

tude convenable. Elle doit être, en effet, maintenue plus élevée que le corps sur un coussin de balle d'avoine, après fixation préalable sur une attelle, soit qu'il s'agisse d'une blessure traitée, dès le début, selon les principes de la méthode antiseptique, soit que l'on ait affaire à une plaie qui traitée ou non selon les règles de l'antisepsie, a été envahie par la suppuration et par divers processus phlegmoneux. Pour ces derniers cas, il s'agit de décider d'emblée s'il ne vaut pas mieux renoncer au pansement occlusif pour essayer soit simplement la méthode de traitement à ciel ouvert, soit cette dernière combinée avec l'irrigation continue, qui assez souvent rend de très grands services, précisément lorsque des trajets puru-



Fig. 23. — Attelle à suspension de VOLKMANN. (Fig. tirée de l'encyclopédie chirurgicale de PITHA-BILLROTH).

lents se sont formés dans les masses musculaires de l'avant-bras. Avec le pansement occlusif, on est aussi obligé parfois de donner au membre une position verticale. Du reste, presque toujours, surtout dans les cas dont il est ici question, on fera bien d'élever la main et l'avant-bras suffisamment pour les rendre accessibles à l'irrigation continue. De nos jours, cependant, on peut dans la règle arriver au même but au moyen du pansement antiseptique, même lorsque la plaie est déjà infectée. Il est vrai que l'on est alors obligé de changer souvent le pansement, et de soumettre la plaie à des désinfections répétées par l'emploi des solutions phéniquées fortes, de sublimé, d'iodoforme, selon le procédé que nous avons déjà décrit plusieurs fois.

Dans les formes graves de blessures de la main, on a recours assez souvent à la **suspension verticale** du membre, que VOLKMANN a introduite dans la pratique, et qui déjà par elle-même est capable de rendre de très grands services, voire même de donner des résultats presque incroyables en peu de temps, surtout dans les formes malignes de phleg-

mon, avec tuméfaction générale des tissus, qui sont le siège d'une hyperémie par stase. Le bras, l'avant-bras et la main sont fixés à une attelle dorsale ou palmaire, que des liens maintiennent suspendue à une tringle qui se trouve au-dessus du lit. L'épaule surtout doit être bien soutenue, si l'on veut épargner au malade les douleurs si pénibles qui proviennent de la fatigue des muscles. Dans nombre de cas, on peut utiliser l'attelle à suspension de VOLKMANN dont nous reproduisons ici le dessin (fig. 23) ; dans d'autres cas, on découpe des attelles de carton, de feutre ou de gutta-percha, en leur donnant une forme appropriée à chaque cas particulier, et on les fixe sur le membre par quelques bandelettes de sparadrap, ce qui est toujours possible, même s'il existe une plaie étendue des téguments. L'attelle est munie d'un fil de fer recourbé çà et là en forme d'anneau. On laisse la plaie à découvert lorsqu'on a l'intention de la soumettre à l'irrigation continue ou que l'on a adopté la méthode de traitement à ciel ouvert. Si l'on préfère appliquer un pansement antiseptique, on renouvellera souvent ce dernier, afin de lui permettre d'absorber convenablement les liquides de la plaie. Dans d'autres cas et particulièrement lorsque des fusées purulentes graves se sont produites dans l'avant-bras, on aura recours à l'irrigation continue. Après avoir bien drainé les abcès, dans l'un des tubes à drainage, d'habitude dans celui qui occupe la partie la plus élevée de la plaie, le membre étant suspendu, on introduit le bout de la canule d'un irrigateur placé au-dessus du lit et rempli d'une solution d'acide salicylique ou de thymol. L'écoulement lent du liquide doit être réglé au moyen d'un robinet adapté au tube de l'irrigateur. De l'extrémité en suspension, la solution désinfectante tombe sur une alèze en caoutchouc arrangée de façon que le liquide s'écoule de là dans un vase placé au-dessous du lit. Outre l'attelle à suspension de VOLKMANN, nous avons fait dessiner (fig. 24) celle dont nous nous sommes servi à la clinique de Göttingue dans un cas de blessure du membre supérieur avec plaie étendue des parties molles du bras, de l'avant-bras et de la main.

Quant aux opérations jugées nécessaires, telles que l'extraction de fragments osseux détachés, les amputations, désarticulations ou résections, elles peuvent être pratiquées en tout temps.

