

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).