Le rhumatisme est une inflammation diathésique du tissu fibro-séreux des articulations et des viscères.

Il s'observe à l'état *aigu*, et rarement à l'état *chronique*. Sur cinquante-neuf observations que j'ai recueillies, il y en a quarante-neuf de rhumatisme articulaire aigu, huit de rhumatisme chronique et deux de rhumatisme noueux.

Causes. — C'est une maladie qu'on n'observe guère qu'à partir de cinq ou six ans, beaucoup plus ordinairement chez les garçons que les filles, bien que celles-ci m'en aient offert de nombreux exemples. Elle est quelquefois héréditaire, et se montre à plusieurs reprises chez le même enfant. Elle se développe spontanément, sans cause appréciable, ou sous l'influence du froid.

Le rhumatisme articulaire aigu succède quelquefois à la variole, ce qui est rare, et aux grandes opérations chirurgicales; mais alors, c'est plutôt de l'arthrite causée par la résorption purulente et l'embolie que du rhumatisme. On voit aussi, comme je l'ai dit plus haut, la maladie éclater chez les nouveau-nés dans le cours des épidémies de fièvre puerpérale, avec ou sans coïncidence de fièvre puerpérale chez la mère. Ce sont là des arthrites spéciales, comme on a pu le voir d'après les observations que j'ai publiées plus haut, et d'après les faits de Treilhard de la Terrisse, de Lorain, etc.

Le rhumatisme se développe aussi assez souvent avant ou après la chorée, et vers la fin de la scarlatine. J'en ai vu plusieurs exemples. Alors, malgré la coexistence des deux maladies, l'affection articulaire, généralisée dans un grand nombre de jointures, suit la marche du rhumatisme articulaire simple. Une fois, j'ai vu ce rhumatisme scarlatineux suppurer, donner lieu à un phlegmon diffus de la cuisse et amener la mort.

Observation I. — *Scarlatine; rhumatisme suppuré; œdème, phlegmon diffus. Mort.* Jung (Sophie), sept ans, entrée le 10 juillet 1860.

Les parents se portent bien. Il est mort trois enfants du croup, de la poitrine et d'œdème. Il en reste un de quatorze mois qui a la poitrine grasse, un de quatre ans bien portant, et celle-ci.

Cette enfant s'est toujours bien portée. Elle n'avait jamais fait de maladies, quand, il il y a deux mois, elle eut une fièvre éruptive, que l'on pense avoir été une *scarlatine*. Il n'y eut pas de flux nasal ou oculaire, un peu de toux seulement, pas de douleurs lombaires, la langue était assez rouge, il n'y avait pas de mal de gorge. L'éruption avait disparu, et il se faisait une desquamation par lambeaux d'une étendue appréciable, lorsque l'enfant sortit pour la première fois. Tout allait bien; mais, trois semaines après l'éruption, elle fut prise de vives douleurs dans le coude gauche, qui s'enflamma et devint rouge luisant; puis les jointures des membres inférieurs et le coude droit se prirent successivement et rapidement. Bientôt un œdème considérable envahit les jambes, au dire des parents. Il n'y a jamais eu de douleur cardiaque ni précordiale, jamais l'enfant ne s'est plainte de battements du cœur.

Actuellement l'enfant redoute le moindre contact, dont l'appréhension lui fait pousser des cris aigus. Elle est extrêmement pâle, mange peu, est très dégoûtée. Depuis trois semaines elle a quatre à cinq selles en diarrhée par jour. Elle tousse depuis la même époque seulement. L'haleine est acide, la salive rougit le tournesol bleu, la bouche est remplie de muguet. L'enfant demande à chaque instant des aliments, mais elle repousse tout ce qu'on lui présente, à l'exception du lait. Soif incessante.

L'œdème est douloureux, plus prononcé au membre inférieur gauche qu'au droit. La maigreur est excessive. L'examen n'est pas possible, la malade poussant des cris aigus quand on approche la main de son corps. L'auscultation n'est pas possible.

Dès son entrée, elle est véritablement agonisante, et meurt le 13 juillet au matin.

Autopsie le 14 juillet. — Le *crâne* n'est pas ouvert.

