

qu'après l'élimination de tout ou partie de la phalangette. En empêchant le décollement du périoste, une incision profonde, faite en temps opportun, c'est-à-dire dès le début, éloignera cet accident.

*Tendons fléchisseurs.* — Les deux tendons fléchisseurs superficiel et profond s'engagent ensemble dans le canal ostéo-fibreux, qu'ils parcourent dans toute son étendue, mais dont ils sont loin d'occuper toute la cavité. Ils ne restent pas superposés dans ce canal ainsi qu'ils l'étaient depuis leur origine : au niveau de l'articulation métacarpo-phalangienne, le fléchisseur superficiel se creuse en une gouttière dont la concavité est postérieure et reçoit le tendon profond ; le tendon superficiel se divise bientôt en deux languettes qui s'écartent à angle aigu, de façon à constituer un orifice que traverse le tendon profond. Il forme alors une seconde gouttière à concavité antérieure qu'occupe encore le tendon profond, et les deux languettes vont se fixer aux bords latéraux de la deuxième phalange ; le tendon profond, après avoir traversé le tendon superficiel, va s'attacher à l'extrémité supérieure de la troisième phalange.

Dans une discussion brûlante, qui eut lieu à l'Académie de médecine, en 1842, sur la section des tendons fléchisseurs, on agita la question de savoir s'il était possible de couper isolément chacun des tendons. Le tendon fléchisseur profond occupe seul toute la hauteur de la deuxième phalange : donc, pour lui, pas de doute. Au niveau de l'articulation métacarpo-phalangienne, les deux tendons sont superposés et la solution du problème est plus difficile ; mais c'est, en définitive, une question de mesure, il n'y a pas impossibilité matérielle. Quand les tendons sont rétractés et font saillie sous la peau, la section isolée du superficiel est beaucoup plus facile.

Une synoviale tapisse toute la longueur du canal ostéo-fibreux des doigts et se réfléchit à la surface du tendon. J'ai dit, plus haut, que le petit doigt recevait un prolongement de la grande synoviale des fléchisseurs. Les tendons glissent donc avec une très grande liberté dans un canal toujours humide, et l'on a pensé, avec raison, que leur section devait être suivie d'une rétraction telle du bout supérieur que la soudure des deux bouts deviendrait impossible. Cet inconvénient est réel ; toutefois, il est pallié par la disposition anatomique suivante : les tendons ne sont pas absolument libres dans leur gaine ; des parois de celle-ci se détachent des prolongements cellulo-fibreux qui les fixent et s'opposent, jusqu'à un certain point, à leur rétraction.

Une curieuse affection des doigts, c'est le *doigt à ressort* que nous fit connaître M. Notta en 1850. On a discuté à perte de vue sur le mécanisme de cette affection. Notta l'attribuait à une nodosité du tendon qui venait accrocher la gaine dans les mouvements de flexion et d'extension du doigt ; il avait raison, c'est là le mécanisme habituel. On conçoit néanmoins qu'une diminution du calibre de la gaine, à la suite d'une inflammation, produise le même résultat, mais la théorie est la même, c'est toujours une modification dans les rapports réciproques du tendon et de sa gaine.

Lorsque la main est frappée d'impuissance par suite de la rétraction des fléchisseurs, lorsque les moyens ordinaires de traitement ont été mis en usage et que le chloroforme a été inutilement employé, je suis d'avis de pratiquer la section des tendons fléchisseurs. On ne fera cette section ni au poignet, ni à la paume de la main (les rapports signalés plus haut en donnent suffisamment la raison) : on commencera par couper le fléchisseur profond au-devant de la