

En ce qui concerne le choix des méthodes opératoires, nous ne saurions conseiller celle de RUDTORFFER, qui, si bien conçue qu'elle paraîsse à première vue, ne peut cependant être utilisée dans la pratique. En effet, l'ouverture pratiquée au niveau de la commissure, continue à suppurer, les parois du trajet n'ayant aucune tendance à se cicatriser. C'est du moins ce qu'on observe habituellement. Nous craignons qu'il n'en soit de même avec la ligature, et particulièrement avec le procédé moderne de ligature élastique. La section lente de la membrane laisse après elle non pas une surface cicatricielle, mais une plaie ; aussi doit-on s'attendre à voir se reproduire les adhérences.

Lorsque la membrane d'union est assez large, il suffit souvent d'en pratiquer simplement la section, puis de suturer isolément la plaie de chacun des doigts, après avoir décollé suffisamment la peau. Si la suture est impossible sans une tension considérable des bords de la plaie, les incisions latérales de DIEFFENBACH permettront certainement d'arriver au but dans bien des cas, pourvu que la peau soit mobile et abondante.

Parmi les autres méthodes, nous avons à prendre en considération tout d'abord celle de ZELLER modifiée par DIEFFENBACH, c'est-à-dire la formation d'un lambeau rectangulaire aux dépens de la face dorsale de la première phalange des deux doigts, lambeau que l'on fixe par des points de suture dans une incision transversale pratiquée du côté palmaire, au niveau de la commissure.

D'après les observations publiées jusqu'ici, il est difficile de juger dans quels cas on doit préférer à la méthode de DIEFFENBACH celle de V. LANGENBECK, et surtout celle de DIDOT. L'une et l'autre de ces deux méthodes exigent évidemment que la peau des doigts soit mobile, non cicatricielle. Si les téguments sont altérés, on ne pourra songer à obtenir un résultat qu'en empruntant au dos de la main un lambeau que l'on est alors obligé de tordre. Les lambeaux de ce genre courent, du reste, paraît-il, des chances assez grandes de sphacèle.

§ 117. — Au chapitre des lésions traumatiques de la main et des doigts, nous avons à ajouter encore quelques mots au sujet des **blessures de l'ongle**. Il n'est pas rare d'observer derrière ce dernier un *épanchement sanguin* à la suite d'une contusion. On le reconnaît à la coloration bleuâtre de l'ongle, et avant tout aux violentes douleurs que provoque l'épanchement en comprimant la matrice unguéale. On met promptement fin à ces douleurs en grattant peu à peu l'ongle avec un bistouri convexe, à l'endroit où le sang apparaît par transparence, et en maintenant ouvert l'orifice ainsi créé, de façon à donner au liquide sanguin un libre écoulement. Les blessures de la matrice unguéale sont, en général, très douloureuses, et il en est ainsi particulièrement lorsqu'un éclat de bois a pénétré sous l'ongle. Les joueurs de quilles y sont surtout sujets. Il semble qu'à la suite de ces blessures, en somme légères, de la partie terminale, riche en nerfs, du membre supérieur, on observe assez

souvent des formes graves de trismus et de tétanos ; c'est un avertissement de plus pour le chirurgien d'avoir à extraire le plus tôt possible et complètement les échardes qui, d'ailleurs, par leur présence, provoquent facilement dans leur voisinage des phénomènes d'inflammation et de suppuration. Dans ce but, on enlèvera d'abord l'ongle suffisamment au-dessus du corps étranger, pour pouvoir retirer ce dernier au moyen d'une bonne pince à griffes.

Parfois la violence contondante a pour effet de *luxer* en partie l'ongle hors de sa matrice. Le bord tranchant de l'ongle se trouve alors sur l'un ou l'autre point en contact direct avec la matrice dénudée et saignante, et y provoque des douleurs et la formation de bourgeons charnus, comme le ferait un corps étranger. La guérison s'opère, à la suite de l'ablation de l'ongle, cause de l'irritation.