Les *poumons* ne renferment pas de tubercules; ils ne sont pas adhérents.

Le *péricarde* renferme une petite quantité de sérosité limpide. Pas de péricardite ni d'albumine. Le cœur est un peu plus volumineux qu'à l'ordinaire. Le ventricule gauche, considérablement hypertrophié, a des parois dont l'épaisseur varie de 15 à 20 millimètres. La cavité ventriculaire droite est presque effacée. Pas d'altérations des orifices ni des gros vaisseaux. Caillots fibrineux survenus *post mortem*.

Abdomen. — Rien à noter, sauf l'augmentation de volume des ganglions mésentériques.

Membres supérieurs. — Ils sont très amaigris, comme le tronc lui-même du sujet, non œdématiés. Les deux *épaules* n'ont pas d'altérations. Les deux *coudes* offrent en arrière une saillie fluctuante manifeste. Ces articulations renferment une grande quantité de pus. Les synoviales articulaires, déchirées, ont livré passage au liquide purulent, qui est allé disséquer les masses musculaires du triceps, ainsi que celles de l'avant-bras, et forme au-dessus et au-dessous de l'articulation de larges clapiers.

Les mouvements imprimés sur le cadavre donnaient une sensation de frottement rude et qui était dû à la dénudation des extrémités osseuses. Les cartilages ne revêtaient plus les surfaces articulaires, que recouvraient quelques fausses membranes blanchâtres, paraissant fournir du pus concret, peu adhérentes, friables, constituées peut-être par des cartilages altérés.

Membres inférieurs. — Tous deux sont œdématiés; le gauche l'est plus que le droit. La peau qui le recouvre est pâle. — L'incision des téguments du côté gauche révèle l'existence d'un vaste phlegmon diffus s'étendant du bassin à l'extrémité du membre. Le tissu cellulaire sous-cutané, très épaissi, est infiltré d'une énorme quantité de pus demi concret, avec lambeaux de tissu noir, sphacélé et sanguinolent. Les muscles sont disséqués, et infiltrés de sérosité. — Dans le membre inférieur droit, il y a simplement un œdème considérable, sans phlegmon diffus, ni suppuration du tissu cellulaire.

Articulations coxo-fémorales. — Celle de gauche offre à son niveau un gonflement considérable. Une incision semi-lunaire, pratiquée en arrière du grand trochanter, permet de luxer la cuisse. Il en sort une énorme quantité de pus, provenant originairement de la cavité articulaire, dont la synoviale et les capsules perforées lui ont permis de se répandre dans les tissus environnants, où il s'est créé un vaste foyer, qui se continue avec les désordres du plegmon diffus ci-dessus mentionné. Les cartilages ont disparu. Les surfaces osseuses articulaires sont à nu; le ligament rond est détruit. — Mêmes altérations dans l'articulation de la hanche gauche et les tissus qui l'environnent, mais moins étendues.

Symptômes. — Le rhumatisme articulaire de l'enfance occupe, *tantôt une* articulation, ce qui est assez rare, car je n'en ai vu que peu d'exemples, *tantôt plusieurs* articulations, et forme le rhumatisme *monoarticulaire* ou le rhumatisme *polyarticulaire*.

Il débute par une fièvre plus ou moins forte avec de la courbature, des malaises et de l'inappétence. Viennent ensuite les douleurs articulaires; mais quelquefois ce sont les douleurs qui paraissent avant tout autre phénomène morbide.

Les douleurs commencent, soit au genou, soit au pied, soit dans les orteils ou dans les doigts. Elles envahissent la hanche, les épaules, le coude ou les poignets et les articulations du cou. Elles durent un ou deux jours dans une articulation, puis se déplacent et se fixent momentanément sur une autre. C'est là leur caractère, et leur mobilité en révèle aussitôt la nature. Elles sont accompagnées d'un gonflement plus ou moins considérable, qui se voit surtout aux orteils, aux genoux ou sur les doigts, et qui est causé par un épanchement de sérosité articulaire. Dans le genou, cet épanchement va quelquefois jusqu'à l'hydarthrose. La rotule est alors soulevée des condyles du fémur, et on l'y fait retomber par un choc un peu brusque. Avec le gonflement existe quelquefois une faible rougeur de la peau, qui n'est visible que sur les articulations endolories des doigts.

