais il pourra aussi survenir ceci: l'os sésamoïde étant solidement appliqué et maintenu en place par les muscles sésamoïdiens (court fléchisseur et adducteur) prend un point d'appui sur le métacarpien par son extrémité, se redresse et se place de champ entre les deux os: il prend la situation représentée figure 74. Le mouvement d'abaissement continuant, le sésamoïde se retourne complètement sens dessus dessous, ainsi que le montre la figure 75, et vous avez la luxation irréductible.

Les signes pourront vous faire deviner son existence, car le pouce est abaissé et revenu dans l'axe du métacarpien (fig. 77), mais vous percevez la saillie de la phalange à la face dorsale et celle du mé-

tacarpien à la face palmaire. Le pouce peut avoir recouvré sa longueur normale.

On comprend aisément pourquoi la luxation est devenue irréductible avec ou sans chloroforme, si on se livre à de simples tractions, car, à moins d'arracher le pouce, vous ne pourrez jamais écarter suffisamment les surfaces articulaires pour y

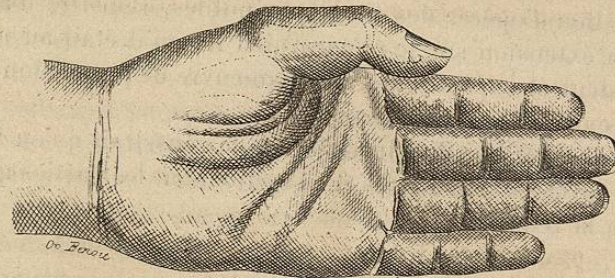


Fig. 79. — Situation du pouce dans la luxation irréductible.

réintégrer le sésamoïde (fig. 75). On y parviendrait encore, si cet os pouvait se relever et s'appliquer à plat contre la surface articulaire de la phalange, mais c'est impossible, car, suivant l'heureuse comparaison de M. Farabeuf, le sésamoïde se comporte à l'égard de la phalange, en raison de la brièveté du ligament qui l'y unit, comme un battant de table qui s'abaisse et ne se relève pas.

La conséquence pratique à tirer des notions qui précèdent est la suivante: gardez-vous bien de fléchir directement le pouce pour réduire, car c'est ainsi que vous transformerez la luxation de réductible en irréductible. La flexion simple réussirait sans doute en cas de luxation incomplète, mais dans le doute il est préférable de s'abstenir. Avant de fléchir il faut donc attirer la phalange en avant, de telle sorte que le sésamoïde soit ramené au niveau de l'articulation: mais comment exercer l'extension sur un pouce placé à angle droit et dont l'extrémité regarde en haut? c'est impossible: il faut donc recourir à une autre manœuvre.

Placez-vous sur les côtés et non pas devant le bras du malade; fixez-le contre votre poitrine. Saisissez la main avec vos quatre doigts et appliquez vos deux pouces sur le dos du métacarpien. Repoussez alors la phalange en bas en la faisant glisser sur le

métacarpien et, quand elle est arrivée en regard de l'articulation, fléchissez.

Comment agir devant une luxation avec renversement du sésamoïde, et vous le reconnaissez, je le répète, à ce que le pouce est revenu dans l'axe du métacarpien? L'indication évidente est de faire suivre au sésamoïde un chemin inverse de celui qu'il a parcouru, ce qu'avaient déjà recommandé Sédillot et Ræser. Il faut donc pour cela, au lieu d'opérer des tractions inutiles, remettre d'abord le pouce en extension sur le métacarpien tel qu'il était au moment de l'accident et exécuter alors la manœuvre de propulsion directe de haut en bas décrite ci-dessus.

Si la luxation était irréductible, on ne réussirait qu'en mettant à nu les surfaces articulaires et en sectionnant les parties qui s'opposent à la réduction (1).

Les *affections inflammatoires* des doigts se présentent dans des conditions particulières, en raison de la disposition anatomique des parties. Comme dans les autres régions, on observe des ostéites, des nécroses, pouvant affecter primitivement le squelette : mais les parties molles sont le plus souvent atteintes d'abord et la lésion retentit secondairement sur le squelette des doigts. On désigne en général sous le nom de *panaris* l'inflammation des parties molles.

Il existe toutefois aux doigts une variété spéciale d'ostéite dont je dois dire quelques mots : c'est l'ostéite tuberculeuse, désignée encore, en raison de l'aspect que présente la phalange atteinte, sous le nom de *spina ventosa*. L'os est en effet comme soufflé. Cette affection est spéciale à l'enfance et se présente avec des signes bien typiques : sur le trajet d'un doigt très mince à sa racine et à son extrémité existe un renflement brusque, quelquefois énorme, ayant la forme d'un fuseau. La peau est rouge, souvent ulcérée. Les mouvements du doigt sont libres, et l'affection, presque indolente, a marché lentement.

Il ne faut pratiquer sur ces enfants aucune opération. Appliquez

(1) La luxation du pouce peut devenir rapidement irréductible. J'en ai observé récemment un exemple. Toutes les tentatives échouèrent sur un jeune garçon chez lequel l'accident ne datait que de huit jours, et je dus ouvrir largement l'articulation pour réduire. Il fut évident que l'obstacle à la réduction était l'interposition du ligament glénoïdien, car les surfaces articulaires, bien que complètement à nu, ne purent être remises en place qu'après la résection de ce ligament.

de la teinture d'iode, soignez l'état général, et la guérison pourra survenir spontanément.

Il n'est pas rare, à la suite d'une piqûre ou d'une coupure ayant intéressé la jointure, d'observer une *arthrite traumatique* de l'une des articulations des doigts. On perçoit alors des mouvements anormaux et un frottement rude, caractéristique, des surfaces articulaires. Immobilisez le doigt pendant le temps nécessaire à la guérison.

Les phalanges peuvent encore, ainsi du reste que les métacarpiens, être atteintes d'ostéo-myélite primitive qui se propage ensuite aux parties molles. Cette affection, infiniment plus rare que le panaris proprement dit, se reconnaît surtout à sa marche. Elle débute par une douleur violente sur le trajet de l'os, accompagnée de symptômes généraux intenses, alors que rien ne révèle encore à l'extérieur le foyer inflammatoire enfermé dans la coque osseuse; quelques jours après seulement les parties molles sont envahies, ce qui est absolument le contraire dans le panaris. Il faut alors se hâter de faire des débridements et enlever complètement les os, que l'on trouve d'ailleurs dénudés dans le foyer, en conservant avec le plus grand soin les tendons qui ne sont pas encore détruits.

Panaris. — Le panaris occupe à peu près exclusivement la face palmaire des doigts, et ce n'est que par extension que la face dorsale est envahie. On observe toutefois sur cette dernière une affection que l'on ne rencontre pas sur l'autre : c'est le panaris dit *anthracôïde* ou l'anthrax du doigt. La peau de la face dorsale des doigts renferme en effet des poils et des glandes sébacées qui n'existent pas sur la face palmaire, où se trouvent seulement des glandes sudoripares. Ce n'est pas à proprement parler un panaris.

On décrit encore le panaris *sous-épidermique*, qui se rencontre de préférence au niveau de l'ongle et qui n'est autre chose qu'une inflammation superficielle de la matrice unguéale. C'est pour cela que, partie d'un point, l'inflammation gagne de proche en proche et fait le tour de l'ongle, ce qui lui a valu le nom vulgaire de *tourmirole*. La chute de l'ongle (qui n'est qu'une dépendance de l'épiderme) en est souvent la conséquence. Lorsque l'épiderme sou-