

pronostic opératoire, les malades n'ont rien à perdre et pour l'avenir elles ont la sécurité définitive.

Dans certains cas de kystes de volume moyen bombant franchement dans l'un des culs-de-sac vaginaux, plusieurs faits de ma pratique m'ont démontré que la large incision vaginale avec résection plus ou moins étendue des parois de la poche est l'intervention de choix. Mais, dans la majorité des cas, c'est par la laparotomie qu'il faut aborder les tumeurs kystiques du ligament large. Une fois le ventre ouvert, on incise le feuillet du ligament large jusque sur le kyste, on pratique alors son évacuation; puis on procède à sa décortication. Deux alternatives peuvent se présenter : la poche est énucléable ou elle ne l'est pas. Dans le premier cas, une fois le kyste enlevé, il reste une cavité saignante dont il faut pratiquer soigneusement l'hémostase. Pour cela on peut réséquer le plus possible des débris du ligament large et le suturer complètement du côté du ventre, sans drainage ou en drainant par le vagin, à l'aide d'un tube en T, sur lequel les bords de la poche sont exactement suturés. Parfois il suffit de tamponner à la gaze iodoformée la surface cruentée du ligament large; dans quelques cas enfin, il faut suturer les bords de la poche à la plaie abdominale et la tamponner avec soin pour arrêter le suintement sanguin. Ce procédé opératoire, préconisé d'abord par Péan⁽¹⁾, est désigné par quelques auteurs américains sous le nom de *marsupialisation*. Il constitue une ressource opératoire précieuse toutes les fois que l'énucléation kystique est impossible. La guérison qu'elle donne est sans doute un peu longue, mais elle est en général très sûre et, malgré l'opinion inverse de quelques chirurgiens⁽²⁾, je ne crois pas qu'il soit avantageux de recourir au curettage de la poche pour activer la cicatrisation.

⁽¹⁾ PÉAN, *Union médicale*, déc. 1869, p. 874 et suiv.

⁽²⁾ A. RHEMSTADTER, *Zeitschr. für Geb. und Gyn.*, 1884, Bd X, p. 257.

MALADIES DES MEMBRES

Par le D^r KIRMISSON

Professeur agrégé à la Faculté de médecine. — Chirurgien de l'hôpital Trousseau.

Nous diviserons en quatre grands chapitres les maladies chirurgicales des membres, et nous étudierons successivement : 1^o les lésions traumatiques; 2^o les affections inflammatoires et les troubles de nutrition; 3^o les néoplasmes ou tumeurs; 4^o les vices de conformation et les difformités acquises des membres.

CHAPITRE PREMIER

LÉSIONS TRAUMATIQUES DES MEMBRES

Elles comprennent les fractures et les luxations, qui ont déjà été étudiées dans cet ouvrage à propos des maladies osseuses et articulaires⁽¹⁾. Quant aux grands broiements des membres, uniquement justiciables de l'exérèse, les considérations qui s'y rapportent sont du domaine de la médecine opératoire, bien plutôt que de la pathologie.

Cette réserve étant faite, il nous reste à étudier, pour chaque segment de membre en particulier, certaines lésions traumatiques qui donnent naissance à des considérations spéciales. Nous les examinerons successivement : *a*, au membre supérieur; *b*, au membre inférieur, dans l'espoir qu'une étude parallèle des lésions similaires, dans chacun des deux membres, donnera naissance à d'utiles rapprochements.

ARTICLE PREMIER

LÉSIONS TRAUMATIQUES DU MEMBRE SUPÉRIEUR

Elles sont surtout importantes au niveau de l'extrémité terminale du membre supérieur, tant à cause de leur fréquence que de la multiplicité des organes qui peuvent être atteints.

I

PLAIES DE LA MAIN ET DES DOIGTS

Division. — Nous diviserons ces plaies en : *a*, plaies par instruments piquants; *b*, plaies par instruments tranchants; *c*, plaies par instruments con-

⁽¹⁾ Voy. *Traité de chirurgie*, t. II et III.

tondants (écrasement); *d*, plaies par arrachement. Nous aurons en outre à étudier : *e*, l'étranglement des doigts.

