

ne parvient pas à arrêter ainsi les progrès du mal, on obtiendra, en général, d'excellents effets de l'irrigation continue avec l'acide salicylique. Le membre étant suspendu, on place à une certaine hauteur au-dessus du lit du malade, un irrigateur muni d'un tube avec robinet, et l'on introduit l'extrémité de la canule qui termine le tube, dans l'orifice supérieur du drain le plus élevé, soit à la main, soit à l'avant-bras. Le robinet est ouvert de façon que le contenu de l'irrigateur ne s'écoule que goutte à goutte, et l'on a soin de disposer le drainage de manière que le liquide passe par tous les trajets de suppuration et sorte par les drains situés à la partie la plus déclive. Au bout de quelques jours la suppuration a perdu le plus souvent en grande partie ses propriétés phlogogènes; elle a même parfois cessé complètement, et l'on peut, à partir de ce moment, laisser le pansement antiseptique en place jusqu'à la guérison complète.

La seconde faute que commettent si souvent précisément ceux qui négligent l'incision précoce du panaris, c'est l'emploi de la chaleur humide surtout sous la forme de cataplasmes, fort en honneur dans le public.

Nous ne prétendons pas nier par là que la chaleur humide ne puisse hâter la « maturation » de l'abcès. Ce qui est incontestable, en effet, c'est que ce moyen de traitement a pour résultat une dilatation des vaisseaux, une stase plus marquée et une diapédèse plus active des corpuscules du pus dans toute la périphérie du foyer purulent, et qu'il ne peut que favoriser, par conséquent, le ramollissement et la fonte des tissus dans la direction de la peau. Mais ce que nous désirons obtenir du côté des téguments, nous ne pouvons l'empêcher de se produire dans la direction du tendon et du périoste. Nous affirmons sans hésiter que l'application continue de la chaleur humide favorise la diffusion du processus, l'extension de ce dernier hors de ses limites primitives, et par conséquent la production d'une nécrose du tendon ou de la phalange. Mais les partisans de cette méthode de traitement vont plus loin encore. Ils continuent l'application des cataplasmes sur le doigt tuméfié, difforme et de teinte violacée, même après que la peau a été finalement perforée par le pus et que le tendon déjà mortifié, vient faire saillie à travers un ou plusieurs petits orifices fistuleux. Il est évident qu'un pareil traitement est favorable à la propagation du phlegmon, à l'extension de la nécrose du tendon et des os et à la formation d'abcès multiples s'étendant jusque dans l'avant-bras; de fait, il suffit souvent de laisser de côté les cataplasmes pour que l'on observe aussitôt une diminution de l'énorme gonflement des parties malades. Nous avons déjà exposé d'une façon détaillée le traitement qu'il convient d'appliquer à ces complications du panaris; néanmoins nous voulons rappeler encore une fois, à cause de leur importance, les excellents effets que l'on obtient de la suspension verticale du membre, suivant la méthode de VOLKMANN (voir § 112), précisément dans les cas de panaris négligés que l'on ne veut ou ne peut

soumettre au traitement antiseptique que nous venons de décrire. Quelques heures de suspension sont souvent suffisantes pour faire disparaître le gonflement œdémateux et la coloration violacée du membre, ainsi que les violentes douleurs qui tourmentent le malade au plus haut degré. Bientôt il ne reste plus qu'à traiter l'affection locale de la gaine tendineuse ou de l'os, et à mettre fin à la suppuration par l'extraction des parties nécrosées.

D. TROUBLES DE LA MOTILITÉ DE LA MAIN ET DES DOIGTS CONSÉCUTIFS AUX AFFECTIONS INFLAMMATOIRES. CONTRACTURES D'ORIGINE PARALYTIQUE. SPASMES CIRCONSCRITS DES MUSCLES DE LA MAIN (GRAMPE DES ÉCRIVAINS, ETC.)¹.

