

capillaires des différents tissus déchirés donnent lieu aux épanchements sanguins du tissu cellulaire.

Les lésions que nous venons d'étudier sont celles de l'entorse de l'adulte. Les effets du mouvement forcé seront différents chez le vieillard et chez l'enfant. La fragilité des os des vieillards est très grande, et une force à peine suffisante pour produire chez l'adulte les lésions de l'entorse sera capable de déterminer chez eux des fractures. Chez l'enfant, au contraire, les ligaments sont résistants, les os sont flexibles et non fragiles, et les violences exercées au niveau des jointures peuvent aboutir à une série de désordres que Ollier a étudiés sous le nom d'entorses juxta-épiphysaires ⁽¹⁾.

D'après Ollier, voici en quoi consistent ces lésions : « écrasement, tassement, fractures trabéculaires du tissu spongieux, inflexion, torsion, infraction de la mince couche compacte périphérique, et comme conséquences de ces ruptures : expression du suc médullaire, épanchement sanguin dans le tissu spongieux et sous le périoste plus ou moins décollé. Si l'effort continue, dépression permanente de la couche compacte périphérique du côté de la flexion (encoche juxta-épiphysaire), fracture par arrachement, tension et déchirure du périoste du côté de l'extension. C'est à ce moment que se préparent et que bientôt s'effectuent la fracture ou le décollement de la diaphyse et sa luxation hors de la gaine périostique. »

Ces effets du traumatisme sont d'autant plus complets que la consistance de l'os a été plus altérée, soit par le rachitisme, soit par toute autre affection aiguë ou chronique ayant troublé la nutrition du système osseux.

Lésions vitales consécutives. — La réparation des différents désordres articulaires que nous venons d'étudier peut ne s'accompagner d'aucun phénomène appréciable. Plus souvent surviennent des épanchements dans la synoviale, des épaisissements périostiques autour des points osseux arrachés, des infiltrations séreuses des tissus distendus. La disparition et la résorption de ces exsudats sont quelquefois fort longues, et des raideurs articulaires, une ankylose incomplète, peuvent en être la conséquence. Quelquefois aussi, chez des sujets prédisposés, le traumatisme détermine une localisation tuberculeuse. Nous ne faisons que signaler ici ces lésions vitales dont l'étude appartient au chapitre des articulations.

Des articulations antérieurement malades subissent quelquefois les effets du mouvement forcé. L'entorse a alors une signification spéciale bien étudiée par Campenon ⁽²⁾.

Symptômes. — Les principaux symptômes de l'entorse sont : la douleur, le gonflement, l'ecchymose, la gêne ou l'impossibilité des mouvements de l'articulation lésée.

La douleur se produit au moment même de l'accident, elle est vive, atroce, et peut provoquer la syncope. Bientôt cependant elle s'atténue, mais elle reparait sourde, profonde et continue lorsque le gonflement articulaire survient.

L'examen pratiqué au bout de quelques heures, pendant la période de calme qui succède à l'accident, permet de reconnaître des points douloureux à la pression. Ils sont localisés : 1° au niveau de l'interligne articulaire; 2° sur les insertions des ligaments arrachés.

⁽¹⁾ OLLIER, *Revue de chirurgie*, 1881, p. 785.

⁽²⁾ CAMPENON, Thèse de Paris, 1879.

A ce moment le chirurgien peut aussi constater l'existence et le siège de certaines déchirures ligamenteuses en imprimant doucement et prudemment des mouvements à la jointure. Le Fort ⁽¹⁾ reconnaît au coude et au genou la déchirure du ligament latéral interne en essayant un mouvement d'inflexion latérale externe. Cette inflexion, impossible dans l'état d'intégrité de l'articulation, laisse produire, en cas de déchirure du ligament latéral interne, un angle ouvert en dehors.

Un peu plus tard le gonflement œdémateux se développe, la jointure devient tellement douloureuse à la moindre pression, au moindre mouvement, que toute exploration devient impossible, et bien souvent le chirurgien est à ce moment obligé de suspendre son diagnostic.

