

Troisième partie (*réunion*).

Premier temps. — Supposons qu'on ait pris le lambeau dorsal sur l'auriculaire et le lambeau palmaire sur l'annulaire.

Les deux lambeaux sont disséqués; on écarte les doigts en achevant la dissection, si cela est nécessaire. Puis on enroule les lambeaux cutanés sur les surfaces saignantes, de telle sorte que le lambeau dorsal pris sur l'auriculaire M N recouvre la face interne de l'annulaire, et que le lambeau palmaire C', pris sur l'annulaire, recouvre la surface saignante de l'auriculaire.

Les lambeaux enroulés sont disposés de telle façon qu'en rapprochant les doigts on ne met en contact que deux surfaces couvertes d'épiderme (V. fig. 110).

Deuxième temps. — On procède à la suture. Didot fixait chacun des lambeaux par trois points de suture entortillée faite avec de petites épingles et un fil double; de sorte que le malade avait trois points de suture sur la face dorsale de l'auriculaire et autant sur la face palmaire de l'annulaire.

De plus, il appliquait un point de suture ordinaire sur la commissure.

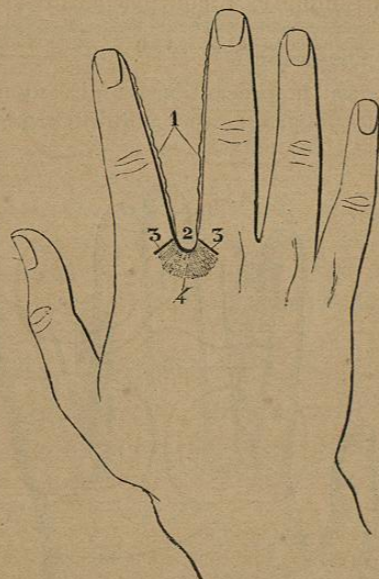


FIG. 110.

1. Cicatrice longitudinale des doigts. — 2. Incision courte formant le bord concave du lambeau dorsal. — 3, 3. Incision limitant un lambeau sur les côtés. — 4. Teinte indiquant l'étendue du décollement de la peau.

6° Procédé de M. Fort. — Ce procédé est basé sur ce fait, que la peau de la face dorsale de l'espace interdigital et de la première phalange est *très-lâchement* unie aux parties profondes, ce qui est le

contraire pour la face palmaire, et sur la manière dont la récidive se produit.

Comme MM. Nélaton et Verneuil l'ont fait voir, la récidive a lieu de cette manière: l'espace interdigital est bordé par un liseré cicatriciel en forme de fer à cheval; si la cicatrice est large, elle se rétractera et se raccourcira à la manière d'une bandelette de caoutchouc qu'on aurait tendue et qu'on abandonnerait peu à peu à elle-même.

Si les parties latérales de la plaie sont très-larges, les procédés qui consistent à faire une nouvelle commissure pourront échouer.

Dans notre procédé, l'opération est divisée en trois parties:

Dans la première, nous faisons l'incision de la membrane unissante.

La deuxième partie de l'opération consiste à tailler les lambeaux, mais elle n'est faite qu'un certain temps après.

Nous réunissons les lambeaux dans la troisième partie de l'opération.

Première partie. — Passer préalablement des fils sur les bords de la membrane unissante, inciser la membrane dans toute sa longueur, et faire des points de suture pour obtenir une cicatrice linéaire sur la face latérale du doigt.

La main étant placée sur une attelle digitée et les doigts étant écartés, faire un pansement simple et attendre la cicatrisation des deux parties

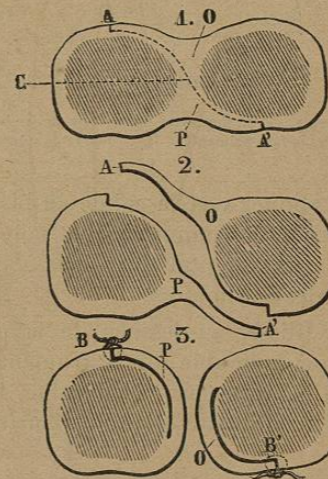


FIG. 111. — Figure schématique destinée à montrer sur des coupes perpendiculaires à l'axe des doigts la position des lambeaux avant et après leur permutation et leur enroulement. La partie centrale ombrée représente l'os et sa doublure fibreuse.

1. Les doigts réunis. — A, A. Points où sont pratiquées les incisions longitudinale, dorsale et palmaire. — C. Trajet fictif de la dissection disjonctive. — O, P. Lambeaux dorsal et palmaire, formés et isolés par cette dissection. — Mêmes détails dans le n° 2, seulement les lambeaux sont détachés et les doigts désunis. — Dans le n° 3, les lambeaux sont enroulés sur le doigt correspondant à leur base, puis réunis par leur sommet à l'incision médiane, dorsale ou palmaire. — Les doigts sont tout à fait isolés et recouverts latéralement par la peau saine.

latérales du fer à cheval représenté par les commissures et les deux doigts.