§ 118. — BUSCH (Bonn) a fait remarquer dernièrement que la troisième phalange du petit doigt est parfois le siège d'une fracture par arrachement de forme particulière, qui se produit dans un mouvement de flexion forcée de cette phalange ; le tendon de l'extenseur est arraché avec la portion de l'os sur laquelle il se termine. SEGOND qui a décrit le premier cette lésion dans le *Progress médical*, a pu la provoquer dans ses expériences par une flexion énergique de la troisième phalange. Les symptômes consistent dans l'attitude fléchie de la phalange fracturée, laquelle est incapable d'une extension active, ainsi que dans une légère tuméfaction et une ecchymose de la région articulaire. L'extension passive est possible, mais la troisième phalange reprend son attitude fléchie dès que le doigt est abandonné à lui-même. BUSCH a obtenu la guérison dans des cas de ce genre, même lorsque l'accident remontait à quelques semaines, au moyen d'un petit appareil fixant dans l'extension l'articulation de la phalange avec la phalange ; la guérison serait due selon lui à la soudure du tendon avec la capsule articulaire. Le tendon restant ainsi en relation avec les parties latérales de la capsule, ne peut subir une forte rétraction. En lisant le travail de BUSCH, je me suis, du reste, rappelé avoir observé une lésion semblable qui intéressait la troisième phalange de l'index, et qui m'avait paru inexplicable.

Les **fractures simples des métacarpiens et des phalanges** n'ont pas une grande importance. En ce qui concerne d'abord les métacarpiens, les fractures dont ils peuvent être le siège, ne sont pas fréquentes, et elles sont dues soit à un traumatisme direct, soit à une cause indirecte, par exemple, une chute sur les têtes saillantes des métacarpiens, la main étant fermée. C'est surtout le métacarpien du médium qui est assez souvent le siège des fractures de ce genre. Parfois aussi ces dernières intéressent plusieurs métacarpiens à la fois. La fracture siège soit au milieu, soit près des extrémités de l'os ; sous ce rapport A. COOPER a décrit un cas, certainement très rare, de fracture de la tête ou plutôt du col d'un métacarpien, avec déplacement du petit fragment du côté palmaire, de sorte que la lésion simulait une luxation de la première phalange. Le plus souvent le déplacement, s'il existe, se produit du côté dorsal, et parfois même les deux fragments se sont déplacés à tel point, que le doigt correspondant paraît raccourci. Ce déplacement sur le dos de la main est, d'ai-

leurs, en général, appréciable à la vue et à la palpation, et lorsque la lésion est récente, on réussit assez souvent à provoquer la crépitation par des mouvements appropriés que l'on imprime aux fragments. Dans les cas observés par nous, les symptômes sur lesquels nous avons basé le diagnostic probable de fracture, ont consisté simplement dans une légère déformation du dos de la main, une douleur localisée au même endroit, l'apparition tardive d'une ecchymose, et enfin une incapacité fonctionnelle de longue durée.

Dans la plupart des cas, ces fractures n'ont heureusement que peu d'importance. Grâce à l'union intime et au peu de mobilité des métacarpiens, les fragments sont eux-mêmes peu mobiles et ne subissent pas un déplacement notable; aussi la guérison s'opère-t-elle, en général, facilement sans le secours de l'art ou par le simple repos de la main et, peut-être, l'application d'une bande de flanelle destinée à limiter encore davantage les mouvements.

Mais, alors même que l'on ne réussirait pas à corriger tout à fait le déplacement du côté dorsal, ainsi que le raccourcissement du doigt correspondant à la fracture, la consolidation de cette dernière avec une légère déformation n'aurait pas de sérieuses conséquences au point de vue de l'aptitude fonctionnelle de la main. A en juger d'après les divers appareils qui ont été proposés dans ces cas, il est assez difficile d'obtenir la guérison sans aucune déformation. Après avoir déterminé la coaptation des fragments par des tractions sur le doigt et des pressions directes, on fera bien d'immobiliser pour quelques semaines la main et les doigts, ces derniers en flexion modérée, au moyen d'une attelle palmaire avec coussinet pour la main, et d'une attelle dorsale bien rembourrée s'étendant du milieu de l'avant-bras jusque sur les têtes des métacarpiens.