Le gonflement est très variable : il peut être limité au point qui a subi la distension maxima, il peut s'étendre à toute la région violentée. Survenant peu à peu et seulement au bout de quelques heures, il peut n'atteindre son complet développement qu'au bout de deux ou trois jours, tandis que dans d'autres circonstances il est énorme presque immédiatement (vingt ou vingt-cinq minutes par exemple. C'est que ce gonflement tient à des causes multiples; d'abord à l'infiltration séreuse des tissus déchirés, puis à l'hydarthrose consécutive aux lésions intra-articulaires, enfin, lorsqu'il est rapide, à l'épanchement sanguin articulaire. Ces différentes causes peuvent se trouver réunies et donner lieu alors à une déformation considérable.

Le gonflement s'accompagne d'un empatement œdémateux. La peau conserve sa coloration normale, ou bien prend une teinte rouge ecchymotique exceptionnellement phlegmasique. La température locale est à ce moment élevée d'un ou deux degrés (Terrillon) ⁽²⁾.

Enfin des ecchymoses plus ou moins étendues, plus ou moins foncées, entourent l'articulation lésée. Elles sont souvent bilatérales. Au niveau de la région tibio-tarsienne, par exemple, on les trouve en dehors, au niveau de la déchirure des muscles péroniers et aussi à la face interne du pied, là où le rapprochement anormal des saillies osseuses a permis le pincement et l'attrition des tissus. Les ecchymoses sont souvent éloignées de l'interligne articulaire, car nous savons que les ruptures musculaires peuvent se produire à des hauteurs variables sur les muscles.

Malgaigne considérait l'ecchymose un peu étendue non comme un signe d'entorse, mais bien comme un signe de fracture. Cette opinion est restée très discutable.

Marche. — Il est d'usage, pour étudier la marche clinique de l'entorse, d'établir trois catégories de cas : l'entorse est simple, caractérisée par la distension sans rupture des liens fibreux articulaires; de gravité moyenne, accompagnée de déchirures des ligaments et des tendons; grave, accompagnée de fractures plus ou moins étendues des extrémités osseuses.

Dans le premier cas, les phénomènes douloureux et le gonflement disparaissent rapidement, et le malade est bientôt complètement guéri.

Dans le second, la maladie, bien que revêtant des allures bénignes, peut donner lieu à des douleurs persistantes, à une gêne des mouvements qui entrave pendant de longs mois le retour des fonctions du membre.

Enfin, dans le troisième cas, la *restitutio ad integrum* des mouvements sera

⁽¹⁾ LE FORT, Thèse de Lemoine. Paris, 1880.

⁽²⁾ REDARD, *Bull. de la Soc. de chir.*, 1882, p. 554.

difficile à obtenir, et les raideurs, l'arthrite chronique avec toutes ses conséquences, seront une terminaison fréquente.

Si d'une façon générale on peut en effet supposer que la marche de la maladie sera d'autant plus simple que les lésions sont moins compliquées, il n'est pas douteux cependant qu'en pratique il soit bien dangereux de considérer cette règle comme absolue.

En effet, à la suite de l'entorse la plus simple, on peut observer au niveau de l'épaule, au niveau de la hanche, cette affection que Jarjavay et Duplay ont étudiée sous le nom de péri-arthrite (1).

Il en est de même de l'atrophie musculaire (indépendante de la péri-arthrite) bien étudiée par Le Fort (*Soc. de chir.*, 1872 et 1876) et son élève Valtat, comme conséquences des traumatismes articulaires. Ces atrophies ne sont aucunement en rapport avec l'étendue des lésions dont la jointure est le siège, et si elles sont surtout observées à la suite d'épanchements articulaires sanguins ou séreux de longue durée, elles se sont manifestées quelquefois dès le onzième jour après l'accident (2). Enfin les reliquats d'une hémarthrose *même peu abondante* consécutive à une entorse légère restent pendant un fort long temps sous forme de caillots fibrineux logés dans les culs-de-sac de la synoviale, et sont vraisemblablement la cause des douleurs persistantes, de la gêne des mouvements, des récidives d'hydarthrose et des épaisissements synoviaux, si souvent observés dans les formes en apparence bénignes.

D'autre part, nous voyons tous les jours des désordres articulaires étendus, graves en apparence, guérir rapidement sans complications ultérieures; la fracture du péroné par arrachement n'est-elle point une complication fréquente de l'entorse et ne guérit-elle pas constamment vite et bien? Il semble que l'on puisse dire : La gravité de l'entorse ne dépend pas tant de l'étendue des lésions articulaires et péri-articulaires que de *la quantité de l'épanchement sanguin* qui se fait dans la jointure. Cet épanchement, long à se résorber, provoque des adhérences entre les surfaces articulaires, et entraîne des gênes fonctionnelles persistantes.