1° PLAIES DES DOIGTS

a. *Plaies par instruments piquants*. — En général peu importantes par elles-mêmes, les plaies par instruments piquants des doigts sont surtout dangereuses à cause de la possibilité d'inoculations septiques. Il suffit de rappeler à cet égard la gravité que peuvent présenter les piqûres anatomiques. Une autre complication fréquente des plaies par instruments piquants, c'est la présence de corps étrangers, tels que des éclats de bois, des fragments de verre, d'aiguilles, qui restent inclus dans la profondeur des tissus.

b. *Plaies par instruments tranchants*. — Elles peuvent se borner à une section plus ou moins étendue des parties molles. Dans d'autres cas, la pulpe du doigt en totalité a été complètement détachée sous forme de lambeau, et il reste une perte de substance. D'autres complications naissent de la possibilité de l'ouverture des gaines synoviales des doigts; les tendons eux-mêmes, soit extenseurs, soit fléchisseurs, peuvent être intéressés, suivant que la plaie siège à la face dorsale des doigts ou sur leur face palmaire. Les articulations sont parfois largement ouvertes. Enfin, à ces complications il faut ajouter celles que nous avons mentionnées précédemment, savoir l'inoculation de matières septiques, la présence de corps étrangers et la possibilité d'hémorragies dues à la blessure des artères collatérales des doigts.

Que la section ait porté sur un interligne articulaire ou que l'instrument tranchant ait complètement divisé l'une des phalanges, il peut arriver que l'extrémité du doigt ne tienne plus que par un mince lambeau cutané. Dans certains cas même, le doigt est entièrement détaché; or, comme nous le dirons à propos du traitement, on a pu obtenir le recollement d'extrémités digitales qui avaient été ainsi complètement séparées du reste du corps.

c. *Plaies par écrasement; plaies par armes à feu*. — Elles sont très fréquentes, et souvent étendues à plusieurs doigts. En dix années, M. Polaillon (*) dit en avoir observé à la Pitié 81 cas, dont 76 chez l'homme et 5 chez la femme. Cette fréquence spéciale des plaies par écrasement dans le sexe masculin tient à ce qu'elles sont le plus souvent le résultat d'accidents de machines. Elles peuvent résulter aussi du passage d'une roue de voiture, de la chute de fardeaux plus ou moins pesants. Les morsures d'hommes et d'animaux leur donnent également naissance. J'ai pu voir des cas dans lesquels la syphilis avait été transmise par morsure d'homme, et où un chancre induré s'était développé au point mordu.

Quant aux plaies par armes à feu, en dehors des plaies de guerre, elles reconnaissent souvent pour cause les accidents de chasse et les nombreuses imprudences commises dans le maniement des armes à feu, du revolver en particulier.

Il existe des déchirures plus ou moins étendues de la peau et du pannicule adipeux sous-cutané; des plaies irrégulières, anfractueuses, des lambeaux effilés. Les os sont broyés, les articulations largement ouvertes. Les tendons sont arrachés, de telle sorte que les plaies présentent souvent un caractère

(*) POLAILLON, art. DOIGT du *Diet. encycl. des sciences méd.*

mixte, tenant à la fois de l'arrachement et de l'écrasement. Parfois aussi la solution de continuité a des bords nets, comme si elle avait été produite par un instrument tranchant, et, à travers cette fente cutanée, on voit faire hernie les pelotons du tissu adipeux sous-cutané. Il semble que la peau, se rompant de dehors en dedans, ait laissé passer la graisse sous-jacente; aussi Guermonprez, qui a fait de cette variété de plaies l'objet d'une étude particulière, lui donne-t-il le nom de *plaies par éclatement*.

d. *Plaies par arrachement*. — La forme allongée des doigts, ainsi que leurs usages, expliquent qu'ils soient tout particulièrement prédisposés aux plaies par arrachement. C'est parfois une morsure de cheval qui est la cause de l'accident; on observe encore l'arrachement des doigts par un autre mécanisme, chez les cavaliers qui passent leur doigt en anse dans la bride; le cheval, faisant un violent mouvement pour rejeter la tête en arrière, arrache l'extrémité digitale. Larrey et Legouest ont appelé l'attention sur les faits de cet ordre fréquemment observés dans l'armée. Enfin les accidents de machines déterminent souvent l'arrachement des doigts, soit que la machine animée d'un mouvement très rapide entraîne l'extrémité digitale et l'arrache, soit que le doigt, très solidement fixé dans un engrenage, soit arraché par le malade lui-même, dans l'effort violent qu'il exécute pour se dégager.

D'après la statistique établie par M. Polaillon dans son article DOIGT du *Dictionnaire encyclopédique*, le pouce est celui des doigts sur lequel porte le plus souvent l'arrachement; viennent ensuite l'index et l'annulaire; l'auriculaire est le moins fréquemment atteint; il n'existe aucun exemple d'arrachement ayant porté sur le médius.

