

nelongue, ce résultat définitif est assez rarement observé, parce qu'à côté de la destruction d'un cartilage épiphysaire, il peut y avoir irritation du cartilage épiphysaire d'une phalange voisine qui compense le raccourcissement. Aussi les modifications de longueur des phalanges sont-elles assez rares à la suite du *spina ventosa*. Au lieu de porter sur les phalanges, l'altération siège-t-elle sur la tête du métacarpien, le doigt conserve sa longueur normale, mais il est, soit entraîné en arrière par un métacarpien atrophié, soit, au contraire, propulsé en avant; c'est à ces déformations que M. Lannelongue donne le nom de *doigt rentrant* ou de *doigt repoussé*. Les phalanges peuvent aussi présenter des incurvations de leur corps, des déviations de leur axe, qui sont la conséquence d'ankyloses, de décollements épiphysaires ou de luxations pathologiques.

Le traitement doit consister essentiellement dans la compression qu'on peut réaliser au doigt à l'aide de petites bandelettes de Vigo. La cautérisation ponctuelle, pratiquée dans l'épaisseur des fongosités, est aussi de nature à rendre d'utiles services. Les abcès superficiels sont justiciables des injections d'éther iodoformé, qui donnent ici, comme dans les autres variétés d'abcès froid, les meilleurs résultats. Plus tard, quand la suppuration s'est développée à l'intérieur de la cavité médullaire, et quand il y a des nécroses plus ou moins étendues, le traitement opératoire s'impose. On aura recours, suivant les cas, soit au large évidement de la cavité médullaire, soit à la résection sous-périostée de la phalange ou du métacarpien. Ce n'est que dans les cas où les articulations voisines et les gaines synoviales sont envahies, quand le doigt est devenu une source de gêne pour le malade par suite des déformations que nous venons d'indiquer, qu'on sera autorisé à en pratiquer l'amputation.

5° DACTYLITE SYPHILITIQUE

Indiquée par Baumès en 1840, cette affection a été décrite en 1859, par Chassaing, qui lui a donné le nom de dactylite syphilitique, puis par Nélaton qui a proposé le nom de panaris syphilitique. Depuis lors, elle a été l'objet d'études nombreuses. Taylor (1) notamment en a donné une bonne description.

La dactylite syphilitique peut s'observer à tout âge; elle peut être une des manifestations de la syphilis congénitale. Elle consiste en une infiltration gommeuse qui porte, soit sur les parties molles, soit sur le squelette du doigt. Tantôt ces gommages affectent la forme charnue et dure, tantôt la forme colloïde et fluctuante. Habituellement les tendons sont épargnés, cependant Van Oordt (2) rapporte une observation dans laquelle le tendon fléchisseur du médus présentait un dépôt gommeux.

L'affection se caractérise par un gonflement fusiforme du doigt portant sur une ou deux phalanges, avec coloration violacée de la peau; la consistance du gonflement est tantôt dure, rénitente, tantôt molle et même fluctuante. La peau amincie finit par s'ulcérer à la longue et donne passage aux fongosités. On s'accorde à regarder les altérations des ongles comme fort rares. Cependant on les rencontre quelquefois; sur une pièce du musée de l'hôpital Saint-Louis, due

(1) TAYLOR, *The American Journal of syphilography*, janvier 1871, et *Arch. gén. de méd.*, 1871, vol. II, p. 117.

(2) VAN OORDT, Thèse de 1859.

à M. Lallier et dont nous donnons ici la reproduction, on peut voir qu'il existe une altération profonde de l'ongle.

Lorsqu'il s'agit d'une altération osseuse, le gonflement siège habituellement sur la première phalange. Dans le cas de gomme des parties molles, il n'a pas de lieu d'élection particulier. Les douleurs sont souvent très vives; elles ont pour caractère de revenir avec une acuité beaucoup plus grande pendant la nuit.

La maladie procède souvent par poussées successives. C'est ainsi que, chez un malade de Nélaton, le gonflement était d'abord dissipé pour reparaitre au moment où le malade consulta le chirurgien. Plusieurs doigts peuvent être atteints simultanément ou l'un après l'autre. Abandonnée à elle-même, l'affection peut se terminer par résolution progressive et disparition du gonflement. Elle peut au contraire aboutir à la suppuration, à la formation de fistules et à la nécrose.

Le traitement consiste essentiellement dans l'emploi de la médication spécifique, dont l'administration à l'intérieur peut être aidée par des applications locales d'emplâtre de Vigo.

