

et de ces excitations résultent souvent des désirs vénériens ou des habitudes de masturbation ; la vulve présente de la rougeur ou des excoriations dues au passage des ongles.

Le meilleur moyen de combattre cet état morbide est de conseiller des bains entiers ou des lotions avec de l'eau de son, de l'eau de guimauve, une infusion aqueuse de cerfeuil. Lorsque ces moyens sont insuffisants, on a recours aux lotions de sublimé, d'après la formule suivante : sublimé, 40 grammes ; alcool, 100 grammes ; on met une cuillerée à café de cette solution dans 500 grammes d'eau chaude, et on y baigne les parties qui sont le siège de la démangeaison. Ce moyen nous a également réussi dans le prurit du scrotum et de la verge chez l'homme.

Maladies du méat urinaire. 1° *L'imperforation* du méat urinaire est facilement reconnaissable à l'absence d'urine sur les langes de l'enfant, aux angoisses qu'il éprouve et à l'inspection de la vulve. Il suffit de fendre la membrane obturatrice et de maintenir cette petite plaie dilatée pendant quelques jours au moyen d'une bougie fine de gomme élastique.

2° Les *tumeurs* du méat urinaire, encore mal connues aujourd'hui dans leur nature, se présentent sous la forme de saillies plus ou moins volumineuses, rouges, fongueuses, saignantes ou non par le contact des corps étrangers, douloureuses surtout au moment du passage de l'urine ; elles ressemblent aux végétations qui se développent à l'anus ou aux organes génitaux ; elles n'affectent que les femmes déjà réglées et qui sont mariées ou qui vivent dans des conditions analogues. Ces tumeurs peuvent être détruites par la cautérisation avec la pierre infernale quand elles sont petites ; il faut en faire l'ablation avec des ciseaux lorsqu'elles prennent un plus grand volume.

3° *L'inflammation* de la muqueuse qui revêt le méat urinaire se rencontre chez les femmes atteintes d'uréthrite blennorrhagique (voy. *Vaginite*).

SECTION XLVIII.

MALADIES DES MEMBRES.

Presque toutes ces maladies ont été exposées dans la première et la seconde partie de cet ouvrage (t. I). Il nous reste à signaler quelques affections spéciales à la main et au pied.

ARTICLE I.

Adhérences vicieuses des doigts.

Les adhérences vicieuses des doigts sont tantôt un vice de conformation congénital, tantôt une difformité acquise par suite de brûlures, d'ulcéra-

tions, dont la cicatrisation a été mal dirigée. Nous ne nous occuperons ici que des adhérences congénitales, les adhérences accidentelles rentrant dans l'histoire des *difformités causées par les cicatrices* (t. I, p. 149).

Anatomie pathologique. L'adhérence *congénitale* des doigts, ou *syndactylie* offre plusieurs variétés : ou bien les doigts voisins sont réunis par un repli de la peau qui s'étend plus ou moins loin et peut aller jusqu'à la phalange unguéale, auquel cas la main est dite *palmée*, parce qu'elle ressemble à la patte d'un oiseau palmipède. Ou bien les doigts ne sont plus distincts les uns des autres, enveloppés de tous côtés par la peau, réunis entre eux par des adhérences profondes. A un degré plus avancé encore, la difformité consiste en une soudure des phalanges entre elles.

Traitement. La chirurgie n'intervient avec quelque chance de succès, que lorsque les phalanges osseuses ne sont pas soudées, qu'il n'existe pas d'adhérences profondes. Il n'est pas difficile de séparer les doigts les uns des autres, lorsque ces appendices ne sont réunis que par un prolongement de la peau ; par contre, il est très-difficile de maintenir la séparation, attendu que la force rétractile de la membrane des bourgeons charnus détermine l'accolement des lèvres de la plaie et reproduit ainsi la difformité. C'est donc à obtenir la cicatrisation isolée des parties primitivement adhérentes que visent toutes les modifications opératoires imaginées. Les méthodes et les procédés sont nombreux ; nous ne mentionnerons que les plus importants :

Incision simple interdigitale en un seul temps. On fait écarter les doigts le plus possible, et avec un bistouri on divise la membrane interdigitale, soit de bas en haut, soit de haut en bas. Dans le dernier cas, la pointe d'un bistouri étroit traverse tout d'abord la base de la membrane.