Dans cet état, et quand la maladie s'est ainsi généralisée, les enfants ne peuvent bouger; les mouvements sont très douloureux : le poids des couver-

tures devient insupportable, et l'on ne peut les toucher sans leur faire jeter des cris aigus. Il y a une fièvre vive de 40 ou 41 degrés; le pouls est fort, large, fréquent, régulier, de 110 à 148 pulsations; mais dans quelques cas, au contraire, la réaction fébrile est molle, et le pouls, peu fréquent, dépressible, ne s'élève pas au delà de 90 pulsations et la température ne va qu'à 38. C'est toujours une chose fâcheuse, car le rhumatisme articulaire *subaigu* est infiniment plus difficile à guérir que l'autre.

La peau est plus ou moins chaude, sèche d'abord, halitueuse et moite au milieu et à la fin de la maladie. La température atteint 39, 40 et 41 degrés.

Les urines, d'abord rares, deviennent chaque jour plus abondantes, et sont chargées d'une grande quantité de sels, comme dans toutes les maladies aiguës.

Endocardite rhumatismale. — Dans le rhumatisme articulaire aigu de l'enfance, comme chez les adultes, la maladie s'étend quelquefois au tissu fibroséreux du cœur, des poumons et du cerveau ou de la moelle épinière. Les battements du cœur sont plus fréquents que de coutume, la circulation est gênée, et un souffle doux ou rude, ordinairement unique, mais parfois double, de l'orifice aortique ou mitral, annonce une *endocardite rhumatismale* avec lésion de l'orifice de l'aorte ou de l'orifice auriculo-ventriculaire. Il se fait alors un rétrécissement ou une insuffisance de ces orifices qui dure quelques semaines ou quelques années.

Pleurésie et péricardite rhumatismale. — Chez quelques enfants, mais plus rarement, il se fait de la *pleurésie* avec matité thoracique postérieure ou latérale et affaiblissement du murmure vésiculaire, ou bien une *péricardite* qu'on reconnaît les premiers jours par un frottement à la base de la région précordiale, qui est un peu plus tard remplacé par une matité plus ou moins étendue avec éloignement des bruits. J'en ai vu bien des exemples, entre autres un cas très curieux :

OBSERVATION II. — Dans le cours d'un rhumatisme articulaire aigu, une jeune fille de douze ans m'offrit à la fois un bruit de souffle doux à la base du cœur, au niveau de l'origine de l'aorte, et un bruit de frottement superficiel sur le même point. Il y avait en même temps une matité assez notable de 10 centimètres de long sur 8 de large, éloignement des bruits ; mais l'impulsion du cœur se faisait néanmoins sentir à la main dans le cinquième espace intercostal où l'on voyait battre la pointe de l'organe. Cette enfant a guéri sous l'influence favorable de la vératrine.

Rhumatisme cérébral. — Huit fois j'ai observé dans l'enfance la migration du rhumatisme sur les méninges; cette complication de *méningite rhumatismale* entraîne un violent délire, promptement suivi de mort, chez l'adulte ; mais sur ces huit enfants six ont guéri. Tous ont offert comme signe de leur méningite une névrite optique bien caractérisée (1). — J'ai vu, en outre, un cas dans lequel le rhumatisme avait passé des jointures aux enveloppes de la moelle et avait produit une paraplégie passagère, compliquée de lésion du nerf optique, constatée à l'ophthalmoscope. C'était une *myélite rhumatismale*, et c'est à une lésion spinale congestive qu'il faut aussi attribuer la chorée consécutive au rhumatisme.

