

Dans l'adénite simple, la collection sera ouverte, dès qu'il y a de l'œdème de la peau et en l'absence même d'une fluctuation nettement constatée, par une incision plutôt grande que petite, suivie de la pose d'un drain et d'un pansement antiseptique.

L'adéno-phlegmon profond suppuré sera vidé par une large incision faite parallèlement aux vaisseaux, à la paroi antérieure de l'aisselle, près du thorax, quelquefois sous le bord inférieur du grand pectoral.

Dans le cas d'adénite succédant à une piqûre anatomique, le sulfate de quinine, l'alcool, le vin, l'opium, devront être dès le début administrés largement pour combattre les phénomènes septiques, adynamiques et douloureux.

AFFECTIIONS DE LA MAIN

I

VICES DE CONFORMATION DE LA MAIN.

1° MAIN-BOTE.

La *main-bote* est une difformité dans laquelle la main est repliée sur l'avant-bras, de manière que le membre supérieur se termine par une extrémité arrondie, comme tronquée, analogue à celle qui termine le membre inférieur dans le pied bot.

Dans un degré moins avancé, la main est simplement inclinée sur l'avant-bras, avec lequel elle forme un angle obtus qui se ferme de plus en plus, à mesure que la difformité est plus prononcée.

La main-bote est, comme le pied-bot, une déviation articulaire dont le siège presque unique est l'articulation du carpe avec l'avant-bras. Suivant le sens dans lequel la main s'incline, la déviation est dite *palmaire, dorsale, radiale, cubitale*.

Cette difformité peut être *congénitale* ou *acquise*.

Elle a été très bien étudiée par Bouvier (*Dict. Enclop. des Sc. médic.*).

Anatomie pathologique. — Bouvier, d'après l'étude anatomique des faits, les divise tous en trois variétés : la *première variété* comprend tous les cas dans lesquels le squelette est complet et bien conformé; la *deuxième* renferme tous ceux dans lesquels le squelette est complet aussi, du moins du côté de l'articulation radio-carpienne, mais mal conformé. Cette variété, rare pour la main-bote congénitale, est fréquente pour la main-bote acquise.

Les os du carpe sont incomplètement ou irrégulièrement développés; le cubitus est notablement plus court que le radius, et détermine ainsi l'inclinaison cubitale de la main.

La *troisième variété* comprend tous les faits caractérisés par l'absence d'un ou de plusieurs des os qui concourent à former l'articulation radio-carpienne. C'est la variété la plus commune. La déviation radio-palmaire est la plus fréquente.

On y constate l'absence totale ou presque totale du radius ou de plusieurs des os qui constituent l'articulation du poignet; d'où résulte une véritable néarthrose. Le radius est réduit à son extrémité supérieure ou à sa tête seule, ou est quelquefois représenté dans le reste de son étendue par un cordon fibreux.

Quand le carpe est incomplet, c'est le trapèze et le scaphoïde ou le pyramidal qui manquent.

Le cubitus est plus ou moins déformé, il est plus court, plus épais et reçoit à sa partie inférieure élargie le condyle du carpe qui s'y trouve fixé par du tissu fibreux très résistant.

Dans cette variété on voit souvent manquer les muscles radiaux, les deux pronateurs, les deux supinateurs, le long fléchisseur du pouce, les palmaires, le long et court extenseurs du pouce, celui de l'index et du petit doigt.

Dans cette même variété, l'artère radiale fait défaut ou est réduite à un vaisseau filiforme.

Les nerfs médian et cubital ont été trouvés réunis à l'avant-bras; le radial se perd ordinairement au niveau du coude dans les muscles de la région antéro-externe; s'il existe à l'avant-bras, il est toujours très grêle.

Étiologie. — La main-bote *acquise* est ordinairement l'effet de la rupture de l'équilibre entre les forces musculaires qui meuvent la

main dans des directions opposées; elle succède aux paralysies partielles, à l'atrophie musculaire graisseuse progressive, à la paralysie infantile. La contraction musculaire non compensée par l'action des antagonistes, et plus tard la rétraction, fixent la main dans une attitude vicieuse qui devient permanente, et se fera dans un sens déterminé par la paralysie d'un groupe musculaire et la contraction des antagonistes.