§ 131. — Le repos prolongé de la main a parfois pour conséquence une contracture assez notable, dans l'attitude qu'offrait cette partie du membre supérieur lorsqu'elle était immobilisée dans l'appareil. Les articulations deviennent raides, les tendons ne glissent plus dans leurs gaines avec lesquelles elles contractent des adhérences partielles. Les cas les plus défavorables sont ceux dans lesquels les doigts ont été immobilisés dans l'extension, et non dans la position moyenne qui, du reste, est presque toujours indiquée. Dans cette dernière attitude, par contre, il est beaucoup plus facile de rendre aux doigts leur mobilité par des mouvements actifs et passifs, par le massage et l'électricité, par l'extension et la flexion des différentes articulations dans l'anesthésie chloroformique; en général, pour arriver à un bon résultat, il faut beaucoup de patience de la part du médecin et de bonne volonté chez le malade (voir § 124).

Une forme beaucoup plus grave, heureusement peu fréquente, de contracture en position vicieuse, est celle que l'on observe à la suite de l'immobilisation d'une fracture de l'avant-bras dans des appareils trop serrés; c'est surtout depuis que l'on emploie les appareils plâtrés que l'on a vu augmenter le nombre des paralysies de ce genre. Une fois l'appareil enlevé, on constate que la main, dont les téguments ont pris une teinte violacée, est tuméfiée, œdématisée, douloureuse, et qu'elle présente un état de raideur avec flexion du côté palmaire et du côté cubital. Les doigts également sont fléchis en forme de griffes, et c'est précisément le dernier nom que l'on a choisi pour désigner les formes les plus prononcées de contracture en flexion. Cependant on observe aussi des troubles fonctionnels moins graves se rapportant à des muscles isolés. VOLKMANN a donné à cette affection le nom caractéristique de **paralysie**

1. Dans ce paragraphe et le suivant, comme aussi dans plusieurs autres chapitres de ce volume, le mot *contracture* est pris dans son acception la plus large et comprend à la fois la contracture proprement dite et la rétraction des muscles, ainsi que la roideur due à des adhérences tendineuses ou articulaires.

(Note du traducteur.)

musculaire d'origine ischémique, et ses élèves (KRASKE, LESER) ont confirmé cette manière de voir par l'expérimentation et l'observation clinique. Tandis que les nerfs ont conservé leur conductibilité, les muscles ont perdu une grande partie de leur excitabilité. L'examen microscopique a démontré la destruction d'un certain nombre de fibres musculaires, lesquelles, de même que les capillaires du muscle, ont perdu leurs noyaux. En outre, il a permis de constater un état inflammatoire du muscle. La régénération des fibres musculaires est d'autant plus entravée que l'inflammation a été plus prononcée. Ce sont les mouvements actifs et passifs des muscles qui font disparaître le plus rapidement cet état inflammatoire. On comprend, dès lors, que le pronostic de cette forme de contracture soit relativement peu favorable. J'ai obtenu, cependant, un certain nombre de résultats en opérant, en plusieurs séances, l'extension forcée des doigts recourbés en forme de griffes, le malade étant chloroformé, et en maintenant la nouvelle position au moyen d'un appareil fort simple, consistant en une attelle palmaire bien rembourrée au niveau de la main et des doigts. Le changement fréquent de position des doigts, ainsi que les mouvements actifs et passifs, contribuent à maintenir et à améliorer le résultat obtenu. Aussi, ne puis-je que conseiller vivement cette méthode chez les enfants, avant de se décider à abandonner tout traitement ou à pratiquer des amputations ayant pour but de délivrer le malade de ses souffrances et de guérir les ulcérations produites dans la paume de la main, par la pénétration de la phalange unguéale fléchie à un degré extrême.