Le rhumatisme articulaire aigu dure de six à quinze jours environ, pour la période d'acuité des douleurs, puis les mouvements deviennent plus faciles ; la rougeur et le gonflement disparaissent; il reste un peu de roideur, et la fièvre disparaît graduellement. Alors l'appétit revient, avec

(1) Voyez Bouchut, *Traité de diagnostic des maladies du système nerveux par l'ophthalmoscope*, où se trouve ce fait. Paris, 1865, un vol. in-8°.

l'appétit les forces et la liberté entière des mouvements. Une fois guéri, ce peut être pour toujours ; mais, comme toutes les diathèse, il est sujet à *récidive*. J'ai vu plusieurs enfants être repris de nouveau au bout de deux ou trois ans et davantage, c'est-à-dire d'un temps variable.

Quand le rhumatisme est *monoarticulaire*, il occupe ordinairement un seul ou les deux genoux, plus rarement l'épaule; la maladie est plus longue, plus difficile à guérir. Dans le genou, il en résulte d'abord une *hydarthrose*, et plus tard, quelquefois, une arthrite chronique avec ankylose et rétraction de la jambe, ou une tumeur blanche.

Dans quelques cas rares, le rhumatisme articulaire aigu polyarticulaire passe à l'*état chronique*, dure un ou plusieurs mois, et devient *noueux*. J'en ai vu treize exemples. Il en sera question dans le chapitre suivant.

Pronostic. — Le rhumatisme aigu polyarticulaire est moins grave que le rhumatisme monoarticulaire, car il passe moins aisément à l'état chronique. Il guérit presque toujours bien et n'a de gravité que lorsqu'il se jette sur le cerveau ou la moelle, sur le cœur et sur le péricarde, pour y déposer le germe d'une maladie organique ultérieure, telle que l'hypertrophie ou une altération valvulaire considérable. Sa gravité est en rapport avec ses complications intérieures, lorsque l'affection articulaire se complique de rhumatisme pleural ou cérébral. Dans ce dernier cas, la maladie est presque toujours mortelle. — A l'*état subaigu*, il est souvent, mais non pas toujours, une cause de chorée, car cette névrose existe sans rhumatisme.

Le rhumatisme aigu monoarticulaire est ordinairement plus grave. Il est rarement simple, sa nature le rapproche de celle de l'arthrite. Il dépend souvent d'un autre état général infectieux, telle qu'une suppuration cachée, une variole ou la scarlatine. Dans ces cas, le rhumatisme peut guérir, mais il se termine aisément par la suppuration et la mort, ou par ankylose et tumeur blanche incurable.

Chez les enfants qui succombent à la suite d'un rhumatisme articulaire aigu simple, ce qui est rare, on trouve dans les articulations malades une injection vasculaire assez forte du tissu fibreux et de la synoviale dont le poli a diminué et dont la quantité de synovie est plus considérable. Celle-ci est jaunâtre, épaisse, transparente, mêlée de quelques grumeaux albumineux, et ne renferme jamais de pus visible à l'œil. Quelquefois cependant, en cherchant bien dans les dépôts de la synovie, on découvre, au microscope, quelques globules de pus qui permettent de dire que le rhumatisme s'est terminé par suppuration. Outre le fait de la mort, qui est rare, celui de cette suppuration est encore plus rare et ne repose que sur la présence de quelques cellules de pus à peine appréciables.

Le rhumatisme monoarticulaire, qui dépend d'une autre maladie générale infectieuse, se termine beaucoup plus souvent par suppuration, et alors le microscope n'est plus nécessaire pour découvrir le pus. La jointure en est remplie, et il suffit d'une incision pour donner passage à un liquide blanchâtre plus ou moins épais, caractéristique.

Nature et traitement. — Le rhumatisme est une phlegmasie aiguë que caractérisent la chaleur, la douleur, la tuméfaction des parties affectées et une augmentation de température considérable allant jusqu'à + 41°. Il s'accompagne également d'hypérinose, ce qui est le caractère des inflammations aiguës.

Jamais à l'état chronique il ne s'accompagne de diathèse urique ni de concrétions tophacées, comme dans la goutte, — ce qui rend ces maladies essentiellement différentes quant à leur nature. — On n'a presque jamais vu la

goutte chez un enfant, et l'on peut se servir de ce fait pour établir que, chez l'adulte, la goutte et le rhumatisme sont deux affections différentes.