La *contracture* des muscles peut produire les mêmes effets; enfin les arthrites chroniques, en produisant des relâchements ligamenteux et des déformations articulaires, donnent quelquefois lieu aux déviations de la main-bote.

La main-bote congénitale paraît due, dans la majorité des cas, à une paralysie intra-utérine, très souvent incomplète et presque toujours inégale pour les divers ordres de muscles, portant sur une étendue plus ou moins grande du membre supérieur.

Elle coïncide le plus souvent avec d'autres malformations indiquant une affection antérieure des centres nerveux.

Dans d'autres cas, l'imperfection du squelette paraît être la première cause de la déviation de la main.

Signes. — Diagnostic. — La main-bote *palmaire* est la plus commune; la main atrophiée pend à l'extrémité d'un avant-bras amaigri ou reste maintenue dans une position intermédiaire à la flexion et à l'extension. Rarement, elle offre la flexion pure; celle-ci se combine le plus souvent avec la pronation et une inclinaison sur un de ses bords.

La déviation *dorsale* de la main est rare; à l'état de repos la main forme avec l'avant-bras un angle variable ouvert en arrière et peut être ramenée en ligne droite avec l'avant-bras.

Des deux déviations *latérales*, l'externe ou *radiale* est la plus commune, surtout lorsqu'elle est combinée avec la flexion palmaire; c'est à cette forme qu'appartiennent presque toutes les mains-botes congénitales (Bouvier). La main forme avec l'avant-bras un angle ouvert directement en dehors ou obliquement en avant et en dehors; cet angle peut devenir nul par l'accolement du bord radial de la main contre le bord externe ou antéro-externe de l'avant-bras. Quelquefois la main et l'avant-bras figurent une hache: le radius manque et l'extrémité inférieure du cubitus dépasse le bord interne de la main de plusieurs centimètres. Le pouce manque très souvent.

La déviation *latérale interne* ou *cubitale* est très rare; elle est souvent liée à la flexion ou à l'extension.

Le *diagnostic* est en général facile: dans la main-bote acquise, tout l'intérêt consiste à reconnaître les causes de la déviation, sur lesquelles nous avons insisté à propos de l'*étiologie*.

Il est également important de reconnaître la déformation des surfaces articulaires, l'état des muscles et des ligaments, les troubles fonctionnels, afin d'en tirer des indications pour le traitement.

Traitement. — Les moyens de combattre cette difformité consistent essentiellement dans les manipulations, les appareils mécaniques et la ténotomie. Ces trois moyens doivent être souvent combinés entre eux pour obtenir de bons résultats.

Les appareils mécaniques sont construits sur le même plan et remplissent les mêmes indications que ceux que l'on emploie dans le traitement du pied-bot. La ténotomie porte le plus souvent sur les palmaires, les deux muscles cubitiaux et les deux radiaux.

Dans certains cas, le redressement de la main ne peut être obtenu que par la ténotomie des muscles extenseurs ou fléchisseurs des doigts, opération qui risque fort de compromettre à jamais les fonctions de la main.

II

VICES DE CONFORMATION DES DOIGTS.

Les troubles dans le développement des doigts peuvent se produire dans deux sens différents et se manifester par *excès* ou par *défaut*; d'où deux grandes divisions: les vices de conformation *par arrêt de développement* et les vices de conformation *par excès de développement*.

Aux *arrêts* de développement se rapportent trois espèces de difformités qui sont: l'*ectrodactylie* ou absence des doigts, la *brachydactylie* ou brièveté des doigts, la *syndactylie* ou adhérence des doigts entre eux.

Les *excès* de développement comprennent aussi trois espèces de difformités: l'augmentation du nombre des doigts ou *polydactylie*, l'augmentation du nombre des phalanges et l'hypertrophie des doigts ou *macrodactylie*.

La *syndactylie* et la *polydactylie* présentent seules un intérêt chirurgical.

Ces difformités ont été bien étudiées par Annandale (1865), Fort (*Th. agrég.*, 1869), par Mirabel (*Thèse de Paris*, 1875), et la plupart des travaux sur ce sujet ont été cités ou analysés dans l'excellent article de Polaillon (art. *Doigts*, Dict. Encycl. des Sc. Médic.).

Tous les auteurs ont noté que ces malformations des doigts étaient le plus souvent *héréditaires*, et l'on a cité de nombreux exemples d'ectrodactylie ou de brachydactylie transmises pendant plusieurs générations. On a noté également des difformités variées des doigts sur les membres d'une même famille.