§ 114. — Bien que la rétraction cicatricielle puisse déterminer une déformation de la main et des doigts, à la suite, des blessures étendues des parties molles dont nous venons de parler, nous n'avons pas encore mentionné la cause la plus efficace de difformité de cette partie du membre supérieur, à savoir les **brûlures de la main**. Ces dernières peuvent être dues soit à une chute, les mains en avant, sur un poêle très chaud, soit à l'action de liquides en ébullition. Le plus souvent ces brûlures se produisent chez les enfants. Par suite de l'action de la chaleur, on observe ordinairement à la face palmaire, mais volontiers aussi à la face dorsale de la main et entre les doigts, une élimination gangré-

neuse, intéressant tantôt seulement la peau, tantôt également les tissus sous-jacents et particulièrement les tendons. Pendant que s'opère la cica-

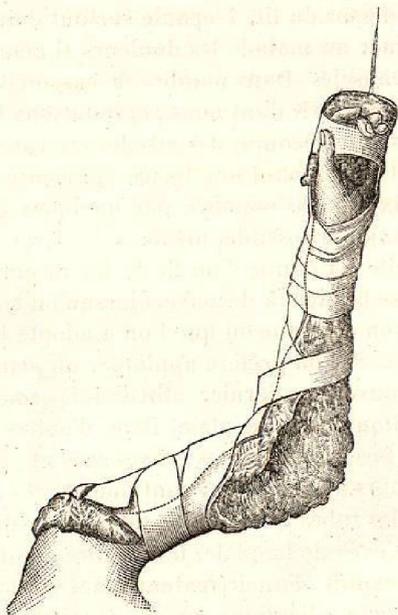


Fig. 24. — Attelle à suspension dans les cas de blessure étendue du membre supérieur du côté de la flexion.

trisation, les parties situées dans le voisinage de la plaie sont attirées graduellement vers le centre de la cicatrice; aussi voit-on peu à peu la

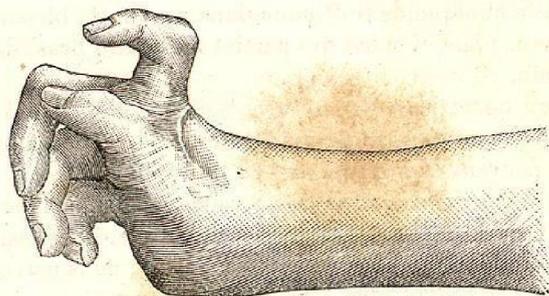


Fig. 25. — Déformation cicatricielle à la suite de brûlure. Flexion dorsale.

peau se tendre, se raccourcir; elle ne peut plus en se dépliant s'allonger suffisamment pour permettre aux doigts de s'étendre; en outre, le tissu cellulaire sous-cutané forme des brides isolées, ou bien la peau contracte des adhérences avec les tendons et les gaines de ces derniers.

A la face palmaire, il peut arriver que la flexion des doigts, conséquence de la rétraction cicatricielle, se produise à un degré tel que les extrémités digitales pénètrent dans la paume de la main, d'où l'on ne parvient à les retirer qu'avec difficulté. Du côté dorsal, la peau peut faire défaut et être remplacée par une cicatrice qui rapproche le dos de la main de l'avant-bras; enfin les doigts peuvent former un angle droit avec le métacarpe, et être incomplètement luxés sur les têtes des métacarpiens qui font saillie du côté palmaire (voir fig. 25). D'autre part, dans le cas de perte de substance latérale, les phalanges correspondantes peuvent se souder entre elles, et les doigts perdre leur mobilité, dans le sens de l'abduction, ce qui est surtout grave lorsqu'il s'agit du pouce. Il va sans dire que les caractères de la cicatrice sont variables, que tantôt elle est extrêmement mince et mobile, et tantôt adhérente aux masses cicatricielles profondes.

La rétraction cicatricielle du côté dorsal est plus gênante, au point de vue fonctionnel, que l'attitude vicieuse en flexion, lorsque la main ne peut exécuter que de légers mouvements, mais dans l'un et l'autre cas les mouvements ont perdu toute énergie et précision.

Il y a longtemps que les chirurgiens s'ingénient à trouver le moyen de remédier à ces déformations cicatricielles qui compromettent à un si haut degré l'aptitude fonctionnelle de la main, et c'est à des célébrités chirurgicales (DUPUYTREN, DIEFFENBACH, etc.), que nous devons les méthodes modernes de traitement de cette affection. Il va sans dire que notre premier soin doit être de **prévenir la déformation**. On peut arriver à un résultat sérieux en donnant à la main une bonne position à la période de granulation, en fixant la main et les doigts sur une attelle, de façon que ces derniers restent étendus, ou bien encore en employant des bandelettes de sparadrap pour recouvrir la couche de granulations, et pour attirer les doigts en flexion dorsale s'il s'agit de pertes de substance du côté palmaire, en flexion palmaire si la plaie intéresse le dos de la main. On atteint ce but très facilement en se servant, suivant le cas, d'une attelle palmaire ou dorsale, et en adaptant au bout inférieur de cette attelle, un tampon de ouate cunéiforme que l'on fixe convenablement au moyen de bandelettes de sparadrap.

Une fois la déformation produite, on n'obtient presque jamais un résultat satisfaisant par le seul traitement orthopédique. Ce dernier doit, pour ainsi dire, toujours se combiner avec le traitement opératoire. Il est très rare qu'il suffise d'opérer la section sous-cutanée des cicatrices; plus souvent on arrive à un bon résultat en pratiquant des sections transversales ou presque transversales intéressant non seulement les couches superficielles, mais aussi les brides cicatricielles profondes. Au lieu de faire une grande incision, qui devient largement béante et laisse une grande lacune à combler, il est préférable de pratiquer un certain nombre de petits débridements sur les parties tendues de la main et des