

III. — FRACTURES DES OS DE LA MAIN.

Les fractures des *métacarpiens* sont causées soit par l'action d'un projectile, soit par toute autre violence agissant directement sur la face dorsale de la main : c'est de ce côté, en effet, que ces os sont le plus accessibles, à cause de leur position superficielle.

La solution de continuité peut porter sur un seul os ou sur plusieurs os. Le déplacement est généralement peu considérable ; quelquefois même il n'en existe aucun : en effet, lorsqu'un seul métacarpien est fracturé, ses voisins font en quelque sorte l'office d'attelles. En promenant le doigt sur toute la longueur de l'os, on provoque de la douleur au niveau du point fracturé ; en saisissant chacune de ses extrémités, et en leur imprimant des mouvements, on pourra aussi percevoir la crépitation et la mobilité anormale.

Le traitement consiste à maintenir la main dans l'immobilité, après avoir réduit, s'il y avait déplacement.

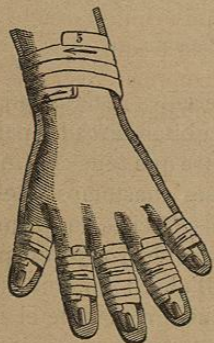


FIG. 114. — Appareil pour les fractures de la main et des doigts.

De 1 à 5, bandelettes de diachylon fixant le poignet sur la palette ; les doigts sont fixés avec une bandelette de diachylon, dont les flèches indiquent la direction.

On les reconnaît aux mêmes signes que toutes les fractures : douleur, crépitation, mobilité anormale, etc.

Quand la fracture porte sur un seul doigt, on peut simplifier l'appareil

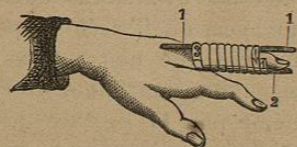


FIG. 115. — Appareil pour les fractures des phalanges.

1. Attelle supérieure. — 2. Attelle inférieure. — 3. Bandelette de diachylon.

que nous venons de décrire, en emprisonnant seulement le doigt malade

entre deux petites attelles, une supérieure, une inférieure, que l'on fixe au moyen d'une bandelette de diachylon.

IV. — LUXATIONS.

On peut observer des luxations des articulations métacarpo-phalangiennes et des articulations phalangiennes. Parmi les premières, celle du pouce est, pour ainsi dire, la seule qu'on rencontre.

1° Luxations du pouce.

On distingue les *luxations en avant*, ou palmaires, et les *luxations en arrière*, ou dorsales.

A. Luxations en avant. — La première phalange passe en avant du premier métacarpien, et monte un peu du côté de sa face palmaire. Cette luxation est tellement rare, qu'il n'en existe que trois ou quatre observations : aussi est-il impossible d'en donner une description exacte. Il n'en est pas de même de la luxation en arrière, qui est fréquente.

B. Luxations en arrière. — Une force quelconque renverse le pouce : tantôt c'est une chute sur la face dorsale de la phalange, tantôt un choc

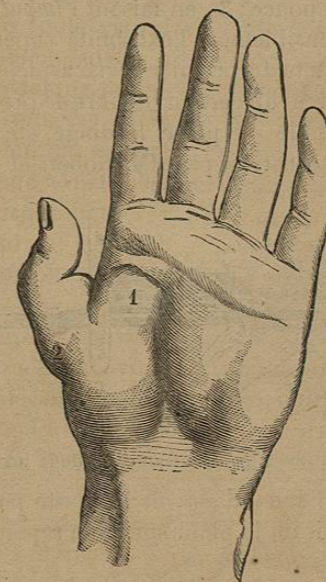


FIG. 116. — Luxation du pouce (d'après une pièce du Musée Dupuytren).

1. Tête du métacarpien. — 2. Première phalange luxée.

agissant directement sur ce point ; la première phalange passe sur la face dorsale du premier métacarpien ; les ligaments sont en partie déchirés,

principalement l'antérieur et le latéral externe. Quelquefois on observe aussi des déchirures musculaires.

Les *symptômes* sont : tumeur à la face palmaire de la main, due à l'extrémité inférieure du métacarpien; la première phalange forme une autre tumeur en arrière du premier métacarpien; il y a raccourcissement du pouce; la seconde phalange est ordinairement fléchie, ses mouvements sont le plus souvent impossibles. Quelquefois la première phalange, au lieu d'être parallèle au métacarpien, se couche sur la tête de cet os, de manière à former avec lui un angle plus ou moins aigu.

