

Une malformation relativement assez fréquente consiste dans l'existence de **doigts surnuméraires**. On a observé jusqu'à dix doigts à une seule main. Le plus souvent c'est le petit doigt et le pouce qui présentent des doigts surnuméraires ; plus rarement ce sont les autres doigts. Dans ces derniers cas le doigt est, en général, complet et souvent même pourvu d'un métacarpien. Par contre, lorsque l'anomalie intéresse le pouce et le petit doigt, on observe de très grandes différences au point de vue de l'intégrité des doigts surnuméraires et de leurs relations avec le métacarpe. Les doigts incomplets formés seulement d'une ou de deux phalanges, ne sont, le plus souvent, que des appendices cutanés, c'est-à-dire qu'ils ne sont fixés que par la peau et par un pédicule de tissu conjonctif de longueur variable, qui les unit au métacarpe. Les doigts surnuméraires développés d'une façon plus complète, présentent, en général, une surface articulaire en rapport avec une surface semblable située latéralement sur le métacarpien du doigt voisin, ou bien ils possèdent un métacarpien plus ou moins séparé des autres et parfois même tout à fait indépendant ; dans ce dernier cas, le métacarpien surnuméraire s'articule avec une surface articulaire de l'os du carpe, qui est alors plus large et peut même être double également. On a décrit aussi des cas dans lesquels la première phalange se bifurquait, de sorte que le doigt bifide ne s'articulait que par un seul os avec le métacarpe.

Lorsque le doigt surnuméraire ne consiste qu'en un appendice cutané, on l'enlève simplement d'un coup de bistouri, et l'on suture la petite plaie qui en résulte. S'agit-il, par contre, d'un doigt articulé, on a recours alors assez souvent à l'amputation sans toucher à l'articulation elle-même ; on laisse subsister la première phalange afin de ne pas ouvrir cette articulation qui peut être communicative avec celle du doigt voisin. En opérant ainsi, j'ai vu plusieurs fois le reste de la phalange s'accroître dans la suite au point de gêner les mouvements des autres doigts ; c'est pourquoi je conseille la désarticulation. Si l'on opère avec précaution, on n'a guère à craindre une lésion de l'articulation du doigt voisin ; d'ailleurs, une véritable communication entre les deux cavités articulaires ne semble pas fréquente. La plaie doit être fermée par suture. Du reste, le pansement antiseptique obvie également aux dangers qui pourraient résulter d'une blessure de l'articulation.

Une anomalie extrêmement curieuse que l'on observe quelquefois, c'est la croissance exagérée d'un doigt ou **mégalo-dactylie** ; dans un cas observé par nous, le doigt atteint d'hypertrophie congénitale s'accrut proportionnellement aux autres après la naissance, si bien qu'il finit par être une cause de gêne dans les fins travaux manuels. D'autres chirurgiens ont fait la même observation (WULF, *Petersburg. Zeitschrift*, vol. I). C'est en examinant chaque cas particulier que l'on devra décider si l'on raccourcira simplement le doigt ou si l'on aura recours à la désarticulation complète. Nous renvoyons le lecteur qui s'intéresse à ces anomalies congénitales, à l'ouvrage de VOGT qui en a fait l'objet d'une étude approfondie. (*Deutsche Chirurgie* de BILLROTH-LUECKE, livraison 64.)

Une anomalie qui, parfois, donne extrêmement à faire au chirurgien, c'est la **palmatore** ou **syndactylie congénitale** qui intéresse le plus souvent le médius et l'annulaire, plus rarement tous les doigts, à l'exception du pouce. Elle doit être considérée comme le résultat d'un arrêt de développement ; les doigts sont restés réunis, parce que la couche épithéliale n'a pu, comme à l'état

normal, s'engager entre eux, de façon à en déterminer la séparation. Comme le pouce se sépare le premier, c'est aussi ce doigt qui reste le plus rarement soudé avec le doigt voisin. Parfois les doigts sont réunis par une membrane semblable à celle des palmipèdes ; l'anomalie est alors facile à corriger ; par contre, dans d'autres cas, les deux doigts se trouvent réunis étroitement par le tissu conjonctif qui recouvre leurs faces latérales correspondantes et par la peau qui passe de l'un à l'autre sans se déprimer ; enfin, d'autres fois encore, il s'agit d'une synostose, ou bien les phalanges, y compris l'ongle, sont soudées entre elles de façon à ne former qu'un seul doigt large, mais qui est double en réalité.

