

l'un de l'autre pour ne plus se réunir. C'est ici surtout que l'on doit avoir recours à la suture des tendons (§ 98).

§ 112. — En somme, les lésions traumatiques que nous venons de passer en revue, n'ont point un mauvais pronostic, au point de vue de la mortalité. Même les formes les plus malignes, celles qui se compliquent de processus phlegmoneux diffus, n'entraînent que rarement une septicémie ou pyémie grave et la mort, et dans nombre de cas, en présence de ces complications redoutables, on réussit encore à sauver la vie du blessé par une amputation pratiquée de bonne heure. Mais l'aptitude fonctionnelle de la partie conservée est assez souvent diminuée, grâce à certaines influences fâcheuses qui se font sentir plus tard, et qui doivent être mises essentiellement sur le compte de la rétraction cicatricielle; tantôt c'est une cicatrice de la peau qui détermine une attitude vicieuse d'un ou de plusieurs doigts, tantôt c'est une ankylose qui enlève toute mobilité à l'articulation, tantôt enfin ce sont les muscles qui ne peuvent plus transmettre aux doigts leurs mouvements, soit parce que le tendon s'est nécrosé et a été éliminé, soit parce qu'il a contracté des adhérences avec la gaine tendineuse.

Dans le **traitement des plaies simples de la main, par instruments tranchants**, on cherche, autant que possible, à obtenir la réunion par première intention au moyen de la suture. Nous avons déjà fait remarquer que la réunion doit être tentée même dans les cas de section complète d'une phalange. La suture est toujours préférable aux bandelettes de sparadrap. Dans les cas de section de l'os il est en outre nécessaire, en général, de fixer les parties suturées au moyen d'une petite attelle en carton ou en sparadrap replié plusieurs fois sur lui-même, et maintenue par des bandelettes de cette même substance. Comme il est toujours indiqué dans ces cas d'avoir recours au pansement antiseptique, ce dernier suffit déjà par lui-même à maintenir le doigt dans une bonne position. Pour les plaies simples par instruments tranchants qui ne secrètent pas, nous conseillons d'employer un pansement à l'acide borique : après avoir désinfecté le voisinage de la plaie et suturé cette dernière, on applique un morceau de lint boriqué dépassant la ligne de suture d'un travers de doigt dans tous les sens, et on le fixe au moyen de bandelettes de taffetas anglais. Les plaies de la face palmaire et celles du dos de la main sont réunies également, après **suture préalable des tendons** pour une partie d'entre elles. On fera bien dans ces cas d'immobiliser la main et l'avant-bras sur une attelle dans une bonne position, c'est-à-dire en flexion palmaire lorsqu'il s'agit d'une plaie de la face de même nom, et en flexion dorsale lorsque la blessure intéresse le dos de la main. Pour maintenir la main en flexion dorsale, on applique l'attelle droite du côté palmaire, et l'on glisse sous la main un bourrelet de ouate d'une certaine épaisseur; par contre, si l'on veut immobiliser la main en flexion palmaire, on place l'attelle du côté dorsal, et l'on applique sur le dos de la

main un coussinet cunéiforme, la base de ce dernier regardant du côté des doigts. On peut, du reste, obtenir le même résultat au moyen d'attelles creuses convenablement recourbées. Parfois c'est avec une gouttière en fil de fer que l'on arrive le mieux au but.