Le rhumatisme articulaire aigu peut être guéri en quelques jours s'il est convenablement traité. Trois à huit jours peuvent suffire dans la grande majorité des cas, si la maladie est simple, sans complications d'état général étranger ou de rhumatisme viscéral.

Les enfants doivent être mis au régime du bouillon et du lait coupé avec de la tisane de chiendent, de bourrache, de limonade ou de groseille, à leur choix.

Les articulations doivent être frottées d'un mélange d'huile et de laudanum à parties égales, et recouvertes de coton avec un taffetas gommé.

La maladie enfin doit être en elle-même attaquée par trois spécifiques découverts, l'un par Briquet, l'autre par Magendie et Piédagnel, le troisième par Stricker. Le premier est le *sulfate de quinine*, l'autre la *vératrine*, le troisième, l'*acide salicylique* et le *salicylate de soude*. Ils manquent quelquefois leur action, mais cela est rare.

Le *sulfate de quinine* a l'inconvénient de coûter très cher, et on le donne à la dose de 50 centigrammes à 1 gramme le premier jour, de 1gr,50 le deuxième jour, de 2 grammes le troisième jour, et l'on continue à la même dose, à moins que de la surdité, de forts tintements d'oreille n'empêchent de continuer.

La *vératrine* se donne de la façon suivante:

℞	Vératrine.	5 centigrammes.
	Extrait thébaïque.	5 —

Pour dix pilules argentées.

Deux pilules le premier jour, trois le second, quatre le troisième, cinq le quatrième, et ainsi de suite en augmentant d'une chaque jour, à moins que des coliques et des vomissements ne forcent d'interrompre. Toutefois on peut éviter les coliques à l'aide de lavements émollients donnés tous les matins.

Entre ces deux médications, je préfère celle par la vératrine, car j'ai un très grand nombre d'observations qui prouvent son efficacité et dans lesquelles la guérison a toujours été obtenue en trois, six et huit jours.

Le *salicylate de soude* se donne en potion à la dose de 2 à 4 grammes, selon l'âge des enfants — pour 24 heures — et en trois ou quatre jours le rhumatisme est guéri. On retrouve ce sel dans l'urine avec une goutte de perchlorure de fer qui précipite en violet, et au bout de trois jours l'élimination du salicylate est un fait accompli.

Quant aux autres médications du rhumatisme articulaire aigu par les saignées, par les sangsues, le nitrate de potasse, 6 à 10 grammes; l'opium, 2 à 5 centigrammes; la poudre de Dower, l'aconit, la propylamine vantée par Avenarius, etc., elles n'ont aucun avantage chez les enfants.

Le rhumatisme articulaire chronique doit être traité par la teinture de colchique, dix à vingt gouttes par jour, 10 à 15 milligrammes de vératrine, des bains sulfureux, les eaux de Barèges, de Cauterets, les bains d'air chaud, les bains et les douches de vapeur, les bains d'arséniate de soude, 25 centigr.; les frictions sèches et le massage; enfin l'iodure de potassium à la dose de 25, 50 centigrammes et 1 gramme par jour.

Aphorismes.

382. Le rhumatisme est une diathèse inflammatoire localisée sur le tissu fibro-séreux.

383. Il y a un rhumatisme articulaire, un rhumatisme cardiaque, un rhumatisme cérébral et un rhumatisme pleuro-pulmonaire.

384. Chez les enfants, le rhumatisme occupe ordinairement plusieurs articulations, et si la maladie est simple, sans complications, elle guérit avec facilité.

385. Il y a un rhumatisme monoarticulaire qui est très dangereux à cause de sa longue durée et de sa terminaison fréquente par suppuration.

386. Le rhumatisme de l'enfance est quelquefois associé à un autre état général de variole, de scarlatine, de typhus puerpéral, qui le rend fort grave à cause des suppurations articulaires.

387. Les rhumatismes du cerveau, de la plèvre et du cœur ne se montrent presque jamais autrement que comme complications du rhumatisme articulaire.

388. Des douleurs fébriles avec gonflement et quelquefois rougeur des articulations, passant de l'une à l'autre en quelques jours, caractérisent le rhumatisme articulaire.