L'hérédité paraît encore plus constante pour la polydactylie.

1° SYNDACTYLIE.

La *syndactylie congénitale* ou adhérence des doigts entre eux est produite par l'arrêt dans la division de la palette palmaire.

On en distingue trois variétés : la *réunion par membrane* ou syndactylie *membraneuse*, dans laquelle l'union a lieu au moyen d'un prolongement cutané qui s'étend d'un doigt à l'autre, main *palmée*, et qui résulte de l'adossement de la peau de la face dorsale et de la peau de la face palmaire des doigts voisins ;

La réunion par *accolement* sous une même enveloppe cutanée, la peau passant de l'un à l'autre doigt sans presque se déprimer entre eux ;

La réunion par *coalescence osseuse*, dans laquelle les phalanges sont soudées par leurs bords, soit au niveau de toutes les phalanges, soit au niveau seulement de l'une d'entre elles.

Enfin, on a supposé que la syndactylie pouvait se produire en dehors d'un arrêt de développement, à la suite d'ulcérations produites et cicatrisées pendant la vie intra-utérine (Longuet).

La syndactylie est *complète* ou *incomplète*, suivant que les doigts sont réunis dans la totalité ou seulement dans une partie de leur longueur. Elle est *partielle* si elle affecte deux ou plusieurs doigts, *totale* si elle les affecte tous.

Elle est rare entre le pouce et l'index et se trouve en général entre

les derniers doigts ; elle siège aux deux mains à peu près dans la moitié des cas (Fort).

Les filles sont plus sujettes à cette difformité que les garçons.

Traitement. — Le traitement consiste à sectionner la membrane unissant pour rendre aux doigts leur indépendance. Il ne peut s'adresser qu'aux deux premières variétés de syndactylie.

Le résultat est fort difficile à atteindre, à cause de la tendance à la reproduction de la difformité par la cicatrisation de la commissure interdigitale : sous l'influence de cette cicatrisation les deux doigts se rapprochent et la lésion se trouve reproduite ; aussi tous les procédés opératoires tendent-ils soit à obtenir la cicatrisation isolée de ce point, soit à empêcher sa soudure précoce, soit à recouvrir les parties saignantes de lambeaux cutanés pour obtenir une réunion immédiate. A cette dernière indication répond surtout le procédé de Didot (de Liège), dont on trouvera la description dans tous les traités de médecine opératoire.

Les mêmes règles de conduite sont applicables aux syndactylies *accidentelles*, consécutives aux plaies, aux ulcérations, aux brûlures de la main.

2° POLYDACTYLIE.

Dans la polydactylie le nombre des doigts est augmenté. D'après Polaillon, la polydactylie est la plus fréquente de toutes les malformations de la main. On peut avec cet auteur distinguer plusieurs variétés :

1° *Il existe des doigts surnuméraires prolongeant la série normale.* — On connaît un assez grand nombre d'exemples de mains à six doigts, quelquefois à sept. Le doigt surnuméraire s'articule tantôt avec un métacarpien particulier, tantôt avec le métacarpien d'un doigt voisin. Quand il existe plusieurs doigts surnuméraires, ils sont ordinairement petits, courts, irréguliers, souvent adhérents ensemble ; ils s'articulent avec la tête des métacarpiens, volumineuse et dédoublée, ou avec des métacarpiens supplémentaires ; d'autres fois ils s'unissent simplement à la main par des parties molles.

2° *Il y a un pouce surnuméraire.* — La difformité consiste tantôt dans l'implantation d'un pouce surnuméraire sur le premier métacarpien, tantôt dans l'accolement d'un pouce surnuméraire aux pha-

langes du pouce normal, de manière à constituer un pouce *bifide*. Ce pouce bifide offre plusieurs degrés : la bifurcation ne portant que sur la phalange ou s'étendant jusqu'au métacarpien. Cette difformité est très supportable, tandis que le pouce implanté perpendiculairement sur le métacarpien constitue une gêne permanente considérable.