On a vu cette luxation se compliquer de tétanos; nous n'avons pas besoin d'insister sur les accidents qui peuvent résulter de l'ouverture de l'articulation et de la communication de sa cavité avec l'air extérieur.

Traitement. — Une luxation du pouce est d'un pronostic assez sérieux, parce qu'elle devient rapidement irréductible.

On a attribué cette irréductibilité à la *contraction musculaire*, à la *résistance des ligaments latéraux*, à l'*étranglement* de la tête du métacarpien entre les deux faisceaux du muscle fléchisseur, à l'*interposition du ligament antérieur* entre les surfaces articulaires. Cette dernière cause, indiquée par M. Pailloux, paraît être la véritable.

On peut réduire par trois méthodes différentes : 1° en portant le pouce dans l'extension et en abaissant en même temps l'extrémité luxée; 2° en fléchissant fortement le pouce; 3° en faisant l'*impulsion directe*, c'est-à-dire en repoussant insensiblement l'extrémité supérieure de la première phalange luxée vers la tête du premier métacarpien.

Ces méthodes présentent un certain nombre de procédés : celui de la clef dans l'anneau de laquelle on place le doigt, etc. Nous donnons ici la figure d'un instrument construit par MM. Robert et Collin sur les indica-

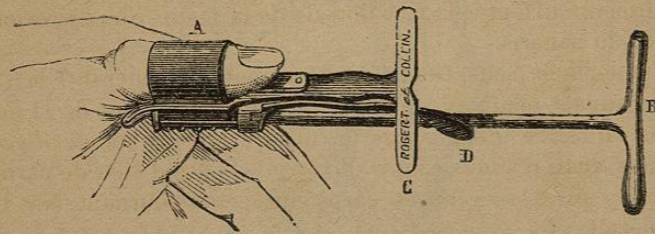


FIG. 117. — Instrument pour la réduction de la luxation du pouce.

tions de M. Nélaton. Il suffit d'en voir le dessin pour en comprendre le mécanisme : il agit en tirant la phalange et en repoussant le métacarpien.

2° Luxations des phalanges.

Ces luxations sont rares, elles se font en avant ou en arrière. Les luxations en avant ne s'observent qu'exceptionnellement. Ordinairement la luxation se fait en arrière; elle peut être complète ou incomplète.

On observe dans ce cas, comme dans les luxations du pouce, deux tumeurs : l'une antérieure, à la face palmaire, formée par l'extrémité inférieure de la phalange qui est au-dessus; l'autre, dorsale, due à la phalange située au-dessous. Le doigt est dans la demi-flexion. Les mouvements spontanés sont difficiles et douloureux; les mouvements communiqués peuvent être portés au delà des limites normales, à cause de la déchirure des ligaments et de l'abandon des surfaces articulaires.

L'instrument que nous venons de décrire est très-utile pour la réduction de ces luxations.

§ 3. — Lésions inflammatoires de la main et des doigts.

Nous décrivons le *phlegmon de la main*, la *rétraction de l'aponévrose palmaire*, et le *panaris*.

I. — PHLEGMON DE LA MAIN.

Le phlegmon de la main peut se montrer à la face dorsale ou à la face palmaire. Le premier présente les caractères généraux que nous avons décrits en traitant du phlegmon diffus. Nous dirons seulement quelques mots de celui qui occupe la paume de la main.

Cette inflammation peut siéger sous l'épiderme, sous le derme ou au-dessous de l'aponévrose palmaire. De là trois variétés de phlegmons et d'abcès : *sous-épidermiques*, *sous-cutanés*, *sous-aponévrotiques*.

1° L'inflammation sous-épidermique revêt ordinairement la forme *phlycténoïde*. L'épiderme est soulevé; il se forme une vésicule remplie de sérosité, entourée d'un léger cercle inflammatoire. La forme *anthracôïde* s'observe surtout à la face dorsale de la main. Nous y reviendrons en parlant du panaris.

2° Le phlegmon sous-cutané se développe en général à la suite de travaux manuels pénibles, qui font naître à la paume de la main de véritables callosités : c'est ce que le vulgaire appelle un *durillon forcé*; il reconnaît aussi d'autres causes, mais qui n'offrent rien de particulier, telles que piqûres, écorchures, corps étrangers séjournant dans l'épaisseur du derme, etc.