La localisation du processus tuberculeux sur une jointure à la suite de l'entorse est un fait constaté cliniquement depuis longtemps, les expériences de Schuller en ont confirmé la réalité. Nous ne saurions insister sur cette complication absolument indépendante de la gravité du traumatisme, et directement liée à l'état constitutionnel du sujet.

En indiquant la marche et les terminaisons de l'entorse, je viens de signaler ses complications tardives. Les complications immédiates sont les fractures voisines ou éloignées de l'articulation, les luxations et les déchirures tendineuses, l'arthrite aiguë et l'hémarthrose.

Le pronostic, d'après ce que nous venons de dire, doit toujours être réservé. A propos du diagnostic, je me bornerai à constater que, dans les cas difficiles, lorsqu'il y a un gonflement très accusé, c'est avec les luxations ou les fractures que les entorses sont souvent confondues. Mais le diagnostic général ne saurait être établi ici, la distinction de chaque variété d'entorse mérite d'être étudiée.

Traitement. — On étudie généralement dans le traitement de l'entorse :

(1) JARJAVAY, *Gazette hebdom.*, 1867. — DUPLAY, *Arch. gén. de méd.*, 1872, t. II, p. 513.

(2) VALTAT, Thèse de Paris, 1877.

1° les moyens mécaniques dirigés contre cette affection, et 2° les procédés d'un autre ordre qui consistent essentiellement en applications locales.

Les premiers sont : les mouvements communiqués, le massage, l'immobilisation, la ponction.

Les seconds comprennent les applications locales résolutes, les répercussifs, la balnéation du membre entorsé, etc.

Nous ne suivrons pas cette division. Elle a l'inconvénient de rapprocher dans l'étude des moyens mécaniques les deux méthodes diamétralement opposées, le massage et l'immobilisation. Or c'est précisément le choix de l'une ou de l'autre de ces méthodes qui a toujours été l'objet des discussions; ce sont ces méthodes qu'il faut opposer l'une à l'autre; les procédés employés pour leur application devenant véritablement accessoires.

Nous étudierons donc successivement : 1° la méthode ayant pour base la mobilisation des jointures entorsées; 2° la méthode de l'immobilisation. A la première se rattachent la manœuvre des mouvements communiqués et le massage.

A. MÉTHODE AYANT POUR BASE LA MOBILISATION DES JOINTURES ENTORSÉES. — *Les mouvements communiqués*, préconisés depuis fort longtemps par Fabrice d'Aquapendente, Ravaton, Ribes, puis par Bonnet, sont aujourd'hui généralement abandonnés.

La crainte d'imprimer des mouvements à une fracture, si par hasard une solution de continuité osseuse complique l'entorse, et de provoquer ainsi une arthrite intense, l'a fait généralement repousser.

Cependant les mouvements communiqués sont probablement la principale source des résultats merveilleux obtenus parfois par les empiriques. Bonnet, rappelant les observations de Hey, de A. Cooper, et ses faits personnels, nous a montré comment les mouvements communiqués pouvaient dégager les cartilages semi-lunaires déplacés dans l'entorse du genou, corriger les déplacements insensibles dans l'entorse du coude et de l'épaule, ou bien dégager une portion de synoviale pincée entre deux surfaces articulaires, anormalement rapprochées dans une jointure quelconque.

Les mouvements communiqués donnent en revanche de médiocres résultats dans les entorses du pied et du poignet, qui précisément s'accompagnent souvent d'arrachements et de fractures. On est donc conduit à dire avec Panas que la méthode des mouvements communiqués doit être conservée dans la pratique, mais qu'elle ne doit pas être appliquée à tous les cas. Laissée de côté pour les entorses tibio-tarsiennes et radio-carpiennes, elle sera appliquée plus particulièrement aux entorses des énarthroses.

Cependant même dans les énarthroses le pincement de la synoviale ou les déplacements intra-articulaires ne représentent point la lésion anatomique la plus fréquente. L'accident le plus commun est l'épanchement sanguin qui se fait soit dans les mailles du tissu cellulaire péri-articulaire, soit dans l'intérieur même de l'article, et les mouvements communiqués n'ont plus alors d'efficacité thérapeutique. Aussi le traitement qui a son indication la plus générale est-il le *massage*, qui aura pour effet de favoriser la résorption de cet épanchement en le divisant, en l'étalant en quelque sorte.