Avant la suture, il faut naturellement arrêter tout écoulement sanguin, ce qui parfois offre de grandes difficultés. Le procédé le plus sûr consiste dans la *ligature directe des vaisseaux* qui donnent du sang, ligature qui, sans doute, est presque toujours possible actuellement, grâce à l'ischémie artificielle du membre. Il va sans dire que les *hémorragies par l'arcade palmaire exigent une double ligature du vaisseau blessé*. Il est, en général, facile de lier l'arcade palmaire superficielle, qui est située sous le feuillet superficiel de l'aponévrose de la paume de la main, et dont le sommet se trouve à peu près sur une ligne transversale passant par la commissure du pouce (HENLE); par contre l'arcade profonde est située sous les tendons des fléchisseurs, sur la base des métacarpiens, et est recouverte en partie par le muscle court adducteur du pouce; on comprend dès lors que la ligature en soit presque toujours difficile, et qu'elle ne puisse se faire sans un tiraillement considérable des parties sus-jacentes. Néanmoins, on doit chercher à arrêter par ligature directe les hémorragies provenant de l'arcade palmaire profonde dans une plaie récente. Si l'on ne réussit pas à lier l'artère dans la plaie, on aura d'abord, parmi les procédés opératoires, la ressource des ligatures dans la continuité. On a lié avec des résultats divers, tantôt les artères de l'avant-bras, tantôt l'artère humérale. Dans les cas de blessure de l'arcade palmaire superficielle, c'est surtout en faisant cesser l'apport du sang par la cubitale que l'on parviendra à arrêter l'hémorragie, et de fait, la littérature médicale renferme un certain nombre d'observations qui prouvent que la ligature de ce vaisseau peut à elle seule donner un résultat désiré, tandis que l'hémorragie provenant de l'arcade palmaire profonde, dépend essentiellement de la radiale et a pu être arrêtée assez souvent par la ligature de cette seule artère. Mais comme les deux arcades palmaires sont alimentées l'une et l'autre, d'une façon inégale il est vrai, par les deux artères de l'avant-bras, et comme, d'autre part, ces deux arcades s'anastomosent largement entre elles ainsi qu'avec les branches artérielles fournies par l'interosseuse, on comprend aisément que ni la ligature isolée de l'une des artères de l'avant-bras, ni la ligature double de la radiale et de la cubitale, ne peut être vraiment utile dans tous les cas. On possède même un nombre assez considérable d'observations dans lesquelles les ligatures en question ont été dépourvues de toute efficacité. Un moyen plus sûr est la *ligature de l'artère humérale*.

MARTIN, se basant sur un certain nombre d'observations de blessures de ce genre, a démontré que la ligature au-dessus de l'origine de l'humérale profonde, est souvent le seul moyen qui permette d'arrêter presque à coup sûr l'hémorragie. Cependant ce moyen ne réussit pas toujours,

comme le prouvent un certain nombre d'observations de BUSCH et de moi-même, dans lesquelles on n'a pu obtenir définitivement l'hémostase que par la ligature de l'axillaire.

On comprend aisément qu'en présence de pareilles difficultés, on ait tenté de se rendre maître de l'hémorragie sans opération. On y est parvenu à l'aide des styptiques, et sous ce rapport, le moyen qui s'est acquis le plus de confiance des chirurgiens, consiste dans l'application d'un tampon imbibé d'une solution de perchlorure de fer; c'est celui que conseille ROSER dans les hémorragies de l'arcade palmaire profonde, le tampon étant ici appliqué, de façon à comprimer le vaisseau contre les métacarpiens.

On pourrait aussi essayer l'application du *penghawar-jambi* qui a une action hémostatique très remarquable, due évidemment à la propriété que possède cette substance d'adhérer aux tissus d'une façon intime. Toutefois l'introduction des styptiques dans la plaie ne doit être considérée que comme une dernière ressource, car elle peut provoquer le développement d'un phlegmon diffus; d'ailleurs ce moyen d'hémostase n'est pas sûr.

Un procédé encore plus incertain et qui n'est pas dépourvu de danger, c'est la **flexion forcée**, et il en est de même de la **compression digitale** de l'artère humérale. La flexion qui a été conseillée par ADELMANN et d'autres chirurgiens, doit être pratiquée à la fois au coude et au poignet. Dans un certain nombre de cas, elle a arrêté définitivement l'hémorragie; dans d'autres, elle n'a été d'aucune utilité, et on lui a même reproché d'avoir déterminé la gangrène de l'extrémité. VOLKMANN a attiré l'attention sur un moyen d'hémostase très actif dans les hémorragies de la main, à savoir la **suspension verticale du membre**. Elle est certainement toujours indiquée pendant le traitement consécutif lorsqu'on n'est pas très sûr de l'hémostase, et en règle générale, elle suffit à empêcher le retour de l'hémorragie lorsque la plaie suit une marche aseptique.