Deuxième partie. — Les doigts étant cicatrisés plus ou moins complètement, on voit la commissure présenter encore une surface humide, suppurante : le moment de commencer la deuxième partie de l'opération est arrivé.

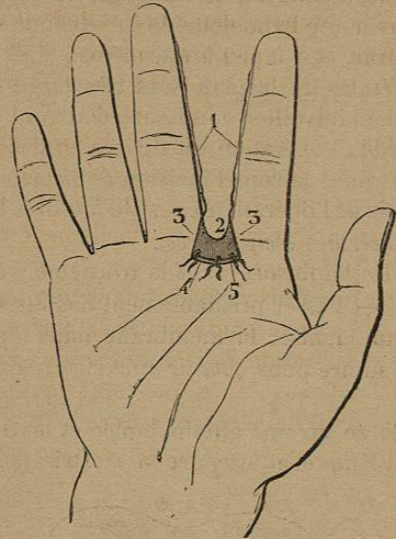


FIG. 112.

1. Cicatrice longitudinale des doigts. — 2. Concavité formée par le lambeau dorsal devenu palmaire. — 3, 3. Bord de ce lambeau attiré vers la face palmaire. — 4, 5. Points de suture unissant le lambeau dorsal à la paume de la main.

Premier temps. — Pratiquer avec la pointe du bistouri une incision qui suit la direction courbe de la commissure, et faite de telle façon que la peau dorsale de l'espace interdigital soit séparée de la peau palmaire, dans une étendue de trois centimètres.

Deuxième temps. — Glisser au-dessous de la peau dorsale, dans le tissu cellulaire lâche qui la double, un instrument moussé, pour éviter de blesser les nerfs et les vaisseaux, et décoller la membrane cutanée dans une étendue de 1 centimètre en profondeur et de 3 centimètres en largeur.

Troisième temps. — Faire deux incisions de 1 centimètre aux extrémités de la peau dorsale soulevée de manière à circonscrire un lambeau.

Celui-ci étant ainsi taillé, renverser la main, aviver la lèvre inférieure de l'incision du premier temps dans une étendue de 4 à 5 millimètres sur toute l'étendue de la concavité de cette lèvre, et par conséquent sur la face palmaire de la commissure, en ayant soin d'aviver un peu plus largement vers le milieu de celle-ci.

Troisième partie. — Affronter les bords saignants de la peau. Pour cela, il faut, avant de rabattre le lambeau sur la paume de la main,

l'inciser dans une étendue de quelques millimètres, de manière à le découper en trois petits lambeaux, un moyen plus large, ayant au moins 15 millimètres, et les deux autres moitié plus petits. On fait glisser le lambeau intermédiaire vers la paume de la main, en embrassant la commissure; il est maintenu par deux points de suture, et même trois, si cela est nécessaire. Les lambeaux latéraux sont traités de la même manière; on les fait glisser vers la paume de la main, et ils sont fixés chacun par un point de suture sur les parties latérales de la peau avivée.

Ce procédé opératoire est facile à exécuter.

On voit que nous nous sommes préoccupé de laisser les doigts se cicatriser, de manière à n'avoir plus à restaurer que la commissure.

Nous aimons mieux prendre les lambeaux sur la face dorsale de la commissure, parce que la peau se laisse facilement décoller, et qu'on pourra la faire glisser facilement.

L'avivement de la peau palmaire est fait dans les couches superficielles du derme, d'après le procédé employé par M. Bozeman pour aviver la surface vaginale, dans l'opération de la fistule vésico-vaginale.

Nous faisons trois lambeaux, bien que celui du milieu puisse suffire pour assurer la restauration de la commissure.

Ce procédé peut être appelé *procédé autoplastique par inflexion*.



FIG. 113. — Palette de bois digité pour fixer isolément les doigts séparés.

Les bords de chaque digitation B, B, sont munis de trous ou de mortaises dans lesquels on peut engager des bandelettes E, E, ou des fils D, D, susceptibles de fixer solidement les doigts.

Il est facile d'exécution, et nous croyons qu'il est applicable à un grand nombre de cas.

Pansement. — Après les diverses opérations des adhérences des doigts, il faut s'occuper de faire un pansement convenable, si l'on veut éviter les divers accidents que nous avons signalés.

La main sera d'abord placée sur une palette digitée et les doigts maintenus écartés.

Il est utile de ne point exercer une forte compression sur les doigts ou sur le lambeau, si l'on a eu recours à un procédé autoplastique. On a remarqué que l'inflammation locale, le phlegmon, surviennent quelquefois à la suite d'une constriction trop forte.