PROCÉDÉ DE BOYER. Au lieu de prolonger l'incision jusqu'au niveau du pli de flexion qui se trouve du côté de la face palmaire, on la prolonge un peu plus loin sur la *face dorsale*, pour obtenir une cicatrice oblique qui rappelle la commissure normale.

Pour favoriser la cicatrisation isolée des lèvres de la plaie, on a imaginé plusieurs moyens : Dupuytren exerçait une compression sur l'angle de réunion des doigts, au moyen d'une bandelette longue et étroite de linge ou de diachylon, dont on applique la partie moyenne sur l'angle interdigital et dont on ramène les extrémités en avant et en arrière de l'avant-bras, pour les réunir. Amussat détruit toutes les vingt-quatre heures, à partir du moment où les lèvres de la plaie commencent à suppurer, l'angle d'union des surfaces. On a encore proposé de pratiquer la réunion des lèvres de la plaie immédiatement après la division du pli interdigital, ou bien encore de mettre à exécution le procédé suivant :

PROCÉDÉ DE RUDTORFFER. On traverse la base du pli interdigital au moyen d'une aiguille en fer de lance qui entraîne un fil de plomb. On laisse ce dernier dans la plaie jusqu'à ce que les bords de l'ouverture soient cicatrisés. Le pli interdigital offre alors un trou comme celui du lobule de l'oreille chez les petites filles. Plus tard, on divise le pli avec un bistouri.

Tous ces procédés échouent le plus souvent, parce que les lèvres de la plaie se cicatrisent ensemble malgré les efforts du chirurgien et les précautions les plus minutieuses pour empêcher la formation de nouvelles adhérences.

Autoplastie. PROCÉDÉ DE ZELLER. On pratique sur la face dorsale de la membrane interdigitale une incision en V dont la pointe arrive au niveau de la deuxième phalange et dont la base regarde l'articulation métacarpo-phalangienne; on dissèque le lambeau; on le renverse en arrière; puis, après avoir coupé ce qui reste de l'adhérence, on rabat le lambeau entre les doigts, pour l'appliquer contre la face palmaire de la main où on le fixe au moyen d'une bandelette de sparadrap de diachylon.

PROCÉDÉ DE MOREL-LAVALLÉE. Au lieu d'un seul lambeau, on en taille deux, de même forme et de mêmes dimensions que dans le procédé de Zeller; l'un des lambeaux occupe la face dorsale, l'autre la face palmaire de la racine des doigts. Un point de suture réunit les extrémités tronquées des deux lambeaux, dans l'intervalle interdigital.

PROCÉDÉ DE DÉCÈS. On écarte les doigts l'un de l'autre et on saisit la membrane unissante dans toute sa longueur, entre les mors d'une pince à disséquer placée parallèlement aux doigts réunis. Une incision est pratiquée de chaque côté de la pince, perpendiculairement à la direction de l'instrument, depuis le bord libre du pli jusqu'au niveau de la commissure. Les doigts s'écartent alors, et il reste dans l'intervalle une languette formée de deux surfaces cutanées adossées par leur face profonde, adhérente à l'angle qui résulte de la séparation des doigts et continues l'une avec l'autre, au niveau du bord libre du repli cutané. Les doigts sont tenus écartés en les fixant sur une palette. Si, avant l'opération, les doigts réunis accidentellement étaient en même temps fléchis, ils se redressent, et ce redressement suffit pour entraîner l'anse de la languette contre la commissure normale; cette anse s'y soude et les doigts restent définitivement séparés à leur racine. Si les doigts réunis vicieusement n'étaient pas en même temps fléchis, la languette interdigitale reste flottante; on la ramène alors contre la commissure, au moyen d'une bandelette de diachylon jetée sur elle. Dans tous les cas, après un certain temps, on obtient une cicatrisation isolée des plaies latérales des doigts.