Le traitement de cette malformation sera décrit, à propos des contractures et des adhérences cicatricielles des doigts. Les véritables synostoses avec soudure des ongles ne sont guère justiciables d'une intervention opératoire.

B. BLESSURES DE LA MAIN ET DES DOIGTS

§ 111. — Les lésions traumatiques compliquées du membre supérieur, et particulièrement celles de la main, ont acquis dans notre siècle une importance que l'on ne soupçonnait guère autrefois. Par suite des progrès de l'industrie et du nombre croissant de fabriques les plus diverses, on a dû inventer un grand nombre de machines dont le fonctionnement fait courir aux ouvriers plus ou moins de dangers. Le membre supérieur surtout, et en particulier la main et les doigts, sont les parties du corps les plus exposées à être blessées par ces machines, en l'absence de précautions suffisantes. Tantôt l'agent traumatique agit seulement par broiement, ainsi qu'il arrive lorsque la main est prise entre les surfaces lisses d'un laminoir, tantôt la blessure est due à une roue dentée dont les dents s'impriment dans les différentes parties du membre et produisent des désordres locaux graves, tantôt enfin c'est une scie circulaire tournant très rapidement, qui détermine de véritables amputations ou des solutions de continuité partielles du membre.

Les blessures de ce genre, lorsqu'elles intéressent la main, ont une importance telle que nous avons cru devoir les décrire avant toutes les autres. Il va sans dire qu'elles sont aussi compliquées que possible. Le trait de scie divise à la fois la peau, les tendons, les vaisseaux et les nerfs, et peut même, par section de l'os, déterminer une solution de continuité complète du membre. Les causes traumatiques agissant surtout par broiement, ont des effets très divers. Tantôt elles mettent en pièces l'avant-bras et la main, dont elles transforment les différentes parties en une masse inextricable, au point de détruire tout à fait la vitalité du membre, tantôt la peau et les parties molles sont largement broyées et décollées, les muscles et les tendons déchirés, et il peut même arriver qu'un tendon avec le corps du muscle correspondant, soit arraché de la profondeur des masses musculaires, tandis que les os et les articulations ne sont pas aussi gravement atteints. Dans d'autres cas, les lésions intéressent principalement les os qui sont fracturés, brisés comminativement ou broyés, ainsi que les articulations qui sont ouvertes, et ont leurs extrémités osseuses

mises en pièces et leur appareil fibreux déchiré. Il va sans dire qu'il n'est pas rare d'observer également des solutions de continuité des vaisseaux et des nerfs. Toutefois, précisément dans cette forme de traumatisme, on n'a pas, en général, à redouter beaucoup le danger d'hémorragie, car la cause agissant par torsion et broiement, les vaisseaux se trouvent déchirés irrégulièrement, ce qui favorise beaucoup la production de caillots sanguins formant une sorte de feutrage avec les tissus.

Ces blessures et d'autres analogues dues à la décharge d'armes à feu chargées avec de la grenaille, à l'explosion de la poudre, au passage d'une roue de char ou à la chute de corps lourds sur la main, occupent une place à part dans la pathologie chirurgicale, en ce sens que, au point de vue de la conservation de la partie blessée, elles se comportent autrement sous bien des rapports que les blessures du même genre du membre inférieur. Tout d'abord il importe assez peu que, dans un cas donné, le blessé conserve un orteil ou une partie du pied de plus, et il peut même arriver que l'on commette une faute grave en poussant trop loin la conservation, au prix d'une cicatrice mal située et comprimée dans la marche. Par contre, *lorsqu'il s'agit de la main, tout ce que l'on peut sauver, ne fût-ce qu'une portion minime, a une valeur incalculable, à condition toutefois que la partie conservée soit capable de fonctionner et de rendre des services.* L'ouvrier auquel on a réussi à conserver un appareil de préhension même rudimentaire, peut encore se livrer à diverses occupations, bien qu'il doive renoncer, il est vrai, à beaucoup de fins travaux manuels. Il est à peu près superflu de faire remarquer que les diverses parties de la main se comportent très différemment sous ce rapport, que le pouce et l'index sont les parties les plus utiles, et que l'aptitude fonctionnelle diminue graduellement jusqu'au petit doigt. La main offre d'ailleurs maintes conditions favorables à la guérison des blessures dont elle est le siège, conditions qui viennent en aide au chirurgien dans ses tentatives de conservation. Telle est avant tout la nutrition excellente des tissus par un riche réseau artériel. D'autre part, la situation relativement protégée des nerfs et les anastomoses assez nombreuses qu'ils présentent, favorisent le rétablissement fonctionnel des parties conservées.