3° *Il y a un doigt surnuméraire cubital.* — Le siège de prédilection de ces doigts surnuméraires placés hors rang est le bord interne de la première phalange. Ils se présentent souvent sous la forme d'un petit tubercule charnu, en général symétrique à chaque main, du volume d'un noyau de cerise ou d'une noisette, appendu au bord cubital de la main par un pédicule cutané plus ou moins long ; à sa surface on observe fréquemment une dépression avec un rudiment d'ongle. La coupe le montre formé d'un amas de tissu cellulaire graisseux au centre duquel on trouve un petit noyau cartilagineux.

Quelquefois ce doigt cubital est beaucoup mieux conformé et contient une ou deux phalanges reconnaissables.

4° *Il y a bifurcation de la main.* — La main a une apparence bifurquée ; deux mains semblent accolées l'une à l'autre. On ne connaît que deux exemples de cette difformité : chaque partie de la main bifurquée portait quatre doigts.

Traitement. — Il ne pourra être question d'opération que pour enlever les doigts surnuméraires placés hors rang comme le pouce surnuméraire ou le doigt cubital. Ils seront enlevés par une simple incision s'il n'y a qu'un pédicule cutané à couper, par une véritable désarticulation, s'il y a contiguïté avec l'extrémité articulaire d'un métacarpien correspondant.

III

PLAIES DE LA MAIN.

Les plaies *superficielles* de la main ne présentent aucun intérêt chirurgical ; elles doivent néanmoins être surveillées et pansées avec soin : faute de précautions, elles deviennent souvent la porte d'entrée de substances septiques et le point de départ de lymphangites graves ou d'une infection générale de l'économie (*piqûre anatomique*.)

Les plaies *profondes* peuvent présenter toutes les variétés de siège,

d'étendue et de direction ; elles sont surtout fréquentes à la face palmaire. La main peut être traversée de part en part par un instrument piquant ; elle peut être divisée longitudinalement suivant un espace intermétacarpien, surtout dans le premier espace interosseux.

Ces plaies peuvent être compliquées de la formation de *lambeaux* plus ou moins étendus qu'il faut réappliquer et maintenir en position par un pansement approprié.

Les plaies *contuses* de la main présentent un certain nombre de variétés : les parties molles peuvent être broyées, déchirées, réduites en pulpe ; d'autres fois, sous la pression d'un corps pesant, les parties molles de la paume de la main éclatent et présentent des fissures irrégulières qui donnent issue à un liquide séro-sanguinolent et à quelques lobules de graisse.

Le plus souvent il y a complication de fractures des métacarpiens ou des os du carpe.

Les plaies de la main *par armes à feu* sont très-différentes suivant qu'elles sont produites par le passage d'un projectile ou par l'éclatement d'une arme. Dans le premier cas, surtout s'il s'agit d'un petit projectile, les dégâts peuvent être extrêmement faibles, si la balle a passé dans un espace intermétacarpien ; la plaie, convenablement pansée, se réunit souvent par première intention.

Si le trajet du projectile est oblique, les désordres sont plus considérables et il y a en général complication d'une fracture ou de blessure des tendons, des vaisseaux ou des nerfs.

Les blessures par explosion de la poudre sont caractérisées par un violent écartement des parties : non seulement les parties molles sont brûlées, déchirées, réduites en bouillie, mais les métacarpiens sont luxés ou emportés avec les doigts correspondants. La main est le plus souvent compromise dans sa totalité.

Le *traitement* de ces plaies contuses de la main a été singulièrement simplifié depuis l'introduction des antiseptiques en chirurgie. Il suffira le plus souvent, après un lavage soigné de la région à la solution phéniquée à 5 pour 100, de mettre les parties dans une bonne attitude et de les immobiliser au besoin sur une palette, et de recouvrir et d'envelopper les plaies avec la gaze iodoformée.

Ce pansement, antiseptique par excellence, a l'immense avantage dans le cas particulier de rester en place de cinq à huit jours ; il laisse à la plaie le temps de se déterger et de s'organiser et il pré-

vient les complications septiques et le tétanos engendré par les attouchements répétés et douloureux de la plaie.

Le pansement ouaté de Guérin peut remplir les mêmes indications, mais il est d'une application plus difficile que le pansement iodoformé.

IV

COMPLICATIONS DES PLAIES DE LA MAIN.