Les **fractures des phalanges** sont le plus souvent directes, et reconnaissent pour cause une violence traumatique agissant par contusion; cependant elles sont dues aussi parfois à une cause indirecte. Les fractures non compliquées ne présentent, en général, que peu de déplacement, et le traitement en est facile. Il y a longtemps déjà que l'on a conseillé de fixer le doigt fracturé au doigt voisin. Il est encore plus sûr d'envelopper préalablement le doigt de bandelettes de sparadrap formant un étui d'une certaine résistance, et de le fixer ensuite au doigt voisin par une bandelette de cette même substance. Pour plus de sûreté on peut, au moyen de bandelettes de sparadrap agglutinées ensemble, former une attelle que l'on applique à la face dorsale du doigt, et que l'on comprend dans le pansement que nous venons de décrire. On peut immobiliser encore plus exactement les fragments au moyen d'une attelle en gutta-percha ou en carton, ou d'une attelle mince en bois. Il importe assez peu, semble-t-il, que l'on immobilise le doigt dans la flexion ou dans l'extension, car il recouvre pour ainsi dire toujours sa mobilité; aussi peut-on fixer le doigt dans l'extension, sans avoir à redouter aucun inconvénient de cette attitude.

Nous avons déjà dit plus haut jusqu'à quel point on peut espérer la guérison, dans les fractures compliquées des phalanges, et nous avons vu que l'on est autorisé à fixer par la suture et le pansement même des bouts de doigt complètement séparés. Aussi ne se décide-t-on pas volontiers de bonne heure à l'amputation dans les fractures comminutives des doigts par armes à feu, de même que dans les fractures compliquées dues à d'autres causes. On n'aurait recours à cette opération que pour le cas où la fracture s'accompagnerait d'une

plaie étendue des parties molles. Lorsqu'un doigt a été complètement divisé par la violence traumatique, il est à conseiller, dans nombre de cas, de réserver d'emblée l'extrémité du moignon, afin que la cicatrice se trouve située d'une façon favorable.

Luxations du carpe, du métacarpe et des doigts.

§ 119. — Les **luxations** sont très rares dans la région du **carpe**. C'est le grand os qui paraît avoir le plus de tendance à se luxer, à la suite d'une chute ou d'un choc sur la face dorsale de la main; il vient alors faire saillie sur le dos de la main, après avoir rompu ses moyens d'union avec la première rangée du carpe.

ROSER mentionne l'existence de luxations spontanées du grand os du côté dorsal, à la suite du relâchement du carpe dans cette direction. On pourrait empêcher le déplacement de se reproduire, en entourant le poignet d'une bande élastique.

On a publié des observations de luxations d'autres os du carpe, tels que le semilunaire, tantôt du côté dorsal, tantôt du côté palmaire, l'os luxé faisant alors saillie en avant de l'articulation du poignet (CHISOLM, HOLMES). Dans les derniers cas que nous venons de mentionner, la luxation avait été déterminée par une violence traumatique agissant sur la main étendue. Dans l'un d'eux, les essais de réduction ayant échoué, on fit avec succès la résection du semilunaire (CHISOLM). FERGUSSON a même rapporté un cas de luxation du pisiforme, par traction musculaire, et MOSENGEIL a observé une subluxation du trapèze, du côté dorsal.

Lorsque les luxations en question sont dues à une flexion dorsale exagérée, c'est à partir de cette position que l'on cherchera à en obtenir la réduction. De la flexion dorsale on passe graduellement à la flexion palmaire. En même temps, on favorise la réduction en exerçant une pression directe sur la saillie osseuse. On comprend facilement que la réduction ne soit pas toujours facile si l'on songe que l'on ne peut soumettre à une action de levier énergique, l'os en partie séparé du reste du carpe.

§ 120. — Une lésion tout aussi rare que celles dont nous venons de parler, c'est la **luxation des métacarpiens des quatre derniers doigts**; elle est si rare, en effet, que MALGAIGNE a basé sa description sur trois cas seulement.

Il décrit avec BOURGUET une luxation du second métacarpien en avant due à une pression directe sur la partie postérieure et supérieure de cet os; elle fut reconnue à la saillie du métacarpien de l'index dans la paume de la main, et à la dépression correspondante de la face dorsale; les os trapèze et trapézoïde faisaient saillie en arrière de cette dépression.

La réduction peut être opérée par traction dans l'extension et pression directe en direction opposée sur les parties osseuses proéminentes. La luxation des métacarpiens du côté dorsal est évidemment un peu plus fréquente; ROUX a observé ce genre de luxation au troisième métacarpien, et d'autres auteurs l'ont vue se produire au métacarpien de l'index, soit isolément, soit combinée avec une luxation des quatrième et cinquième métacarpiens, sur la face dorsale de l'os crochu.