On observe des *contractures d'origine inflammatoire*, au niveau des articulations phalangiennes, à la suite des diverses inflammations que nous avons étudiées. Vu le pronostic en somme fâcheux de ces contractures et ankyloses, il importe, ainsi que nous l'avons dit déjà plusieurs fois, de veiller constamment à ce que, pendant le traitement du processus inflammatoire, les doigts soient fixés dans l'appareil dans une position modérément fléchie, car un doigt ankylosé dans l'extension ne peut que gêner les fonctions de la main. Les diverses contractures des doigts peuvent être arthrogènes, myogènes ou enfin tendinogènes. Dans les cas d'arthrites suppurées des doigts, plusieurs auteurs ont conseillé la résection à la période de suppuration, dans le but de conserver un doigt utile (HUETER). Lorsque la gaine tendineuse est encore intacte, et que la plaie opératoire guérit rapidement, le doigt recouvre, paraît-il, ses fonctions d'une façon à peu près complète. Nous connaissons encore trop peu le résultat définitif des résections de ce genre pour que nous puissions porter un jugement tout à fait arrêté sur la valeur de cette opération. Les résections tardives, dans les cas d'ankylose, ont toujours un pronostic extrêmement douteux, car le plus souvent, des processus inflammatoires ont déterminé des adhérences du tendon avec la gaine; aussi fera-t-on bien de ne pas compter sur un bon état fonctionnel du

doigt opéré. Néanmoins, dans nombre de cas, la résection doit être tentée comme dernière ressource, lorsque la profession du malade exige que le doigt ait toute sa mobilité. Les simples ankyloses articulaires peuvent être traitées, tout d'abord, par le brisement forcé, ainsi que par les mouvements actifs et passifs. Je donne, en général, la préférence au brisement forcé qui m'a souvent permis d'obtenir certains résultats, alors que les autres moyens avaient échoué. Assez souvent, cependant, il est à conseiller d'opérer l'extension lentement, au moyen d'appareils. Tout dernièrement, SCHOENBORN a eu l'heureuse idée d'utiliser la traction élastique, pour étendre les doigts fléchis, et s'est servi d'un appareil construit spécialement dans ce but.

Une forme particulière de troubles de la motilité a été observée quelquefois, dans les articulations phalangiennes, et décrite, sous le nom de « doigt à ressort » (NOTHA, NÉLATON, BUSCH, MENZEL, BERGER, etc.). Les mouvements volontaires du doigt se font difficilement jusqu'à un certain degré d'extension ou de flexion, puis tout à coup le mouvement commencé se termine brusquement, à la manière de la lame d'un couteau de poche. PITHA croit pouvoir expliquer ce phénomène par la présence d'un corps étranger articulaire. Pour ma part, j'ai observé ce trouble fonctionnel à la phalange d'un orteil, et après l'amputation de ce dernier qui avait été indiquée par les douleurs dont il était le siège, j'ai pu reproduire le même phénomène sur la pièce disséquée, et j'ai constaté que, dans une position déterminée, les ligaments latéraux étaient maintenus dans un état de tension très forte par une saillie irrégulière que présentait la surface articulaire de la première phalange. A un certain degré de flexion ou d'extension, les surfaces articulaires se mettaient en contact de telle façon que la partie proéminente n'avait plus à supporter la plus grande partie de la pression. A ce moment les ligaments se relâchaient, et le mouvement commencé s'achevait brusquement. Récemment MENZEL et BERGER ont publié des observations de doigts à ressort. Ils cherchent la cause de ce phénomène dans des épaissements du tendon avec altérations concomitantes de la gaine synoviale. Le phénomène du doigt à ressort se produit au moment où la partie épaissie du tendon glisse à travers un point rétréci de sa gaine. Il a été prouvé par un certain nombre d'observations (BLUM, REHN, etc.) que le tendon peut être le siège d'irrégularités et de nodosités, lesquelles constituent un obstacle aux mouvements en restant pris dans la gaine tendineuse du côté palmaire de la première articulation interphalangienne. Le traitement consiste dans les badiageonnages de teinture d'iode, les mouvements et le massage. Parfois cette affection disparaît tout à coup comme elle était venue. Mais lorsqu'elle est une cause de vives souffrances pour le malade, le traitement qui nous paraît devoir être conseillé, consiste à ouvrir l'articulation avec les précautions antiseptiques, à aller à la recherche de l'obstacle et à le lever si possible. De fait, on a obtenu déjà plusieurs fois la guérison par cette opération.

Une partie des **contractures tendinogènes** ont un pronostic tout à fait grave. Lorsque le tendon extenseur est détruit, le doigt tend à se fléchir de plus en plus, grâce à l'action du tendon fléchisseur, sans que