389. Le rhumatisme chronique est très rare chez les enfants.

390. On guérit très rapidement le rhumatisme articulaire aigu généralisé par le sulfate de quinine, mieux encore par la vératrine et le salicylate de soude.

CHAPITRE VI

RHUMATISME NOUEUX.

On rencontre parfois, mais cela est rare, des cas de rhumatisme articulaire aigu qui passent à l'état chronique et qui déforment les petites articulations en les grossissant outre mesure. La même lésion s'observe également sans rhumatisme préalable. C'est ce qu'il faut appeler le *rhumatisme noueux*. J'en ai vu treize exemples, et parmi eux un cas à trois ans, un second à cinq ans, et les autres à onze, treize et quinze ans.

Chez ces malades, les doigts des mains et les poignets, les orteils et les articulations tibio-tarsiennes sont gonflés, blancs, un peu douloureux et à demi ankylosés. A la main, les doigts sont quelquefois recourbés en sens inverse de leur direction habituelle et la phalange unguéale fortement fléchie. Les genoux et les coudes sont parfois occupés, et alors les enfants ne peuvent plus marcher ni se servir de leurs mains. Il n'y a pas de fièvre. Le cœur est souvent sain et les fonctions digestives s'accomplissent à peu près normalement. Les urines examinées avec soin ne présentent aucun dépôt d'acide urique.

Voici l'un de ces cas où la maladie avait déformé toutes les articulations.

Observation. — *Rhumatisme noueux.* — Une jeune fille, malade depuis six mois déjà, fut amenée dans mon service à l'hôpital Sainte-Eugénie. La plupart des articulations tuméfiées étaient à demi ankylosées. Les épaules, les coudes volumineux, les poignets, les doigt déformés pouvaient à peine se mouvoir. Les cuisses étaient fléchies sur le bassin, les jambes sur la cuisse et les pieds immobiles sur la jambe. Le cou était roide et les genoux tuméfiés comme de véritables tumeurs blanches. Toutes ces jointures, encore douloureuses, ne pouvaient être remuées sans douleur, ce qui rendait horriblement pénible la situation de l'enfant. Au bout de quelques mois, elle sortit de l'hôpital à peine améliorée.

Le rhumatisme noueux est à peu près incurable, et je n'ai pas vu d'enfants qui aient guéri.

Contre cette maladie, il faut employer les bains chauds à 35, 40 et 45 degrés, — les bains de Barèges à la même température, — les bains d'arséniate de

soude 2 à 5 grammes par bain, l'électrisation par courants continus, et à l'intérieur l'huile de foie de morue 30 grammes, et l'iodure de potassium 1 gramme par jour.

CHAPITRE VII

GOUTTE

La goutte est très rare chez les enfants, et il ne faudrait pas s'attendre à la rencontrer avec les caractères qu'elle présente chez l'adulte. — Quand on l'observe, c'est avec des symptômes tout particuliers. — D'abord, elle ne se montre guère avant sept ans, chez les enfants de goutteux; elle débute par de petites douleurs à l'orteil ou au talon, ne durant pas très longtemps et n'ayant pas le caractère d'un véritable accès de goutte. — J'ai vu quelques faits de ce genre qui ne m'ont jamais offert de gravité, et, en 1869, Debout en a rapporté plusieurs autres (1).

Observation I. — M. de C..., jeune homme de vingt-cinq ans, chez lequel la goutte a débuté à l'âge de dix ans par une douleur aiguë survenue la nuit dans le gros orteil, et qui a eu depuis, chaque année, une ou plusieurs attaques de goutte franche et indiscutable.

Observation II. — M. Albert F..., jeune homme de quinze ans, père et grand-père goutteux : a accompagné le premier à Contrexéville. Il souffre depuis deux ans. La goutte a débuté par l'orteil, mais, dans d'autres attaques, a successivement envahi la cheville, l'autre pied, puis un genou.

Observation III. — Les deux enfants d'un goutteux, M. F..., garçon et fille, ont vu, à deux ans, survenir leur premier accès. Le grand-père de ces enfants était également goutteux.