Le massage, employé probablement de toute antiquité, fut pour la première fois conseillé et scientifiquement défendu par Bonnet; mais si les travaux du chirurgien de Lyon avaient fait quelques adeptes, la méthode qu'il préconisait était loin d'être passée dans les usages, lorsque la pratique de Lebatard et de Girard,

en 1856, rappelèrent l'attention sur elle. Adoptée par Nélaton, Malgaigne, Broca, Servier, elle fit, nous dit Reclus, son entrée triomphale dans la médecine officielle (1). Le massage devint alors le sujet d'un grand nombre de publications, parmi lesquelles je ne citerai que les mémoires de Quesnoy, de Rizet et les thèses d'Elleaume et d'Estradère.

Puis le massage ne fut plus en France l'objet d'études spéciales, et les principaux travaux sur ce sujet dans ces dernières années nous vinrent de Metzger d'Amsterdam, de Witt (2), de Norström. Cependant, tout récemment encore, la question du massage appliqué au traitement des fractures articulaires ou péri-articulaires a été reprise et défendue par Lucas-Championnière (3).

Il existe toute une technique du massage et des descriptions de procédés variés applicables à chaque articulation en particulier. La position à donner au membre au commencement de la manipulation, la manière de placer les mains autour de l'articulation, d'exercer les pressions, etc., sont réglées. Nous ne saurions entrer ici dans tous ces détails; qu'il nous suffise d'indiquer les grandes règles de la méthode :

1° Les pressions doivent être exercées avec les mains enduites d'un corps gras dans une direction unique, celle de la circulation veineuse.

2° Elles doivent être très légères au début, et progressivement augmentées. L'absence ou le peu de douleur provoquée par les manœuvres est l'indication qui permet le plus sûrement au chirurgien d'augmenter la force avec laquelle il passera de l'effleurement de la peau à des pressions véritablement fortes qui lui permettront de pétrir et de malaxer les régions les plus profondes.

3° La séance de massage sera continuée aussi longtemps qu'il sera nécessaire pour obtenir la disparition de la douleur ou tout au moins son atténuation notable.

4° Suivant l'intensité de la douleur ou la gravité de l'entorse, on fera une ou plusieurs séances par jour.

La question de la durée de la séance de massage, qui est peut-être la plus importante, est loin d'être également appréciée par les chirurgiens. Quesnoy fixe une durée de une heure à une heure et demie, Servier de une heure à trois heures, Rizet d'une demi-heure, Ernoul de Saint-Malo de dix minutes, Reclus d'un quart d'heure. La règle qui consiste à cesser la séance de massage au moment où la douleur a disparu, ou s'est considérablement atténuée, est la plus généralement adoptée. Entre les séances de massage, quelques-uns (Lebatard, Magne) (4) conseillent aux malades de se servir de leur articulation, d'autres au contraire, et ce sont les plus nombreux, recommandent de garder le repos absolu jusqu'à la disparition complète du gonflement.

On a proposé un certain nombre de théories pour expliquer les heureux effets du massage (5). Qu'il nous suffise de dire que ces effets sont incontestables et que, « tandis que la durée moyenne du traitement a été de quinze jours quand on a eu recours à la glace, à l'eau froide ou aux mélanges réfrigérants (Baudens), de dix jours lorsqu'on s'est servi du bandage inamovible de Burggræve, elle n'est plus, quand on emploie le massage, que de quatre jours et demi pour Quesnoy, de sept jours pour Servier (dans des cas d'entorse très grave), de trois

(1) RECLUS, *Bull. méd.*, 1890.

(2) WITT, *Arch. für klin. Chir.*, XVIII, 1875, p. 275.

(3) LUCAS-CHAMPIONNIÈRE, *Bull. de la Soc. de chir.*, 1887, p. 359.

(4) MAGNE, *Gaz. des hôp.*, 1856.

(5) MOSSENGEILT, *Arch. für klin. Chir.*, XIX, p. 276.

jours et demi pour Lebatard, et enfin de trois jours pour Rizet » (Panas) (1).

D'ailleurs il est, on le conçoit, impossible d'assigner une durée exacte au traitement. Suivant la gravité de l'entorse, suivant le moment auquel on commence le traitement, les résultats varieront, et rien de fixe ne peut être formulé, si ce n'est que le massage donnera des effets moins rapides mais encore très salutaires lorsque l'entorse s'accompagnera d'un léger degré d'arthrite.