La paume de la main devient douloureuse; la douleur, vive, lancinante, augmente par la pression et par le mouvement d'extension des doigts. Il y a de la rougeur et du gonflement; mais celui-ci est surtout manifeste sur le dos de la main, auquel il se propage rapidement et où la laxité du tissu cellulaire sous-cutané lui permet un libre développement. Bientôt le pus se forme, la collection purulente se fait jour à travers l'épaisseur du derme, puis elle décolle l'épiderme dans une certaine étendue avant de le perforer, car il est très-épais et très-résistant. Il arrive alors que le liquide purulent forme en quelque sorte deux abcès, l'un sous-épidermique, l'autre sous-dermique, communiquant ensemble

par l'ouverture qui s'est faite dans le derme : c'est l'*abcès en bouton* de chemise de Velpeau.

Il faut employer, au début, le traitement antiphlogistique; des bains locaux sont d'un excellent usage. Aussitôt que le pus sera formé, on lui donnera issue : on évitera ainsi des fusées plus ou moins étendues, et même des accidents du côté des parties profondes. Mais il faut avoir bien soin de ne pas inciser que l'épiderme, ce qui peut arriver lorsque le pus, comme nous venons de le voir, s'est accumulé à sa face profonde. Dans ce cas, il faut couper l'épiderme avec des ciseaux dans toute l'étendue du décollement, et agrandir avec le bistouri l'orifice dermique, ordinairement trop étroit pour permettre facilement l'écoulement du pus.

3° Le phlegmon profond, ou sous-aponévrotique, n'est autre, dans le plus grand nombre des cas, que l'inflammation des gaines synoviales ; nous avons déjà exposé les caractères généraux de cette affection. A la main, elle succède soit à une blessure des doigts ou de la paume de la main, soit à une inflammation, à un panaris, etc. Les symptômes sont à peu près les mêmes que ceux du phlegmon sous-cutané ; seulement, la rétraction des doigts est plus forte, la douleur plus profonde, plus vive ; enfin, les accidents généraux offrent une plus grande intensité.

Les complications immédiates et consécutives de cette affection sont très-graves. Les premières sont la propagation de l'inflammation au poignet et à l'avant-bras, la destruction des gaines tendineuses et des tendons eux-mêmes ; on a vu des arthrites, des nécroses, succéder à ces vastes suppurations. Les complications consécutives consistent dans la déformation et dans la perte des fonctions de la main, qui peuvent survenir à la suite de la mortification des tendons ou de cicatrices vicieuses.

Le traitement est le même que pour la variété précédente. Il faut également inciser de bonne heure.

II. — RÉTRACTION DE L'APONÉVROSE PALMAIRE.

Chez les personnes qui se sont livrées à des travaux manuels pénibles, qui ont subi des frottements répétés de la paume de la main, comme les cavaliers, chez lesquels la bride exerce sans cesse une action irritante dans cette région, et même en dehors de ces conditions, on voit survenir, ordinairement chez l'adulte, une rétraction spéciale de la paume de la main, présentant les caractères suivants :

Cette rétraction marche lentement ; elle commence presque toujours vis-à-vis de l'annulaire et de l'auriculaire. La peau se plisse en travers ; elle devient adhérente aux parties sous-jacentes. En même temps, elle se raccourcit et entraîne dans une flexion permanente l'auriculaire et l'annulaire. La lésion peut remonter jusqu'à la dernière phalange.

Dupuytren attribuait cet état à l'inflammation de l'aponévrose palmaire. Comment expliquerait-on, d'après cette manière de voir, la

rétraction des dernières phalanges, qui a été certainement observée, les prolongements de l'aponévrose palmaire ne dépassant pas la première phalange ? N'existerait-il pas plutôt une inflammation spéciale du tissu du derme, les éléments élastiques de cette membrane se rétractant insensiblement, sous l'influence de l'irritation ?

Le traitement, au début, consiste à maintenir les doigts dans l'extension, et à leur faire exécuter des mouvements fréquents, afin de conserver leur direction normale et leur liberté d'action. Mais, si ce moyen échoue, il faut avoir recours à l'instrument tranchant.

L'opération se fait par *section* des brides sous-cutanées, à ciel ouvert, par *incision sous-cutanée*, ou par *excision*. Aucun de ces procédés n'empêche la récurrence. Il faut se rappeler aussi qu'ils exposent au phlegmon profond de la main.

Panaris.

On appelle *panaris* l'inflammation des parties molles des doigts.

Division. — Selon les parties affectées, on divise le panaris en plusieurs espèces : le *panaris superficiel*, le *panaris sous-cutané* et le *panaris profond*.

1° **Panaris superficiel.** — Désigné encore sous le nom de *tourtiolle* ou de *panaris sous-épidermique*, le panaris superficiel consiste en une inflammation de la surface du derme, avec production de pus. Le liquide purulent soulève l'épiderme, quelquefois dans une étendue considérable, et tend à faire le tour du doigt. Il envahit parfois la matrice de l'ongle et détermine la chute de celui-ci, s'il séjourne en ce point pendant un certain temps. Lorsque l'épiderme est déchiré pour laisser écouler le pus, on constate souvent la présence d'une plaie bourgeonnante. Cette forme de panaris est de courte durée, et ne présente aucune gravité.