Observation IV. — M. G..., âgé de trente-huit ans, goutteux et fils de goutteux, m'a dit avoir été réveillé deux fois la nuit par son fils, âgé de quatre ans à peine, qui se plaignait de douleurs au gros orteil droit, analogues à celles qu'il ressentait lui-même; elles disparaissaient, du reste, dans la matinée, à la suite de frictions.

Des boissons abondantes à peine alcalines, telles qu'un litre de chiendent et de pariétaire avec 50 centigrammes de bicarbonate de soude, 15 centigrammes de carbonate de lithine, de benzoate de soude, ou l'eau de Saint-Galmier, de Saint-Alban et de Contrexéville; des cataplasmes de farine de lin délayée à froid dans la décoction de ciguë et de la gymnastique ou beaucoup d'exercice à pied sont tout ce qu'il convient de faire contre les petits accès de goutte de l'enfance.

LIVRE XXVIII

MALADIES DE LA MAIN ET DES DOIGTS.

CHAPITRE PREMIER

VICES DE CONFORMATION DES DOIGTS

§ I. — Adhérence des doigts.

L'adhérence congénitale d'un ou de plusieurs doigts de la main et du pied s'observe quelquefois chez les nouveau-nés. Il en résulte pour la main une

(1) Debout, *Union médicale*, 1869.

difformité fâcheuse et qu'il faut essayer de guérir. Au pied, cela n'a point d'importance.

Les adhérences des doigts sont osseuses ou charnues. Les adhérences charnues sont les plus fréquentes, elles affectent un ou plusieurs doigts, une partie ou la totalité de l'espace interdigitaire.

Traitement. — Les adhérences charnues doivent être divisées avec le bistouri et les ciseaux. En cas d'adhérence osseuse, on divise d'abord la peau avec un bistouri, puis on termine la séparation avec une scie très fine faite avec un ressort de montre.

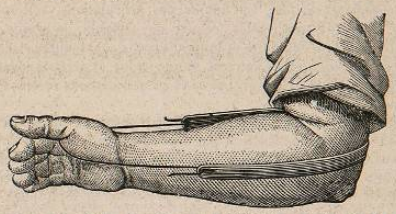

Fig. 173. — Appareil pour le traitement de l'adhérence des doigts de la main.

Le pansement consécutif doit être fait avec soin pour éviter la reproduction de l'adhérence. Les doigts doivent être isolés au moyen de bandelettes de linge enduites de cérat de Goulard; et ensuite, de petites compresses à cheval sur l'angle de séparation des doigts, relevées sur le dos et la paume de la main, fixées au poignet sur un bracelet, empêchent la cicatrisation de se faire d'une façon vicieuse. M. Delore (1) a recommandé la pression élastique à l'aide d'un fil de plomb et d'une bande de caoutchouc (fig. 173).

§ II. — Doigts surnuméraires.

Des doigts incomplets, mal formés, existent souvent surajoutés, régulièrement ou irrégulièrement, aux autres doigts de la main. C'est surtout sur le bord cubital que cette difformité se rencontre. On l'observe moins souvent du côté du pouce.

Ces doigts sont quelquefois placés sur le même rang que les autres, tenant à un métacarpien isolé, ou, au contraire, ils sont hors ligne et adhèrent aux phalanges ou aux métacarpiens du voisinage.

Traitement. — Les doigts surnuméraires, bien conformés et placés sur la même ligne que les autres, doivent être respectés. Les doigts incomplets, irrégulièremeet placés, exigent une extirpation immédiate, dans les premiers jours qui suivent la naissance. Cette opération se pratique avec le bistouri. Au moyen d'une incision demi circulaire de la peau, sur la base du doigt à enlever, on pénètre dans l'articulation, et après avoir luxé l'appendice, on termine en formant un petit lambeau suffisant pour recouvrir la plaie. Une bandelette de diachylon met les parties en contact, et l'on recouvre le tout avec de la charpie, du linge et une bande. Au bout de trois jours la plaie est cicatrisée, et jamais aucun accident ne vient compliquer cette opération.

(1) Delore, *De la syndactylie congénitale et de son traitement par la pression élastique* Lyon, 1861