Les complications, capables de donner lieu à des indications particulières, sont la section des tendons, des artères et des nerfs, les fractures et les luxations des os. L'ouverture des gaines tendineuses ne nous paraît pas mériter une mention spéciale. Si la plaie est pansée d'emblée d'une manière aseptique et immobilisée, la gaine ne s'enflammera pas plus que le reste; sinon on verra se développer des accidents de suppuration avec des fusées purulentes ayant tendance à remonter jusque dans la partie inférieure et moyenne de l'avant-bras.

a. *Blessure des tendons.* — Les tendons extenseurs, plus superficiels, sont plus exposés à être blessés isolément.

Les blessures des tendons fléchisseurs, plus profonds, se compliquent le plus souvent de la blessure des gaines tendineuses, des artères et des nerfs.

Si le tendon n'est que dénudé ou incomplètement divisé, et surtout s'il peut être recouvert par les téguments, sa cicatrisation se fait rapidement. Si la plaie mal pansée s'enflamme et suppure, le tendon peut s'exfolier, se mortifier et être éliminé lentement comme un corps étranger; ou bien il se recouvre de bourgeons charnus, et contracte des adhérences avec les téguments; l'adhérence de la cicatrice se traduit par la formation d'un pli à son niveau pendant la contraction musculaire et impose une certaine gêne dans les mouvements du doigt correspondant.

La section complète du tendon s'accompagne de la perte immédiate des fonctions du doigt entraîné et dévié par le tendon antagoniste, de la rétraction du bout tendineux central, d'une dépression à la place de la saillie normale que fait la corde tendineuse. Le bout périphérique est facile à voir dans la plaie, le bout central ne peut

quelquefois être aperçu que dans certaines positions données à la main ou à l'avant-bras ou par un débridement des téguments.

Si les extrémités tendineuses peuvent être rapprochées, elles se soudent l'une à l'autre et les mouvements se rétablissent; sinon, la cicatrisation de chaque bout se fait isolément et les mouvements restent abolis. Les contractions musculaires tiraillent et parfois déchirent la cicatrice du bout central adhérent à la peau et peuvent la transformer en un ulcère difficile à guérir.

Le *traitement* consiste à rétablir la continuité des tendons divisés *par la position et la suture.*

La main sera mise et maintenue dans la flexion forcée dans les blessures des tendons fléchisseurs; dans la position inverse pour celles des extenseurs.

La suture des tendons nécessite quelquefois des débridements plus ou moins étendus pour mettre à nu leur bout central rétracté.

La réunion est faite à l'aide d'une aiguille fine armée de catgut ou de erin de Florence et mettant bout à bout les extrémités tendineuses préalablement avivées et régularisées.

Quelquefois les bouts tendineux étant détruits ou ne pouvant être tous retrouvés, on a suturé avec succès une extrémité périphérique aux tendons voisins (*suture par anastomose*). Dans ces mêmes conditions, on a cherché à rétablir la continuité entre les extrémités tendineuses sectionnées et très écartées, en rétablissant la gaine tendineuse intermédiaire dans laquelle le tendon ne tarderait pas à se reformer (*vaginoplastie tendineuse*, D. Mollière). On a aussi interposé entre les bouts tendineux des fragments de tendon empruntés au sujet lui-même ou aux animaux (*greffe tendineuse*), ou des fils de catgut (*suture tendineuse à distance*.)

Ces opérations doivent surtout être pratiquées quand il s'agit des tendons du pouce.

b. *Blessure des artères.* — Les arcades palmaires superficielle et profonde et les branches qui en émanent sont fréquemment blessées dans les plaies de la main. Les plaies de l'éminence thénar et du premier espace interosseux, puis celles du creux de la paume sont celles qui s'en compliquent le plus souvent.

La multiplicité des communications anastomotiques entre les vaisseaux artériels de la main explique facilement la fréquence et la gravité des hémorrhagies de cette région.

Ici, comme dans toutes les régions, on observe des hémorragies *primitives* qui se produisent au moment même de la blessure, des hémorragies *récurrentes* qui se renouvellent quelques heures plus tard et enfin des hémorragies *secondaires* ou consécutives qui surviennent alors que la plaie bourgeonne et suppure.

Le plus souvent, l'hémorragie primitive est arrêtée par une compression faite directement sur la plaie par le blessé lui-même ou par les assistants, ou par une ligature serrée appliquée sur le membre ou par la formation d'un caillot formé pendant une syncope.