PROCÉDÉ DE DIDOT (de Liège). Une première incision est pratiquée sur le milieu de la face dorsale du petit doigt (nous supposons une adhérence entre le petit doigt et l'annulaire), depuis l'extrémité libre du pli interdigital jusqu'au milieu de la première phalange. Des extrémités de cette incision on en fait partir deux autres, à direction perpendiculaire à la précédente; la supérieure se prolonge jusqu'au côté interne de l'annulaire, l'inférieure passe au niveau du bord libre de la membrane interdigitale. On dissèque ce lambeau du petit doigt vers l'annulaire. Un lambeau semblable, mais taillé en sens inverse, est pratiqué sur la face palmaire du doigt annulaire. Les doigts ayant été complètement séparés l'un de l'autre, par la division de quelques brides, on fixe le lambeau dorsal emprunté au petit doigt sur la face interne de l'annulaire; le lambeau palmaire

emprunté à l'annulaire sur la face externe du petit doigt. Enfin, le pli cutané de la base des deux doigts est formé au moyen d'une suture.

Quelque ingénieux que soient ces divers procédés autoplastiques, on ne peut dissimuler que l'exécution en est laborieuse. Le procédé de Didot est surtout passible de ce reproche, et expose en outre à des phlegmasies graves de la main, à la gangrène des lambeaux. Le procédé de Zeller nous semble préférable.

PROCÉDÉ DE MAISONNEUVE ET GIRALDÈS. On divise la commissure anormale avec lenteur ou rapidité, au moyen d'un entérotome très-étroit et très-mince.

DOIGTS SURNUMÉRAIRES.

On les rencontre surtout vers le bord cubital de la main. Tantôt le doigt surajouté est supporté par un métacarpien distinct des autres os du métacarpe, offrant la même conformation que les autres doigts, c'est-à-dire qu'il est pourvu de tendons extenseurs et fléchisseurs; il faut respecter ce vice de conformation. Tantôt le doigt surnuméraire est constitué par un appendice osseux recouvert de graisse et de peau, naissant d'un métacarpien ou de la première phalange, par contiguïté ou par continuité des portions osseuses. Les doigts surnuméraires de cette classe consistent le plus souvent en des bourgeons mal placés qui apportent de la gêne aux mouvements des autres doigts. Il n'y a aucun inconvénient à en faire l'ablation, même peu de temps après la naissance; alors, en effet, le tissu osseux lui-même se laisse facilement diviser avec des ciseaux. On surveillera l'hémorragie consécutive. Ce que nous venons de dire pour les doigts surnuméraires s'applique aux *orteils surnuméraires*.

ARTICLE II.

Flexion permanente des doigts.

Dans l'état normal, et lorsque la main est au repos, les doigts sont légèrement fléchis; mais il suffit de la volonté pour les redresser. Dans des états pathologiques variés, ce redressement est limité à un degré plus ou moins prononcé, et les doigts restent rapprochés d'une manière permanente vers la paume de la main.

L'obstacle au redressement des doigts provient de plusieurs circonstances :

(a) **ANKYLOSES DES ARTICULATIONS PHALANGIENNES OU MÉTACARPO-PHALANGIENNES.** Cette soudure est la conséquence de lésions traumatiques ou spontanées qui intéressent les articulations. Pendant le cours de la maladie, le doigt est généralement fléchi et, après la guérison, les surfaces articulaires conservent immuablement cette situation. Les efforts faits par le malade ou par le chirurgien pour mouvoir les phalanges les unes sur les autres sont impuissants. On remédie à cet état par le traitement de l'*ankylose* (t. I, p. 589).