Cette méthode ne doit donc pas être repoussée dans les cas où le chirurgien appelé auprès du malade au bout d'un temps déjà assez long trouve la jointure tuméfiée et douloureuse, mais les manipulations doivent alors être faites avec la plus extrême prudence.

B. MÉTHODE DE L'IMMOBILISATION. — La deuxième méthode de traitement, la plus communément employée, il faut bien le reconnaître, consiste dans l'immobilisation de la jointure. Elle est obtenue de bien des manières : on place le membre malade dans une gouttière de fil de fer, et l'on recouvre en même temps la région de compresses imbibées d'un liquide résolutif (eau blanche, alcool camphré, sac de glace), ou bien le membre est emprisonné dans un appareil inamovible, plâtré ou silicaté.

Plus souvent encore on applique l'appareil ouaté de Burggræve qui associe à l'immobilisation la compression faite sur la région malade.

Dans ces derniers temps, Marc Sée (*Revue de chirurgie*, 1884) a conseillé d'employer la compression faite avec quelques tours d'une bande élastique pour obtenir la résorption de l'épanchement sanguin. Cette compression réalise pour Marc Sée l'indication capitale, mais elle est employée en même temps que l'articulation malade est tenue au repos absolu. Ce procédé appartient donc à la méthode de l'immobilisation, il en a les avantages, c'est-à-dire qu'il permet aux déchirures ligamenteuses de se réparer promptement puisque aucun mouvement ne tend à s'opposer à leur réunion; d'autre part, il n'en a point les inconvénients, qui sont : la longueur du traitement et les raideurs consécutives. En effet, la compression élastique détermine la résorption rapide et complète du sang épanché, tandis qu'avec l'immobilisation pure et simple le sang séjourne indéfiniment dans les anfractuosités articulaires, et devient la cause des douleurs et de la gêne persistantes.

En dehors de ces deux grandes méthodes de traitement de l'entorse, nous devons signaler la balnéation de la jointure forcée. Ravaton, J.-L. Petit, Boyer, et plus près de nous Baudens, la conseillaient dans le but de modérer le gonflement et la douleur. Baudens faisait plonger la partie malade dans un récipient rempli d'eau froide. Le séjour dans l'eau devait être prolongé fort longtemps, « tant que le blessé s'y trouve bien », et ces immersions étaient répétées pendant cinq ou dix jours. Bonnet faisait durer le bain deux ou trois heures, il était renouvelé deux fois par jour, et dans l'intervalle la région était entourée de compresses imprégnées d'eau froide.

Nous mentionnerons encore les irrigations continues froides, les cataplasmes froids, etc., moyens généralement abandonnés aujourd'hui. Enfin, dans ces derniers temps, Reclus a préconisé une méthode mixte qui consiste à associer les effets de la balnéation prolongée dans de l'eau très chaude à 48 ou 50 degrés, à une séance de massage d'un quart d'heure, suivie de l'application d'une bande élastique.

(1) Art. ARTICULATIONS du *Dict. de méd. et de chir. prat.*, p. 292.

Chacune de ces méthodes a des défenseurs et chacune d'elles est préconisée pour tous les cas à l'exclusion des autres. Norström ne conseille-t-il pas le massage alors même que l'entorse se complique d'arthrite aiguë? Lucas-Championnière ne défend-il pas le massage appliqué au traitement des fractures péri-articulaires? Et d'autre part ne voyons-nous pas tous les jours des entorses récentes et légères immobilisées ou comprimées?

La pratique généralement adoptée, et croyons-nous la plus sage, consiste à choisir l'une ou l'autre méthode suivant les cas. Les entorses récentes sans fractures accompagnées de déplacement sont justiciables du massage, associé ou non à la compression élastique.

Celles qui sont plus anciennes en date doivent être massées et mobilisées sous peine de voir survenir des raideurs interminables; celles qui s'accompagnent de poussées phlegmasiques ressortissent plus particulièrement à l'immobilisation et à la compression ouatée.

Enfin, il est une complication fréquente de l'entorse, l'épanchement sanguin intra-articulaire, surtout évident au niveau de l'articulation du genou, et pour lequel la règle de traitement, maintenant bien établie, consiste à pratiquer l'évacuation de la jointure par la ponction capillaire antiseptique.

