

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-

tion (panaris), envahissent assez souvent directement cette dernière.

Les **processus chroniques des articulations phalangiennes** sont beaucoup plus rares que les inflammations aiguës suppurées dont nous venons de parler. Mentionnons tout d'abord comme étant, sans doute, les plus fréquentes, certaines affections qui se développent tout à fait lentement, parfois par poussées successives, dans un certain nombre d'articulations digitales, et qui peuvent finalement compromettre à un haut degré les fonctions de la main. Assez souvent elles se compliquent d'affections d'autres articulations. Nous avons à signaler tout d'abord l'arthrite goutteuse des doigts. On reconnaît cette dernière, dans les cas typiques, au développement subit d'une inflammation articulaire dans un doigt, avec rougeur de la peau, chez des individus qui présentaient déjà auparavant d'autres affections goutteuses, et principalement la podagre ou des dépôts d'urates dans les gaines tendineuses, etc. Ce qui caractérise aussi la goutte, c'est qu'il n'est pas rare de la voir disparaître d'une articulation pour en envahir d'autres. Mais on observe, surtout dans la classe pauvre, une forme d'arthrite goutteuse tout à fait semblable dans son développement aux deux affections dont nous parlerons tout à l'heure, car elle envahit peu à peu un certain nombre et même à peu près la totalité des articulations des doigts, déterminant la déformation de ces derniers et l'usure des corps articulaires, sans que le malade présente d'autres symptômes se rapportant à la goutte. Dans le diagnostic on devra prendre en considération deux formes certainement différentes d'arthrites multiples des doigts. L'une est l'**arthrite déformante** avec tous les symptômes caractéristiques, tels que la déformation des extrémités articulaires des phalanges. Elle se reconnaît toujours, tout d'abord, à la tuméfaction des extrémités articulaires, et, bientôt après, aux symptômes de déformation les plus divers. Parfois la tuméfaction de l'articulation disparaît graduellement, et l'arthrite déformante ressemble alors beaucoup à l'affection dont il nous reste à parler, et que l'on désigne sous le nom de **rhumatisme chronique**. Ce dernier s'observe plus souvent chez la femme que chez l'homme, et affecte surtout les individus voués aux travaux manuels. Les articulations des doigts deviennent douloureuses, et leurs mouvements s'accompagnent de crépitation; les extrémités articulaires ne présentent pas de tuméfaction notable et persistante, mais l'articulation devient le siège d'une synovite passagère. Bientôt les articulations présentent diverses formes d'incurvation pathologique; les articulations métacarpo-phalangiennes sont fléchies à la fois du côté palmaire et du côté cubital; la seconde phalange est assez souvent en hyperextension, et elle peut avoir subi également une déviation latérale de l'un ou l'autre côté. En ce qui concerne les altérations anatomiques, on trouve déjà de bonne heure une usure du cartilage et un état de rétraction de la synoviale. Les stades terminaux de l'arthrite goutteuse et de l'arthrite déformante ont, du reste, une assez grande analogie

avec l'affection que nous venons de décrire. Le traitement est assez impuissant si l'on fait abstraction des moyens thérapeutiques dont nous disposons contre l'affection goutteuse.

Après les formes d'arthrites que nous venons de passer en revue, la plus fréquente est celle qui vient finalement compliquer l'ostéomyélite chronique ou spina ventosa des enfants, affection que nous aurons à décrire ultérieurement: tantôt une arthrite tuberculeuse se développe dans les articulations des doigts, à la suite d'une destruction du cartilage par les granulations de l'os, tantôt l'articulation est envahie par la suppuration. Mais on observe aussi parfois une **arthrite tuberculeuse ou fongueuse** non consécutive à une ostéomyélite primitive, et il n'existe guère d'autre articulation qui permette d'étudier aussi complètement qu'au doigt, dans des proportions réduites, les symptômes caractéristiques de cette affection, à savoir la tuméfaction molle, en forme de fuseau de la région articulaire, le relâchement du ginglyme et les mouvements de latéralité qui en sont la conséquence.

Nous avons déjà fait remarquer plus d'une fois que le **pronostic** de toutes les arthrites des doigts n'est pas mauvais, au point de vue vital. Il n'arrive pas souvent de nos jours, fort heureusement, qu'un malade, ainsi que je l'ai vu moi-même, succombe à une pyémie métastatique à la suite d'une simple arthrite suppurée d'une articulation interphalangienne due à une large blessure de cette dernière, sans que cette arthrite se soit cependant compliquée d'une suppuration de la gaine tendineuse. Plus souvent déjà, c'est cette dernière complication qui entraîne une terminaison fatale comme nous le verrons plus loin. Par contre, au point de vue fonctionnel, le pronostic de ces divers processus inflammatoires est toujours douteux en ce sens qu'ils peuvent facilement laisser à leur suite une gêne dans les mouvements des doigts, ou même dans l'usage de toute la main, surtout lorsque l'inflammation s'est propagée aux gaines tendineuses; aussi les arthrites des doigts ont-elles à ce point de vue une très grande importance. Nous insisterons davantage sur ce sujet, dans notre courte étude de la contracture des doigts.

Le traitement des plaies articulaires des doigts est le même que celui des blessures des articulations en général. Lorsque la plaie est récente, on en fait la suture avec les précautions antiseptiques, et l'on immobilise le doigt dans un pansement de LISTER, ou en ayant recours à l'un ou l'autre des moyens de fixation que nous avons décrits pour les fractures. Des incisions sont avant tout nécessaires, lorsqu'il survient de la suppuration ou que l'on est appelé à traiter des doigts déjà affectés d'inflammation suppurée. C'est surtout dans les plaies par instruments piquants que l'on observe une tendance très marquée au phlegmon suppuré; il est indiqué, dans ces cas, de faire de larges et profondes incisions destinées à détendre les tissus enflammés. En outre, on maintiendra la main élevée dans un appareil de suspension. Souvent, par une résection pra-