La main sera placée ensuite sur un coussin un peu élevé, afin d'empêcher l'afflux des liquides vers les doigts. Ces précautions devront être surtout très-minutieuses s'il s'agit d'adultes, chez lesquels des accidents inflammatoires surviennent plus fréquemment que chez les enfants.

On fait ensuite des applications de compresses d'eau froide, que l'on renouvelle fréquemment, ou bien l'on soumet la main à l'irrigation continue.

§ 2. — Lésions traumatiques de la main et des doigts.

Nous décrirons les *plaies* et les *hémorragies* de la paume de la main, les *fractures* et les *luxations* des métacarpiens et des phalanges.

I. — PLAIES.

Les plaies de la main sont souvent graves, en raison des organes importants qui peuvent être lésés.

Lorsqu'il n'y a qu'une simple piqûre ou une plaie par instrument tranchant, très-superficielle, la cicatrisation se fait, en général, très-rapidement, comme dans toutes les autres régions. Mais, si la plaie est profonde, on peut observer des lésions importantes; il suffit de se rappeler que la main est riche en vaisseaux et en nerfs volumineux, qu'elle est traversée par un grand nombre de tendons. A ce titre, les plaies de la face palmaire sont ordinairement plus graves que celles de la face dorsale.

La section d'un tendon cause la perte des mouvements du doigt auquel il se rend; s'il s'agit d'un tendon fléchisseur, le doigt demeurera dans l'extension; cette position vicieuse pourra devenir persistante. Toutes les parties auxquelles se distribue un nerf seront paralysées, si celui-ci est coupé. Enfin, il est à peine besoin d'insister sur l'abondance des hémorragies qui suivront la blessure de l'arcade palmaire. Nous reviendrons plus loin sur cet accident. Les plaies contuses, celles qui sont causées par les projectiles, peuvent produire des dégâts très-étendus; elles s'accompagnent quelquefois de fractures des métacarpiens. La main est plus exposée que toute autre partie aux plaies par arrachement; c'est tou-

jours elle qui est saisie la première, dans les engrenages, lors de ces terribles accidents qui emportent quelquefois la totalité du membre supérieur.

Les phénomènes consécutifs ne sont pas exempts de dangers; le phlegmon de la main succède fréquemment aux plaies de cette région; retenu par l'aponévrose palmaire, le pus peut fuser au loin, en suivant le trajet des gaines tendineuses. Enfin, lors même que tous les accidents immédiats ont cessé, on voit souvent persister des difformités incurables, telles que flexion ou extension permanente d'un ou de plusieurs doigts, paralysie, etc. Si le malade se livrait à des travaux manuels, il est presque toujours incapable de reprendre l'exercice de sa profession.

On doit appliquer l'irrigation continue aux plaies de la main, surtout à celles qui se compliquent de contusion violente ou d'écrasement. Dans ce cas, on continuera l'irrigation jusqu'à l'élimination des parties mortifiées. Souvent les désordres sont tels, que l'amputation est nécessaire.

II. — HÉMORRHAGIES.

La blessure peut atteindre chacune des différentes artères qui se distribuent à la main: radiale et radio-palmaire, cubitale, arcades palmaires, superficielle et profonde. L'anatomie nous montre que tous ces troncs vasculaires sont réunis par de larges et nombreuses anastomoses; elle nous explique aussi pourquoi ces hémorragies sont difficiles à réprimer.

Voici quelle conduite il faut tenir lorsqu'on se trouve en présence d'une hémorragie de la paume de la main. D'abord on doit essayer la ligature des deux bouts dans la plaie elle-même; mais celle-ci est souvent difficile, ou insuffisante, à cause des anastomoses; on fait alors la compression, d'une part, dans la plaie, d'autre part, à l'avant-bras, sur le trajet de la radiale et de la cubitale, au moyen de deux petits rouleaux de diachylon dirigés parallèlement à l'axe de ces vaisseaux, et maintenus par une bande. Si l'hémorragie ne se produit que lorsque la suppuration est déjà établie, il faut également avoir recours à la ligature. On s'exagérerait autrefois les dangers de la ligature dans une plaie en suppuration. M. Nélaton a montré que cette crainte n'était pas fondée, et que cette opération donnait de bons résultats.

La ligature des vaisseaux de l'avant-bras, au-dessus de la plaie, ne se fait aujourd'hui que dans le cas où il a été impossible de triompher de l'hémorragie par les moyens que nous venons d'indiquer. Il est bien difficile, en effet, de suspendre complètement l'abord du sang vers la paume de la main, même par la ligature des deux artères, radiale et cubitale. On a été obligé quelquefois de lier l'humérale et même l'axillaire.