CHAPITRE II

ENTORSES EN PARTICULIER

Nous étudierons seulement les entorses fréquentes qui ont fait l'objet de mémoires spéciaux; nous ne dirons rien des effets du mouvement forcé sur les articulations de la mâchoire, de la hanche, etc., faute de documents.

I

ENTORSE DES ARTICULATIONS DES PHALANGETTES

Bien que nous n'en connaissions pas d'exemple, il est probable que les mouvements forcés de latéralité imprimés aux phalanges s'accompagnent quelquefois de déchirure de l'un des deux ligaments latéraux; on produit en effet très facilement cette lésion sur le cadavre sans qu'il y ait forcément luxation.

Seul le mouvement forcé de flexion de la phalange des quatre derniers doigts détermine une lésion et des symptômes particuliers qui ont été bien étudiés par Segond (1).

Une des causes de cette entorse a été indiquée par Segond: une infirmière voulait prendre de force un objet à un malade. « Celui-ci, pour lui faire lâcher prise, lui saisit entre le pouce et l'index l'extrémité fléchie du petit doigt. Prenant alors point d'appui, d'une part sur l'extrémité supérieure de la phalange,

(1) SEGOND, *Bull. de la Soc. anat.*, 1879, p. 724.

d'autre part sur l'extrémité libre de la phalange, il imprima aux deux segments osseux ainsi coulés un mouvement de pression brusque dont le résultat inévitable était la flexion forcée de l'articulation phalango-phalangienne. »

Segond a depuis lors observé un deuxième cas absolument semblable au premier; Busch, Polaillon, Delbet (1) en ont signalé plusieurs. J'ai rencontré moi-même deux faits analogues, et mon ami Picqué en a observé un autre.

Expérimentalement, Segond a démontré que la flexion forcée de la phalange sur la phalange s'accompagnait d'une lésion constante: l'arrachement des deux languettes d'insertion phalangienne du tendon extenseur. Ces deux languettes tendineuses emportent en général avec elles une lamelle osseuse de quelques millimètres, mais sur les sujets âgés la parcelle osseuse est souvent beaucoup plus considérable.

Symptômes. — Les symptômes sont caractéristiques: au moment de l'accident le malade éprouve une douleur vive et immédiatement après il lui devient impossible d'étendre la phalange; cependant, l'extension de la phalange et de la phalange est parfaitement conservée. La phalange reste donc fléchie à angle droit sur la phalange étendue; le doigt a alors la forme d'un petit marteau. On peut redresser la phalange et l'étendre, mais dès qu'on l'abandonne à elle-même elle retombe brusquement en flexion comme mue par un ressort. L'articulation légèrement tuméfiée présente quelquefois une petite ecchymose sur sa face dorsale. Il existe un point douloureux très limité et très net au niveau de l'insertion phalangienne de l'extenseur.

Dans les différents cas observés, le diagnostic s'imposait. La contracture du fléchisseur ou la paralysie de l'extenseur ne pouvait expliquer la flexion de la phalange en raison de la conservation des mouvements des deux autres phalanges et de l'état d'intégrité des muscles moteurs des doigts.

Le pronostic doit être réservé en ce qui concerne le retour des fonctions de l'articulation. Car dans le premier cas de Segond la malade n'ayant point voulu se soigner conserva la phalange définitivement fléchie, et chez une de mes malades la raideur persista indéfiniment.

Le traitement consiste à immobiliser le doigt à l'aide d'une petite attelle; on aura soin de forcer légèrement l'extension de la phalange de façon à obtenir la réparation de l'arrachement osseux.

Schwartz a fait dans ces derniers temps la suture de l'extrémité du tendon extenseur arraché à la phalange. Deux fois il a obtenu ainsi le rétablissement des mouvements d'extension (communication orale).

II

ENTORSE DES ARTICULATIONS PHALANGO-MÉTACARPIENNES ET PHALANGO-PHALANGIENNES

Le mémoire de Lagrange (2) qui traite de l'arthrite traumatique des doigts est le seul travail où se trouvent quelques indications relatives aux lésions qui

(1) W. BUSCH, *Centralblatt für Chir.*, 1881, p. 1. — POLAILLON, art. DOIGT du *Dict. encycl.*, p. 165. — DELBET, *Société anat.*, 1890.

(2) LAGRANGE, *Revue de chirurgie*, 1882, p. 100.