

en effet, la face palmaire de la tête métacarpienne représente un segment de sphère, tandis que la face dorsale de la base de la première phalange offre une convexité fortement décline de chaque côté; elle ne peut, par le fait, rester en équilibre sur la surface arrondie de la tête du métacarpien, et elle a une tendance à se déplacer latéralement. Ce qui favorise encore ce déplacement latéral, c'est que le tendon du court extenseur du pouce s'insère sur la partie moyenne de la base de la phalange, et qu'il ne peut se maintenir en rapport avec la face dorsale convexe de la tête métacarpienne. Aussi la base de la phalange se trouve-t-elle d'emblée déjetée latéralement, par rapport au métacarpien. En même temps la phalange paraît avoir subi une torsion de l'un ou l'autre côté (MESCHEDE).

Lorsque le tendon de l'extenseur a glissé du côté radial, la première phalange tend à se déplacer du même côté, et la face palmaire du pouce se tourne dans le sens de la supination; par contre, lorsque le tendon s'est porté du côté cubital, le déplacement latéral de la phalange s'opère aussi de ce côté, et la rotation du doigt se produit dans le sens de la pronation. Le tendon peut se déplacer au point de s'interposer entre les surfaces osseuses.

La réduction s'opère par l'extension directe du doigt combinée avec la pression, ou bien par la flexion dorsale; on tiendra compte naturellement de la déviation latérale concomitante et de la rotation du doigt.

La luxation se reproduit facilement après la réduction, ce qui prouve que l'appareil ligamenteux a dû subir une déchirure étendue. On devra maintenir la réduction, au moyen d'un appareil convenable.

§ 123. — Les luxations de la première phalange des autres doigts ressemblent à celles du pouce à tel point que nous nous dispensons d'en donner une description spéciale, et que nous renvoyons le lecteur aux paragraphes précédents. Elles sont plus rares que les luxations du pouce; c'est à l'index qu'on les a observées le plus souvent. On a aussi constaté assez souvent leur irréductibilité due probablement aux mêmes causes. Ici encore, les luxations du côté palmaire sont très rares.

Les autres articulations phalangiennes qui, au point de vue anatomique, se rapprochent des articulations métacarpo-phalangiennes, et n'en diffèrent qu'en ce sens qu'elles représentent de purs ginglymes, peuvent être le siège de luxations dorsales, à la suite d'une hyperextension, et évidemment, bien que rarement, de luxations palmaires à la suite d'une flexion exagérée. Les symptômes ressemblent tellement à ceux que nous avons décrits, et l'exploration du doigt est si facile, que nous jugeons superflu de parler du diagnostic de ces luxations. Ici encore l'interposition du tendon fléchisseur a été considérée comme étant l'obstacle à la réduction dans les cas difficiles (DUPUYTREN).

Les articulations interphalangiennes sont aussi assez souvent le siège de luxations latérales dues probablement à une inflexion latérale du doigt étendu. Une condition nécessaire à la production de ces luxations, c'est la rupture des deux, ou tout au moins de l'un des ligaments latéraux et de la partie corres-

pondante de la capsule. En général, la réduction en est facile. Les articulations des doigts sont cependant assez souvent le siège de luxations irréductibles, et dans nombre de cas on a dû avoir recours à la résection. D'après les règles que nous avons établies pour le traitement de la luxation irréductible du pouce, nous réservons la résection pour les luxations compliquées de plaies des téguments.

C. PROCESSUS INFLAMMATOIRES DE LA MAIN ET DES DOIGTS.

§ 124. — Il est difficile de séparer complètement l'étude des processus inflammatoires de la main de celle des lésions traumatiques dont elle peut être le siège; en effet, ce sont précisément les inflammations graves entraînant une incapacité fonctionnelle du membre ou d'une partie de ce dernier, qui sont presque toujours précédées d'une blessure, si légère fût-elle. Nous donnerons d'abord un aperçu rapide de l'inflammation des os et des articulations, et nous y joindrons immédiatement l'étude des processus inflammatoires des gaines tendineuses, lesquels ont à la main une importance bien plus grande qu'en tout autre point du corps.

Les arthrites des doigts succèdent, dans la grande majorité des cas, à un trauma ayant atteint l'articulation.

Nous avons déjà fait remarquer qu'une plaie articulaire du doigt, même lorsqu'elle intéresse l'os également, peut guérir sans suppuration et avec conservation des fonctions articulaires, lorsqu'elle a été soumise à un traitement convenable (suture, pansement antiseptique, immobilisation). Même lorsque la plaie devient le siège d'une suppuration, celle-ci peut conserver les caractères d'une simple sécrétion, et la guérison s'opérer néanmoins avec conservation des mouvements. Dans d'autres cas, il se produit une usure du cartilage et une synéchie de l'articulation, dans d'autres encore une élimination des extrémités articulaires par nécrose suivie de la guérison avec un doigt ankylosé. Les larges plaies articulaires avec destruction des parties molles, entraînent presque nécessairement des conséquences analogues. Malheureusement, les plaies articulaires par instruments piquants (aiguille, alène, etc.), sont suivies bien souvent d'une arthrite suppurée tout à fait aiguë. Or ce sont précisément les cas de ce genre dans lesquels on a négligé de pratiquer de bonne heure une large ouverture de l'articulation, qui se compliquent volontiers d'une suppuration aiguë de la gaine synoviale; grâce à cette dernière complication, l'inflammation articulaire, qui en elle-même est peu dangereuse, devient une affection assez grave pour menacer les jours du malade. D'autre part, la gaine tendineuse est en rapport si intime avec l'articulation, que l'inflammation se propage tout aussi facilement en sens inverse, c'est-à-dire de la première à la seconde de ces cavités. Enfin les processus inflammatoires des parties molles voisines de l'articula-