Le plus souvent l'arrachement se produit au niveau des articulations; plus rarement, les phalanges elles-mêmes sont fracturées. Quelquefois la peau est arrachée bien au-dessus des parties osseuses; il arrive même que la peau d'un doigt soit arrachée en totalité, et que l'enveloppe tégumentaire ainsi isolée représente un véritable doigt de gant. En général, la peau de la face dorsale est arrachée à une plus grande hauteur que celle de la face palmaire, dont les connexions avec le tissu cellulaire sous-jacent sont plus intimes. Mais ce sont surtout les tendons qui sont arrachés bien au-dessus des parties osseuses. Sur un total de 42 arrachements des doigts, M. Polaillon note 36 cas de ruptures tendineuses à l'avant-bras. C'est sur les fléchisseurs, et en particulier sur les fléchisseurs profonds, que porte l'arrachement. En effet, de ces 36 ruptures tendineuses, 22 portaient sur le tendon du fléchisseur profond. C'est le plus souvent à l'union des fibres tendineuses avec la portion charnue du muscle que se produit la rupture. M. Gosselin a appelé l'attention sur une variété particulière d'arrachement tendineux, qui consiste en ce que le tendon s'est laissé étirer au point de présenter une longueur beaucoup plus considérable qu'à l'état normal, sans cependant offrir une solution complète de continuité. Le fait trouve sans doute son explication dans cette circonstance que les fibres tendineuses sont demeurées intactes, tandis que les fibres charnues ont été en partie rompues : de là l'allongement apparent du tendon.

En général, les plaies des doigts par arrachement ne s'accompagnent que de peu de douleurs; les tuniques artérielles se laissant effiler, il y a aussi très peu d'hémorragie. Les suites sont ordinairement fort simples.

Des plaies des doigts par arrachement, on peut rapprocher l'arrachement sous-cutané du tendon extenseur de la phalangette. Cette lésion a été décrite

pour la première fois par Segond en 1879 (1); il a pu la reproduire par l'expérimentation sur le cadavre; Busch en a fait connaître plusieurs observations en 1881 (2). Cette lésion reconnaît pour cause une impulsion brusque de l'extrémité digitale d'avant en arrière; elle se traduit par une vive douleur et une sensation de craquement au moment de l'accident. La phalangette se place dans une attitude de flexion permanente sur la phalange correspondante; on constate une ecchymose et l'existence d'un point douloureux très limité et situé sur la phalangette, immédiatement au-dessous de l'interligne articulaire. L'auriculaire paraît être le doigt le plus exposé à cette lésion.

Schœning (3), ayant eu l'occasion d'observer un cas de cette nature, a fait des expériences pour se rendre compte du mécanisme. Comme Segond, il a constaté que le tendon arrache d'ordinaire un petit fragment d'os. D'après lui, on ne peut produire l'arrachement du tendon qu'en maintenant la seconde phalange dans l'extension. Même en sectionnant le tendon extenseur au niveau de la première phalange, l'arrachement se produit; donc, ce sont les languettes tendineuses adhérentes à la capsule qui subissent l'arrachement. Si celui-ci n'est possible que pendant l'extension de la deuxième phalange, cela tient à ce que, lorsque cette phalange se fléchit, les deux languettes des tendons extenseurs glissent sur les parties latérales de la tête osseuse, et cessent d'être tendues.

Depuis lors, l'étude expérimentale de la question a été reprise par P. Delbet (4). Ce dernier auteur n'est pas complètement d'accord avec Schœning, notamment en ce qui regarde la nécessité de l'extension de la deuxième phalange et le glissement des languettes de l'extenseur pendant la production de la lésion. Il a pu, dans ses expériences, déterminer trois ordres de lésions: 1° l'arrachement du point d'insertion avec ouverture de l'articulation; 2° la fracture de la phalange sans ouverture de l'articulation; 3° la déchirure du tendon avec ouverture de l'articulation. Sur l'index, le médus et l'auriculaire, il n'a pu obtenir que des fractures ou des arrachements du tendon à son point d'insertion; sur l'annulaire et surtout sur le pouce, il a réussi à déterminer la déchirure du tendon. Ces conclusions ne doivent être admises qu'avec réserve; nous les voyons contredites par une observation de Schwartz (5), dans laquelle ce chirurgien, étant intervenu pour suturer le tendon déchiré, a trouvé sur le doigt médus une déchirure siégeant à trois millimètres environ de l'attache tendineuse.

Bien qu'il y ait eu des cas dans lesquels la guérison n'ait pu être obtenue, cependant le pronostic est, en général, favorable, quand on immobilise d'une façon convenable la région blessée. Dans le cas contraire, la phalangette reste définitivement fléchie et les mouvements d'extension sont abolis.