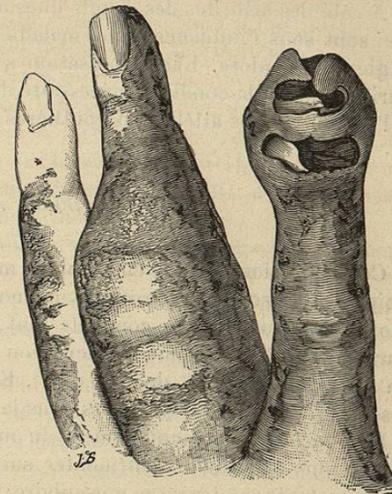


FIG. 42. — Dactylite syphilitique. (Blum.)

6° ARTHRITES DES DOIGTS

Les arthrites des doigts ne sont pas rares, comme conséquence des traumatismes divers que peuvent présenter ces organes, plaies pénétrantes des articulations phalangiennes, contusions, luxations, entorses de ces mêmes articulations. Il est une localisation de ces arthrites que nous avons très fréquemment l'occasion d'observer dans les hôpitaux; c'est celle qui porte sur l'articulation métacarpo-phalangiennne du pouce, ce doigt étant porté dans une extension forcée. Il en résulte un gonflement douloureux de l'extrémité articulaire du premier métacarpien, avec impuissance fonctionnelle et craquements dans l'intérieur de l'articulation. Ces phénomènes d'arthrites se prolongent parfois pendant un temps fort long et ne cèdent qu'à une immobilisation rigoureuse.

Dans un mémoire publié en 1882, M. Lagrange (1) a insisté sur la fréquence des arthrites consécutives aux traumatismes des articulations phalangiennes. Sur 9 cas de cette nature recueillis dans le service de M. Gaujot, au Val-de-Grâce, il n'en est pas un seul dans lequel l'arthrite consécutive n'ait été observée. Cette arthrite a la plus grande tendance à présenter les caractères propres à l'arthrite sèche. Nous rappellerons à ce propos que M. Eug. Bœckel (2) a eu l'oc-

(1) LAGRANGE, *De l'arthrite consécutive à la contusion, à l'entorse et à la luxation des articulations des doigts*. *Revue de chir.*, 1882, p. 100.

(2) EUG. BŒCKEL, *Corps étrangers dans l'articulation métacarpo-phalangiennne du médus*. *Gazette des hôp.*, 1876, n° 20, p. 155.

casation de pratiquer l'arthrotomie de l'articulation métacarpo-phalangienne du médius pour une arthrite sèche, et qu'il en a retiré sept arthrophytes.

A côté des arthrites des doigts dues aux traumatismes, il faut signaler celles qui sont sous l'influence d'une maladie générale, goutte, rhumatisme, blennorragie, tuberculose. L'immobilisation s'impose dans ces diverses variétés d'arthrites comme la condition nécessaire de tout traitement. On la réalise aisément à l'aide de petites attelles ou gouttières en gutta-percha.

7^e DOIGT A RESSORT

Cette affection consiste en ce que le mouvement de flexion ou d'extension d'un doigt est brusquement arrêté à un moment donné; puis l'obstacle étant surmonté, le mouvement se complète tout d'un coup, comme si le doigt était mû par un ressort. La première description de cette curieuse affection a été donnée en 1850, par M. Notta, de Lisieux⁽¹⁾. En 1855, Nélaton créa le mot de *doigt à ressort*, qui est resté depuis lors dans la science.

L'obstacle à l'accomplissement du mouvement de flexion ou d'extension est plus ou moins difficile à surmonter suivant les cas. Parfois il suffit pour cela d'une violente contraction musculaire; dans d'autres cas, le malade est obligé de presser fortement son doigt avec la main du côté opposé, ou même de s'asseoir dessus, comme le faisait une malade de Blum.

La réduction s'accompagne parfois d'un claquement sec, qu'on perçoit à distance; elle est habituellement assez douloureuse, au point même d'entraîner, dans certains cas exceptionnels, la syncope.

L'étiologie de cette affection est pleine d'obscurités. Toutefois, certains malades ont manifestement des antécédents rhumatismaux; chez d'autres, la maladie doit être rattachée à un traumatisme. Un des malades de Notta était un chimiste qui, au cours d'une expérience, s'enfonça un tube de verre dans la paume de la main, sur le trajet du tendon fléchisseur de l'annulaire, à deux centimètres environ du pli digito-palmaire. Au bout de quelques jours, le phénomène du doigt à ressort apparut, lié à l'existence d'une nodosité développée sur le tendon, au niveau de la blessure. Dans un cas de Dumarest, la cause était un coup de canif qui avait lésé la synoviale et le tendon fléchisseur de l'annulaire, au-dessous du pli métacarpo-phalangien⁽²⁾. Dans d'autres cas, il est impossible de rattacher l'affection à aucune cause appréciable. L'âge adulte et le sexe féminin semblent constituer des causes prédisposantes. Sur 19 observations relevées par Blum, il en est 14 qui concernent des femmes. Presque tous les malades avaient dépassé l'âge de quarante ans. Cependant Polaillon a pu en recueillir un exemple chez une jeune fille de seize ans⁽³⁾ et O. Berger sur un enfant de cinq ans et demi⁽⁴⁾.