De même que l'on opère la suture des tendons, on ne doit pas oublier d'aller à la recherche des gros troncs nerveux divisés, afin de les suturer de la manière décrite plus haut (§ 96). Nous avons déjà fait remarquer alors, que ce sont précisément les plaies guéries de bonne heure qui offrent le plus de chances d'un rétablissement de la conductibilité nerveuse.

§ 113. — **Le pronostic des blessures par écrasement de la main** est, au point de vue vital aussi bien qu'au point de vue fonctionnel, beaucoup meilleur qu'on ne serait tenté de le supposer si l'on n'avait pas une connaissance spéciale de la marche de ces lésions. C'est pourquoi l'on *devra renfermer dans des limites très restreintes l'intervention opératoire primitive*. On n'enlèvera que les parties vraiment détruites, et l'on conservera tout moignon de doigt, si petit fût-il; plus tard, il est vrai, on

se trouvera le plus souvent dans la nécessité d'exciser des parties molles qui avaient été fortement tirillées et comprimées, d'enlever un bout de doigt ou de réséquer une portion d'os dans la continuité; mais on devra restreindre le plus possible les opérations primitives.

Dans le **traitement** de ces blessures qui s'étendent au delà des limites de la main, le chirurgien doit chercher, tout d'abord, à prévenir certaines complications accidentelles capables d'entraver la guérison. La nécrose inévitable des parties détruites provoque volontiers dans la plaie des phénomènes de putréfaction, et l'on ne tarde pas à voir se développer un *phlegmon* diffus ou circonscrit. La *tendovaginite suppurée* sur laquelle nous reviendrons plus loin, est la complication la plus redoutable de ces plaies, mais on observe aussi parfois des processus phlegmoneux diffus (œdème aigu purulent de PIROGOFF, panphlegmon de FISCHER). Il importe, par conséquent, d'empêcher la pénétration dans la plaie d'agents nuisibles venant de l'extérieur.

De nos jours, lorsqu'on se trouve en présence de blessures récentes, on commence le traitement par l'ablation des parties absolument détruites et la désinfection complète du foyer traumatique, puis on applique un pansement antiseptique suivant les règles bien connues. Cette manière de procéder est extrêmement avantageuse. Grâce au traitement antiseptique, même la nécrose des parties molles et des os évolue sans phénomènes putrides ni suppuration; d'autre part, le pansement suffit à lui seul à immobiliser le membre, et rend superflu l'emploi de moyens particuliers de fixation. La main pansée est placée à côté du malade sur un coussin de balle d'avoine, de façon que les doigts se trouvent plus élevés que le corps. L'immersion continue, employée autrefois avec tant de succès, ne peut se comparer actuellement avec la méthode de traitement que nous venons de décrire. Il n'y a pas longtemps encore (BILLROTH, VOLKMANN), l'immersion de la main dans une petite baignoire remplie d'eau et placée à côté du malade, était considérée comme un moyen de traitement, qui employé de bonne heure, était capable de donner des résultats les plus favorables, en prévenant l'apparition des processus phlegmoneux.

Si l'on veut avoir encore recours à cette méthode de traitement, on ne devra l'employer que la première semaine ou un peu plus longtemps, c'est-à-dire jusqu'au moment où la plaie s'est nettoyée et s'est recouverte d'une couche de granulations, laquelle est une première garantie contre l'infection. En effet, si l'on se sert du bain continu alors qu'il existe déjà des trajets suppurés et des granulations bien développées, il se produit une coagulation du pus, les trajets s'oblitérent et la couche granuleuse se gonfle par infiltration œdémateuse. La baignoire doit être construite convenablement, de façon que le coude puisse s'y appuyer sans pression pénible et se trouve à un niveau plus bas que la main et les doigts. En outre, on ajoute à l'eau un liquide désinfectant.

Dans tous ces cas, il importe, avant tout, de donner à la main une atti-