Les **blessures simples** de la main, c'est-à-dire les plaies proprement dites par instruments piquants ou tranchants, offrent déjà maintes particularités. Les plaies des doigts par instruments tranchants ont, en général, un excellent pronostic. Un coup de couteau peut avoir divisé tous les tissus d'un doigt, c'est-à-dire la peau, les tendons, les os et les articulations, au point de ne laisser subsister qu'un pont cutané, et cependant il n'est pas rare d'observer la guérison dans ces conditions, pourvu que l'on réussisse à obtenir la réunion par première intention en pratiquant à temps la suture ou en fixant le doigt à l'aide de sparadrap, mais surtout en l'entourant d'un pansement antiseptique. On observe même, le plus

souvent, dans ces cas, le rétablissement de la sensibilité et de la motilité. Toutefois les surfaces articulaires se soudent assez souvent entre elles, et il en résulte une ankylose. De nombreuses observations (BÉRENGER-FÉRAUD en a rassemblé 34, dernièrement) prouvent que des bouts de doigts complètement détachés peuvent continuer à vivre, lorsqu'il ne s'est pas écoulé un temps trop long jusqu'au moment de la suture. L'hémorragie dans ces plaies est, en général, de peu d'importance; il est rare que des ligatures soient nécessaires.

Les **plaies de la paume de la main** sont plus importantes à cause de la lésion possible des arcades palmaires. Les blessures de l'arcade superficielle formée surtout par l'artère radiale, sont moins à redouter que celles de l'arcade profonde située sous les fléchisseurs; ici, en effet, non seulement nous avons à lutter avec les difficultés de l'hémostase, mais, en outre, nous devons nous attendre à rencontrer presque nécessairement des lésions concomitantes des tendons. Ces dernières ont comme conséquence les troubles fonctionnels qui résultent de la section de tendons, et, d'autre part, elles font courir le danger d'une inflammation suppurée des gaines tendineuses, et avant tout d'une suppuration du gros sac tendineux de la paume de la main. Cette complication s'observe, du reste, aussi parfois à la suite de blessures des tendons et des gaines tendineuses des doigts, mais les différents doigts ne se comportent pas tout à fait pareillement, au point de vue du danger de propagation de la suppuration au sac synovial des fléchisseurs.

Habituellement, en effet, les gaines tendineuses des 2^e, 3^e et 4^e doigts sont fermées, du côté du sac synovial, tandis que celles du pouce et du petit doigt communiquent librement avec cette poche séreuse (voir § 101). Cette disposition anatomique n'est, du reste, pas constante, en ce sens qu'il peut arriver une fois ou l'autre que les gaines tendineuses des autres doigts communiquent avec le sac synovial, comme il peut se faire, d'autre part, que les gaines du pouce et du petit doigt, mais particulièrement de ce dernier, soient dépourvues de toute communication de ce genre. La diffusion de la suppuration par les voies que nous venons d'indiquer, se produit surtout facilement, semble-t-il, à la suite de plaies simples par instruments piquants qui se sont fermées superficiellement; un caillot sanguin putride resté dans la profondeur après la fermeture de la plaie, peut avoir été dans ces cas le point de départ du phlegmon suppuré, ou bien l'instrument qui a produit la blessure, portait à son extrémité pointue la substance infectieuse qui a pénétré ainsi directement dans la gaine tendineuse.

Ce qui fait surtout la gravité des plaies du dos de la main, c'est la **blessure des tendons**. Cette dernière est suivie beaucoup moins souvent de symptômes de phlegmon que lorsqu'il s'agit de plaies de la face palmaire, mais elle compromet plus tard, à un haut degré, les mouvements du doigt correspondant, lorsque les deux bouts du tendon sectionné s'écartent