(1) SEGOND, Note sur un cas d'arrachement du point d'insertion des deux languettes phalangiennes de l'extenseur du petit doigt, par flexion forcée de la phalangette sur la phalange. *Bull. de la Soc. anat.*, 1879, p. 724.

(2) BUSCH, Ueber den Abriss der Strecksehne von der Phalanx des Nagelgliedes. *Centralblatt f. Chir.*, 1881, n° 1.

(3) SCHÖNING, Ueber den Abriss der Strecksehne von der Phalanx des Nagelgliedes. *Arch. für klin. Chir.*, Bd XXXV, p. 237.

(4) DELBET, Des lésions consécutives à la flexion forcée des phalangiennes des doigts. *Bull. de la Soc. anat.*, 1890, n° 117.

(5) SCHWARTZ, De l'arrachement sous-cutané des insertions des tendons extenseurs des doigts sur la phalangette. *Arch. gén. de méd.*, mai 1891.

Généralement l'immobilisation du doigt dans la position rectiligne suffit à procurer la guérison. S'il en était autrement, on pourrait suivre l'exemple donné par M. Schwartz, dans le cas auquel nous avons fait allusion, et inciser la peau pour suturer directement les extrémités tendineuses rompues.

La rupture du tendon extenseur a été également observée par Duplay, au niveau de la face dorsale des phalanges et du métacarpe; dans ce cas, les fonctions du doigt sont entièrement perdues et ne peuvent être rétablies que par la suture tendineuse.

e. *Étranglement des doigts.* — On l'observe surtout chez les enfants qui ensèrent leurs doigts avec des ficelles ou qui les introduisent dans des grillages, dans des orifices trop étroits. Chez les adultes, le port de bagues peut donner naissance aux mêmes accidents, lorsqu'une inflammation, panaris, traumatisme, brûlure, détermine une rapide augmentation du volume de l'organe. Si la constriction n'était pas supprimée, on verrait bientôt se produire des accidents gangréneux. De là, la nécessité d'intervenir hâtivement, dût-on recourir à la lime ou à des pinces coupantes pour sectionner les corps métalliques qui causent l'étranglement. On réussit souvent à enlever les bagues en passant au-dessous d'elles un fil solide dont l'une des extrémités est laissée libre, tandis que le reste du fil est enroulé autour du doigt. En déroulant le fil au moyen du bout passé sous l'anneau, on fait avancer celui-ci vers l'extrémité du doigt et l'on arrive à le retirer. On peut aussi, comme le fait remarquer M. Polaillon, diminuer le volume de l'organe, en l'entourant d'un mince tube de caoutchouc.

Traitement des plaies des doigts. — La fréquence d'inoculations septiques, l'état de malpropreté dans lequel se trouvent souvent la main et les doigts des ouvriers, au moment où ils sont victimes d'un accident, imposent ici, plus que partout ailleurs, de minutieuses précautions antiseptiques. On lavera soigneusement la main avec le savon et la brosse; on emploiera l'éther pour entraîner les matières grasses adhérentes à la peau, la plaie sera lavée avec un liquide antiseptique. Quant au pansement, outre les divers pansements antiseptiques, il convient de mentionner tout spécialement le pansement ouaté de M. Alphonse Guérin, qui, par les conditions d'immobilisation et de température constante qu'il réalise, trouve ici une de ses meilleures applications. Il va sans dire que les corps étrangers doivent être enlevés aussi complètement que possible. Quant aux lambeaux cutanés, aux esquilles osseuses, quel que soit leur degré d'attrition, il faut les respecter. Plus tard, lorsque les parties dont la vitalité est trop fortement compromise se seront détachées, on fera au besoin une régularisation de la plaie pour permettre une cicatrisation définitive; mais, au moment même de l'accident, la conservation s'impose d'une manière absolue. Il est impossible en effet de préciser à l'avance le sort des parties contuses, et l'on s'exposerait, en intervenant hâtivement, à supprimer des parties qui peuvent parfaitement continuer à vivre et qui rendront dans la suite au malade les meilleurs services. Il nous est arrivé, comme à tous les chirurgiens, de voir des segments de doigt qui ne tenaient plus que par un pédicule cutané plus ou moins étroit, et qui cependant ont pu conserver leur vitalité et arriver à cicatrisation. On a même vu des extrémités digitales complètement détachées du reste du corps qui ont pu être remises en place et se greffer sur les parties voisines; 54 cas de cette nature ont été rassemblés par M. Bérenger-Féraud. L'analyse des faits montre que cette greffe réussit surtout pour l'extrémité terminale du doigt, même quand