2° **Panaris sous-cutané.** — Le *panaris anthracôïde* est une variété du panaris sous-cutané. Il siège sur la face dorsale et, de préférence, au niveau de la première phalange : c'est un véritable furoncle.

Le *vrai panaris sous-cutané* siège à la face palmaire du doigt, dans le tissu cellulaire sous-cutané.

Les *causes* sont des contusions, des écorchures, des piqûres ; il succède quelquefois au panaris superficiel.

Les *symptômes* sont les suivants : douleurs très-vives, lancinantes, d'autant plus intenses que l'inflammation est plus profonde et plus étendue ; gonflement inflammatoire du doigt ; rougeur et chaleur des téguments ; parfois symptômes généraux fébriles.

La *terminaison*, si l'on n'intervient pas activement, est la suppuration. Le pus se porte dans le tissu cellulaire sous-cutané, perfore la peau et soulève l'épiderme, pour être versé ensuite à l'extérieur.

Les complications sont graves. Le plus ordinairement, s'il s'agit de la troisième phalange, l'inflammation gagne le périoste et l'os; il en résulte une nécrose de la phalange, qui entretient une suppuration interminable jusqu'à ce que l'os soit éliminé. A la suite de cette élimination, le doigt est plus court.

Si le panaris siège à la première ou à la deuxième phalange, l'inflammation se propage à la gaine tendineuse et aux articulations; il peut en résulter une roideur articulaire, un phlegmon diffus, par propagation de l'inflammation le long de la gaine du muscle, et consécutivement, si le malade guérit, une rétraction permanente des doigts. Le tendon peut s'exfolier: le doigt sera alors en extension permanente; il deviendra très-génant, et souvent on sera forcé de recourir à l'amputation.

Une complication redoutable consiste dans la gangrène. Celle-ci se montre dès le début; il se forme de larges eschares, et les gaines tendineuses mises à nu subissent des altérations consécutives graves.

Le traitement du début réclame l'emploi de moyens qui tendent à la résolution. Le plus souvent, ils échouent; il faut le plus tôt possible inciser le point enflammé. On doit diviser profondément, en ayant soin toutefois de ne pas ouvrir les gaines tendineuses. Si la phalange est déjà nécrosée lorsqu'on voit le malade, il faut l'extraire au plus vite par l'ouverture fistuleuse, si elle est mobile. Lorsqu'elle est encore adhérente, il faut attendre quelque temps. Quelquefois, en effet, l'extrémité seule de la phalange se nécrose et est éliminée.

3° Panaris profond. — Il siège dans les gaines tendineuses des doigts; il succède au panaris sous-cutané, ou bien il se développe primitivement en ce point. On conçoit qu'une piqûre, une plaie, une brûlure, puissent atteindre les gaines tendineuses.

Les phénomènes qui se produisent varient selon le doigt malade. Si l'indicateur, le médus et l'annulaire sont affectés, l'inflammation éprouve un temps d'arrêt au niveau de la racine des doigts, et la maladie peut se borner là; il arrive que l'inflammation se propage au tissu cellulaire de la main, pour former un phlegmon. Lorsque le pouce ou l'auriculaire se trouve affecté, l'inflammation se propage rapidement au tissu cellulaire de l'éminence thénar ou hypothénar, le phlegmon se développe, en sorte qu'on peut dire que le panaris du petit doigt et du pouce est plus grave que celui des autres doigts. Cette différence est due à la disposition des gaines tendineuses. On sait, en effet, que les gaines des tendons du pouce et du petit doigt se prolongent vers les éminences thénar et hypothénar, tandis que celles des autres doigts ne dépassent pas la première phalange.

Du reste, les suites sont les mêmes que celles du panaris sous-cutané compliqué d'inflammation des gaines. Dans presque tous les cas, le doigt reste difforme.

Le traitement est le même que celui du panaris sous-cutané. Lorsque

les os sont profondément atteints, les tendons complètement exfoliés, les parties molles épaissies, indurées, laissent incessamment échapper le pus par des orifices fistuleux. Il faut souvent avoir recours à l'amputation, car le doigt est non-seulement inutile, mais encore gênant pour le malade, qui ne peut reprendre ses travaux et qui se trouve, en outre, toujours exposé aux accidents qu'entraîne une longue suppuration.