

gulaire, dans lequel la branche verticale de l'incision répond au milieu du médius; les deux branches horizontales répondent, l'une au niveau de la commissure interdigitale, l'autre à la base de la troisième phalange. On a ainsi un lambeau rectangulaire, qui, après dissection de sa face profonde, reste adhérent à l'index, et qui, après suture, viendra envelopper ce doigt. Sur la face palmaire, on taille un lambeau semblable, mais en sens inverse; c'est-à-dire que ce lam-

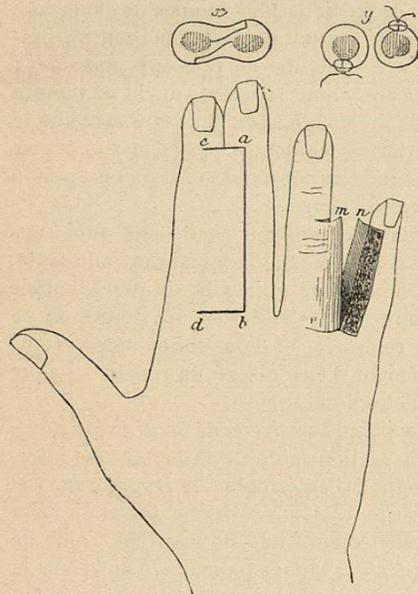


FIG. 110. — Procédé de Didot.

a, coupe représentant la disposition des lambeaux dorsal et palmaire avant la séparation de doigts. — y, coupe représentant la disposition des lambeaux appliqués sur les doigts séparés.

Cet inconvénient s'est manifesté dans mon cas, et bien que le résultat définitif ait été satisfaisant, il a été cependant incomplet, car il y a eu sur deux des doigts nécrose de la dernière phalange. Il faut ajouter d'ailleurs que ces dernières phalanges étaient réunies entre elles par des adhérences osseuses. Il existe, en outre, dans le procédé de Didot, une certaine difficulté à rapprocher par la suture les deux lèvres de l'incision dorsale et palmaire, de façon à rétablir la commissure. Aussi Guersant a-t-il vu la cicatrisation vicieuse reproduire en partie l'adhérence des doigts.

L'énumération que nous venons de faire des différents procédés successivement imaginés pour combattre la syndactylie montre que ces procédés ne sauraient être employés indistinctement. Si l'on a affaire à une membrane interdigitale mince et lâche, la section sèche par compression ou par la ligature, la suture de la commissure et des parties latérales des doigts, suivant les procédés de Velpeau et de Vidal (de Cassis), peuvent fournir de bons résultats. Au contraire, s'agit-il d'une membrane unissante épaisse et étroite, ce sont les procédés de Zeller et de Didot qui doivent être employés. Il appartient au chirurgien de

lambeau empiète sur la moitié de la face palmaire de l'index, et reste adhérent par sa base au médius, qu'il viendra recouvrir après la suture.

Dans un cas où la syndactylie était étendue à trois doigts, j'ai modifié le procédé de Didot de la façon suivante :

J'ai taillé d'abord, sur la face dorsale des doigts soudés entre eux, deux lambeaux opposés l'un à l'autre par leur base et laissés adhérents à l'annulaire; sur la face palmaire, j'ai tracé ensuite deux lambeaux en sens inverse, c'est-à-dire opposés l'un à l'autre par leurs bords libres, et adhérents, l'un au médius, l'autre au petit doigt. Le lambeau dorsal m'a servi à recouvrir l'annulaire, tandis que, des deux lambeaux palmaires, l'un est venu envelopper le médius, l'autre le petit doigt.

Le procédé de Didot est fort ingénieux; il est cependant passible de quelques reproches: les lambeaux qu'il fournit sont un peu insuffisants pour recouvrir les surfaces dénudées.

déterminer, dans chaque cas particulier, le procédé qui lui semble le plus avantageux.

Une question à discuter, c'est celle de l'âge auquel il convient d'intervenir. S'il s'agit de la simple section d'une membrane mince, dont la réunion sera faite facilement par la suture, l'opération ne présente aucune gravité et peut être faite, même sur de très jeunes enfants. Dans le cas contraire, lorsqu'il s'agit de tailler des lambeaux et de faire des dissections étendues, l'opération nécessite forcément une perte de sang plus ou moins considérable, dangereuse chez un très jeune enfant. C'est donc une raison pour remettre l'intervention à une date plus éloignée. Il y en aurait une autre d'après Chélius. Ce chirurgien a soutenu que la syndactylie, opérée dans un âge trop tendre, récidivait nécessairement, parce que les progrès du développement de la main ramenaient la formation d'une nouvelle membrane interdigitale. L'opération ne devrait pas être faite avant l'âge de quatre ans.