Quelques heures plus tard, sous l'influence d'un mouvement, du retour plus violent des contractions cardiaques, l'hémorragie se reproduit et peut ainsi se reproduire à plusieurs reprises en amenant une véritable anémie aiguë du blessé.

Enfin, alors même qu'on a obtenu une hémostase qui semble définitive, quand la plaie est en voie de bourgeonnement et de cicatrisation, le sang peut tout à coup se remettre à couler avec abondance et l'hémorragie peut aussi se reproduire pendant plusieurs jours tant que l'on n'a pas employé le vrai moyen pour obtenir l'hémostase définitive.

Ces hémorragies secondaires tardives, survenant huit à dix jours après la blessure, ne se montrent que si la plaie mal pansée est devenue septique, que si des clapiers purulents se vident mal et se décomposent dans la paume de la main, et si le blessé présente de la fièvre. Dans les plaies aseptiques et chez les malades apyrétiques, cette complication tardive n'existe pas : le caillot primitif provoque une artérite oblitérante, tandis qu'il se ramollit et se désorganise dans les conditions opposées. Aussi peut-on dire que le traitement préventif par excellence de ces hémorragies secondaires consiste dans l'antisepsie rigoureuse appliquée aux plaies de la paume de la main.

Le diagnostic de l'hémorragie est facile à établir et s'impose ; le diagnostic de sa source est plus délicat. Il est fondé surtout sur la connaissance anatomique du trajet des artères et sur les résultats fournis par la compression de la radiale et de la cubitale au poignet. Si la compression isolée de l'un ou de l'autre de ces vaisseaux suspend l'hémorragie, c'est que l'un d'eux est seul atteint ; si leur compression simultanée est nécessaire pour arrêter l'écoulement du sang, il est probable que la blessure porte sur une des arcades pal-

maires ; enfin si cette compression ne donne pas de résultats, il est probable que le sang est fourni soit par l'interosseuse antérieure anormalement développée, soit par des branches collatérales volumineuses.

Enfin, le meilleur renseignement est fourni par l'inspection directe qui fait voir quelquefois le point ou les points d'où part le jet artériel saccadé.

Traitement. — On doit poser, en thèse générale, que dans toute hémorragie de la paume de la main, *il faut lier les deux bouts de l'artère blessée*. C'est la seule conduite qui donne une sécurité absolue. Si la plaie est largement béante, la ligature sera en général assez facile ; les bords seront écartés et les vaisseaux saisis dans une pince à force-pressure et étreints dans une ligature de fil aseptique autant que possible, catgut ou soie phéniquée. Si la plaie est profonde, si la ligature est difficile à appliquer, la pince sera laissée en place et l'hémostase sera ainsi obtenue.

Quelquefois il est nécessaire de faire un léger débridement pour retrouver les bouts des vaisseaux rétractés.

On peut être amené ainsi à lier trois, quatre ou cinq orifices ou à laisser quatre ou cinq pinces, en place, si la plaie intéresse à la fois les deux arcades et une ou plusieurs branches digitales. L'application de la bande d'Esmarch peut beaucoup faciliter les recherches et les manœuvres et permettre de voir et de reconnaître les bouts artériels sectionnés comme dans une préparation anatomique.

Dans quelques cas, la plaie est étroite, profonde, et une pince ne peut être portée sur le vaisseau blessé : la recherche de l'artère par des débridements nécessiterait la blessure d'autres vaisseaux ou des tendons, ou des nerfs de la paume de la main.

C'est alors qu'on devra s'adresser à la compression *directe* ou *indirecte*. La compression *directe* se fera avec une petite boulette de charpie imbibée de perchlorure de fer allongé de moitié d'eau et *soigneusement exprimée* de manière à ce qu'elle soit presque sèche, ou peut-être mieux encore avec un petit tampon de gaze iodoformée, par-dessus lequel on superposera des carrés d'amadou maintenus en place par une bande modérément serrée.

Cette compression directe peut être avantageusement combinée avec la compression *indirecte*. Celle-ci s'exerce au-dessus du poignet sur les points où les artères radiale et cubitale peuvent être compri-

mées sur les os. Un bouchon de liège, fendu en deux dans le sens de sa longueur, appliqué sur le trajet des vaisseaux et maintenu par une bande de diachylon, réalise un excellent appareil compresseur (Nélaton).