Les différents doigts de la main sont inégalement frappés. D'après Blum⁽⁵⁾,

(1) NOTTA, *Arch. de méd.*, 1850, 4^e série, t. XXIV, p. 142.

(2) DUMAREST, *Note sur les différentes variétés de doigts à ressort*. *Lyon médical*, déc. 1877, n^o 25, p. 518.

(3) POLAILLON, art. *DOIGT* du *Dict. encycl.*

(4) O. BERGER, *Deutsche Zeit. für prakt. Med.*, 1875, n^o 7 et 8.

(5) BLUM, *Du doigt à ressort*. *Arch. gén. de méd.*, mai 1882, *Bull. de la Soc. de chir.* (rapport de Delens), 1882, t. VIII, p. 149, et *Chirurgie de la main*, p. 102.

ce sont surtout le pouce et l'annulaire qui sont atteints. La répartition se ferait de la façon suivante sur les différents doigts :

Pouce.	11
Annulaire.	10
Médius.	4
Petit doigt.	2
Index.	1

On peut dire que toutes les opinions qui se sont successivement fait jour sur la pathogénie du doigt à ressort peuvent être rapportées à deux grandes théories : 1^o la théorie tendineuse; 2^o la théorie articulaire.

a. *Théorie tendineuse*. — Notta et Nélaton ont placé l'origine du doigt à ressort dans un engorgement du cul-de-sac synovial qui entoure le tendon fléchisseur du doigt. Ce cul-de-sac est situé à peu près au niveau du pli palmaire inférieur, un peu au-dessous du rebord tranchant formé par la bandelette transversale de l'aponévrose palmaire. Vient-il à être le siège d'un engorgement, ce cul-de-sac synovial devient le point de départ d'une petite tumeur qui accompagne le tendon fléchisseur dans ses excursions, et qui ne passe au-dessous de l'aponévrose palmaire qu'en donnant naissance à cette sensation particulière de ressaut qui caractérise le doigt à ressort. Cette explication est acceptable pour les cas où l'affection siège sur l'un des trois doigts moyens de la main; mais lorsqu'on l'observe au pouce ou au petit doigt, l'interprétation cesse d'être valable. Sur ces deux derniers doigts, en effet, il n'existe pas, au niveau de l'articulation métacarpo-phalangienne, de cul-de-sac synovial, la synoviale du doigt se continuant avec la grande synoviale du carpe. Force est donc de recourir à une autre interprétation; on a admis que l'obstacle aux mouvements du doigt pouvait siéger sur le tendon lui-même, sous la forme d'un épaississement ou nodosité tendineuse qui gêne le glissement du tendon dans sa gaine ostéo-fibreuse et donne naissance au phénomène du doigt à ressort. MM. Menzel⁽¹⁾ et Blum ont réussi à reproduire expérimentalement ces conditions. M. Blum, enroulant un fil autour des tendons fléchisseurs de manière à augmenter leur épaisseur, a vu le ressaut se produire chaque fois que le point du tendon artificiellement épaissi franchissait, dans un sens ou dans l'autre, l'entrée de la gaine. Du reste, la théorie peut aussi s'appuyer sur des preuves anatomo-pathologiques. M. Carlier⁽²⁾ a présenté à la Société anatomique un exemple de doigt à ressort dans lequel l'opération a permis de constater une petite végétation fibreuse qui avait pris naissance dans le tendon du fléchisseur profond. M. Blum a fait cesser chez un malade le phénomène du doigt à ressort en enlevant par une opération plusieurs franges synoviales hypertrophiées⁽³⁾.

b. *Théorie articulaire*. — A côté des tendons et de leurs gaines synoviales, on a incriminé, dans la production du doigt à ressort, les articulations. Déjà Pitha avait attribué le phénomène à la présence de corps étrangers articulaires. Steintal⁽⁴⁾, après avoir enlevé les tendons fléchisseurs, a vu persister le doigt

(1) A. MENZEL, *Sur le doigt à ressort*. *Rivista clinica di Bologna*, oct. 1874, fasc. 10, ou *Centr. für Chir.*, 29 août 1874, p. 537.

(2) CARLIER, *Doigt à ressort du médius droit, végétation fibreuse du tendon du fléchisseur profond: opération*. *Bull. de la Soc. anat.*, mars 1889, p. 185.

(3) BLUM, cité par Poirier, in *Arch. gén. de méd.*, 1889, vol. II, p. 514.

(4) STEINTAL, *Ueber den Mechanismus des schnellenden Fingers*. *Centralblatt für Chirurgie*, 17 juillet 1886, p. 407.