C. — VICES DE CONFORMATION PAR ANOMALIE DU DÉVELOPPEMENT

Nous y rattacherons les luxations congénitales des doigts, les déviations latérales de la seconde phalange du pouce, la rétraction congénitale du petit doigt.

a. *Luxations congénitales des doigts.* — Sur un fœtus qui présentait en même temps des luxations congénitales de la hanche, du genou et du pied, Chaussier a vu une luxation de la première phalange des trois doigts de la main gauche, du côté de la face palmaire. Annandale a observé une subluxation congénitale des doigts des deux mains dans le sens latéral; Bérard et Malgaigne ont rencontré des cas de luxation des doigts vers la face dorsale. Dans le fait de Malgaigne, les phalanges unguéales de tous les doigts formaient avec la deuxième phalange un angle de 155°, ouvert du côté dorsal, sans que, d'ailleurs, cette déformation troublât la fonction.

b. *Déviations latérales de la seconde phalange du pouce.* — Sous le nom de pouce bot, M. Monnier a publié l'observation d'un petit garçon de 19 mois, chez lequel la seconde phalange du pouce gauche formait avec la première un angle droit, ouvert en dehors.

Joachimsthal a rapporté un cas du même ordre; mais l'angle formé par les deux phalanges, au lieu d'être ouvert en dehors, était ouvert en dedans. Hoffa a fait connaître un fait analogue. On a donné à la déformation le nom de pouce valgus quand le sommet de l'angle est tourné du côté cubital, pouce varus, quand il regarde le bord radial de la main. On a rencontré parfois cette anomalie chez plusieurs membres d'une même famille.

Le redressement peut être obtenu par des appareils. M. Monnier a eu recours

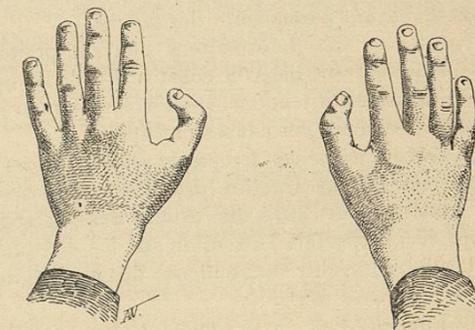


FIG. 111. — Pouce bot (Hoffa).

à la section sous-cutanée du ligament latéral externe de l'articulation phalango-phalangienne. Dans son cas, Herzog a pratiqué, d'un côté, la section du ligament latéral interne, avec résection oblique de la tête de la première phalange; il a pratiqué avec un résultat satisfaisant la résection d'un coin de la première phalange, à base tournée en dehors.

Werner Kümmel a figuré un cas dans lequel la déviation latérale du pouce avait son siège dans l'articulation trapézo-métacarpienne. J'ai observé aux Enfants-Assistés une difformité caractérisée par une flexion permanente du pouce gauche dans la paume de la main, avec inclinaison de la seconde phalange sur la première, à angle tourné en dehors.

c. *Rétraction congénitale du petit doigt.* — On observe parfois d'une façon héréditaire dans une même famille, une rétraction du petit doigt caractérisée par une flexion permanente de la deuxième phalange sur la première. Cette difformité est habituellement symétrique sur les deux mains; elle coïncide souvent avec une malformation semblable du côté des pieds.

Hoffa qui signale cette malformation représente en même temps un petit appareil pour son redressement. Il se compose de deux anneaux embrassant les deux phalanges et reliés du côté dorsal par un lien élastique, tendant à les redresser.

2° DIFFORMITÉS ACQUISES DE LA MAIN ET DES DOIGTS

Parmi les difformités acquises de la main et des doigts, il en est qui tiennent à des causes locales; d'autres, au contraire, sont dues à des maladies générales; de ce nombre sont, par exemple, les déformations du rhumatisme noueux, les nodosités d'Héberden, la déformation des phalanges à laquelle on donne le nom de doigts hippocratiques; nous n'avons pas à nous en occuper ici. Nous passerons seulement en revue les difformités de cause locale.

Déformations de cause locale. — Elles ont toutes ce caractère particulier que, dans l'immense majorité des cas, elles tendent à entraîner d'une manière permanente les doigts dans la flexion; aussi sont-elles quelquefois décrites sous le nom de flexion permanente des doigts.