La même conduite doit être tenue dans les hémorragies secondaires de la paume de la main et les vaisseaux doivent être cherchés d'emblée dans la plaie, même à l'aide de débridements pour poser sur leurs orifices une ligature ou une pince à demeure. Nélaton a démontré que les artères baignées dans le pus ne se coupaient pas sous la constriction du fil, comme le croyait Dupuytren, et qu'elles devaient être liées à leurs deux bouts, comme dans les plaies récentes. Mais nous répétons que le meilleur moyen de prévenir ces hémorragies secondaires est de prévenir la septicémie et la fièvre qui en sont les conditions pathogènes ordinaires.

En résumé, *il faut lier* dans les plaies fraîches et dans les plaies qui suppurent.

Enfin, dans des cas exceptionnels où la ligature dans la plaie est impossible, où la compression directe et indirecte ne peuvent être supportées et ne donnent pas de résultats, l'hémorragie pourra être arrêtée par la ligature de l'humérale faite au pli du coude, et mieux au tiers inférieur du bras, pour éviter une division prématurée de l'artère en ses collatérales.

Ce moyen, infidèle, dangereux par lui-même, pouvant entraîner la gangrène du membre, a été surtout mis en pratique alors que des compressions inutiles, des topiques irritants, l'épanchement sanguin dans les parties profondes, avaient déterminé un état phlegmoneux grave de la main de l'avant-bras. On a été amené plusieurs fois, en pareille circonstance, à pratiquer l'amputation de l'avant-bras et du bras.

Toutes les complications sont prévenues si, dans les plaies et les hémorragies de la paume de la main, on peut réaliser la *ligature immédiate* des vaisseaux blessés et l'*antisepsie* absolue de la région.

c. *Blessure des nerfs*. — Le médian et le cubital sont les nerfs le plus souvent atteints au niveau du ligament annulaire du carpe.

Ils peuvent être atteints en d'autres points de leur trajet ou de leur distribution; mais les phénomènes sont beaucoup moins marqués que si les troncs sont intéressés.

Le nerf radial est rarement atteint à la main; cependant sa branche

dorsale peut être intéressée au niveau du poignet. Le plus souvent le tronc du radial est comprimé ou déchiré au tiers inférieur du bras, au point où le nerf sort de la gouttière de torsion ou quand il est encore contenu dans cette gouttière.

Quel que soit le siège de la blessure de l'un des troncs nerveux de la main, nous étudierons ici quels sont les résultats de cette blessure du côté de la main et des doigts.

Le résultat de la section nerveuse est une *paralysie* immédiate de la motilité et de la sensibilité dans toutes les parties animées par le nerf blessé. La perte de sensibilité de telle région ou de doigt, l'abolition des mouvements de tel groupe musculaire indiquent, d'après l'anatomie, quel est le tronc lésé.

Il ne faudrait pas croire, cependant, que l'examen de la *sensibilité* des doigts ou de la main puisse renseigner d'une manière certaine sur le siège exact du tronc nerveux blessé. On sait aujourd'hui, d'après les recherches d'Arloing et Tripiet (1869), que dans l'épaisseur de la peau, les nerfs collatéraux des doigts s'anastomosent et envoient des fibres récurrentes qui remontent jusque vers le coude. C'est cette disposition qui permet d'expliquer les faits contradictoires en apparence dans lesquels, après une section du nerf médian, on a pu constater que son bout *périphérique* restait sensible (Richet, 1867).

Les phénomènes de paralysie de la motricité ont plus d'importance pour la localisation de la blessure nerveuse. Cependant, Verneuil a observé récemment un cas de section du nerf médian au bras non suivie de la paralysie motrice de ce nerf; cette absence de paralysie paraît due à une anastomose presque constante entre le cubital et le médian à l'avant-bras (Létiévant, Verchère).

Enfin, il peut exister, après une blessure nerveuse, une *motilité suppléée* (Létiévant); les mouvements produits normalement par un muscle peuvent être exécutés par les muscles voisins, voire même par les antagonistes.

Il existe donc un certain nombre de causes d'erreur qu'il est bon de connaître, et qui peuvent abuser sur le siège de la blessure et sur le rétablissement des fonctions du nerf après une intervention chirurgicale, telle que la suture.

Cependant, en général et d'une manière presque constante, la blessure des gros troncs nerveux qui se rendent à la main et aux