Causes. — Ces déformations peuvent prendre leur origine dans les divers tissus qui entrent dans la constitution de la main et des doigts, os et articulations, muscles et tendons, aponévrose palmaire et tégument. Parfois une déformation reconnaît des causes multiples.

a. *Déformations par lésions du squelette et des articulations.* — La déformation peut tenir à une fracture des phalanges vicieusement consolidée; elle peut reconnaître pour cause une ostéite des phalanges. M. Lannelongue⁽¹⁾ a appelé d'une façon spéciale l'attention sur les déformations auxquelles donnent naissance l'ostéomyélite tuberculeuse des phalanges, communément désignée sous le nom de *spina ventosa*.

M. Lannelongue classe sous plusieurs chefs les déformations auxquelles peut donner lieu cette ostéomyélite tuberculeuse des phalanges et des métacarpiens. Lorsque la lésion porte sur les phalanges, elle occasionne, suivant les cas, soit un allongement, soit un raccourcissement du doigt. Ici, comme pour les autres

⁽¹⁾ LANNELONGUE, *Sur quelques déformations permanentes des doigts et de la main déterminées par la tuberculose de ces organes. Congrès français de chir., session de 1889, p. 55.*

os longs des membres, ce résultat est facile à comprendre, suivant que l'inflammation a eu pour effet seulement d'irriter le cartilage épiphysaire, ou bien qu'elle en a provoqué la destruction. Toutefois M. Lannelongue reconnaît que ces variations dans la longueur des doigts sont rares, surtout l'allongement.

Si, au lieu de porter sur les phalanges, l'affection siège sur les métacarpiens, la longueur du doigt en elle-même n'est pas modifiée; mais, porté par un métacarpien plus long ou plus court qu'à l'état normal, ce doigt fait en réalité une saillie trop considérable, ou bien il est en retrait par rapport aux doigts voisins. Lorsque le métacarpien a subi une diminution de longueur, M. Lannelongue donne à cette déformation le nom de doigt rentrant; au contraire, le métacarpien est-il augmenté de longueur, le doigt semble repoussé en avant, et prend le nom de doigt repoussé.

Il est encore d'autres déformations auxquelles peut donner lieu le *spina ventosa* de la main; de ce nombre sont les doigts flottants, qui tiennent à ce que la diaphyse d'une phalange a disparu par suppuration, et que les phalanges voisines ne sont plus reliées à ce qui reste de la phalange malade que par du tissu fibreux, permettant une mobilité anormale du doigt. Il existe enfin des déviations des phalanges, qui tiennent, soit à l'incurvation de leurs diaphyses, soit à des luxations pathologiques.

Quant aux déformations tenant à des lésions des articulations, elles sont produites, soit par des luxations non réduites des phalanges, soit par ankylose. Suivant la position occupée par l'articulation ankylosée, la déformation est plus ou moins gênante pour les fonctions de la main; à cet égard, c'est l'ankylose dans la position rectiligne, qui constitue la difformité la plus fâcheuse, le doigt rigide venant à chaque instant butter par son extrémité contre les objets que le malade veut saisir.

b. *Déformations par lésions des tendons et de leurs gaines.* — Les difformités des doigts auxquelles peuvent donner naissance les inflammations des gaines tendineuses sont de deux sortes. Dans un premier ordre de faits, il y a seulement, suivant l'expression de M. Gosselin, une synovite plastique, déterminant la formation d'adhérences, qui entraînent le doigt d'une façon permanente dans la flexion forcée. Dans d'autres cas, au contraire, il s'est agi d'une inflammation suppurative qui a déterminé le sphacèle du tendon dans une étendue plus ou moins considérable. Les tendons extenseurs dont l'action n'est plus contrebalancée, entraînent le doigt dans une extension forcée. Du reste, ce doigt est rigide; ses articulations sont le plus souvent ankylosées et ses fonctions irrémédiablement perdues.

c. *Déformations de cause musculaire.* — Les déformations qui sont sous la dépendance du système musculaire tiennent, tantôt à la contracture, tantôt à la paralysie. La contracture peut être de nature hystérique; elle peut être produite par certains spasmes professionnels, dont la forme la plus connue est la crampe des écrivains. Dans cette dernière affection, les trois premiers doigts de la main immobilisés par le spasme sont incapables de tenir la plume et de lui imprimer des mouvements. On est obligé d'avoir recours à des appareils orthopédiques qui maintiennent la plume en place, et qui permettent au malade d'écrire, en déplaçant la main en totalité, et non plus à l'aide des mouvements des doigts.

Il est une variété de contracture qui reconnaît une cause traumatique, c'est celle qui a été décrite par Duchenne (de Boulogne) sous le nom de contracture