

tension, au moyen d'un appareil particulier, sans opération préalable (EULEN-BURG). Parmi les méthodes opératoires il nous suffit de mentionner, comme ayant un intérêt historique, la section des tendons conseillée par GUÉRIN et la section des muscles préconisée par MALGAIGNE. L'incision sous-cutanée de A. COOPER à travers les cordons de tissu conjonctif rétractés, ne pouvait être non plus d'une grande utilité, car les adhérences sont en général trop étendues et trop intimes pour que l'on puisse les séparer sûrement avec le bistouri introduit sous la peau. Ce dernier procédé a été recommandé de nouveau par ADAMS, avec la modification consistant à pratiquer un certain nombre d'incisions des brides tendues, au moyen d'un fin ténotome introduit en plusieurs points sous les téguments. L'opération était suivie de l'application d'un appareil d'extension. L'opération de DUPUYTREN est déjà plus sûre; ce chirurgien pratiquait au niveau de l'articulation métacarpo-phalangienne du doigt fléchi, une incision transversale longue d'environ trois centimètres, et divisant la peau et l'aponévrose. La méthode de GOYRAND offre également plus de garanties de succès. Elle consiste à mettre à nu la bride aponévrotique par une incision longitudinale, et à la sectionner ensuite, à travers cette plaie cutanée.

Toutes ces méthodes opératoires présentaient deux genres d'inconvénients. D'abord elles n'étaient pas sans danger, car l'opération était suivie d'un phlegmon et d'une suppuration de longue durée; d'autre part, la rétraction cicatricielle ne disparaissait qu'incomplètement, et l'on était obligé de soumettre l'opéré à un traitement consécutif long et compliqué.

Contrairement à ces procédés, celui de BUSCH que nous avons mentionné plus haut, a l'avantage d'être relativement peu dangereux, tout en offrant d'assez bonnes garanties de succès.

BUSCH opère de la manière suivante: supposons qu'il s'agisse d'une rétraction de l'annulaire; après avoir anesthésié le patient, dont la main repose sur une table par sa face dorsale, il taille un lambeau cutané ayant la forme d'un triangle isocèle dont la base correspond au sillon qui sépare le doigt fléchi de la paume de la main, tandis que le sommet qui est à angle aigu, se trouve situé au point où se termine supérieurement la bride aponévrotique lorsque le doigt est à son maximum d'extension. Ce lambeau est disséqué du sommet à la base et comprend autant que possible, avec la peau, le tissu sous-cutané. Dans toute l'étendue de l'aponévrose ainsi mise à nu, il divise ensuite tous les faisceaux fibreux tendus pendant que, de l'autre main, il maintient continuellement le doigt dans l'extension. On peut ainsi diviser peu à peu le tissu qui a subi la rétraction, sans toucher aux parties plus profondes, et surtout sans blesser la gaine des tendons. Une fois le doigt étendu, le lambeau, dont le sommet tend à se recroqueviller, se trouve reporté du côté du doigt; il en résulte une perte de substance que l'on peut diminuer en reportant de haut en bas l'angle supérieur de la plaie, au moyen de quelques points de suture, à la condition toutefois que l'affrontement des bords soit possible sans tension.

L'opération doit être pratiquée suivant les principes de la méthode antiseptique; on se conformera également à cette dernière pour le pansement, jusqu'à ce que la plaie soit en voie de granulation. C'est alors seulement que l'on cherchera à maintenir le résultat opératoire, en soumettant les doigts à des mouvements d'extension. Dans le but de conserver aux doigts une bonne position,

on fixe tout d'abord dans la main des cylindres en bois de dimensions variables; plus tard on applique sur le dos de la main une attelle servant à maintenir les doigts dans l'extension; en outre, au moment où l'on renouvelle le pansement, on fait baigner la main, et dans le bain le malade est tenu de soumettre ses doigts à des mouvements actifs et passifs.

Les résultats de cette méthode sont très encourageants, car elle est dépourvue de danger et elle permet d'obtenir une guérison durable: aussi ne peut-on décidément qu'en conseiller l'application. Dans les cas où l'affection serait par trop étendue, on opérerait en plusieurs séances.

§ 116. — Outre la syndactylie congénitale décrite plus haut, on observe des **adhérences des doigts**, à la suite de diverses ulcérations dues soit à la scrofule, soit au lupus, comme aussi, parfois, à la suite de lésions traumatiques et de brûlures. Lorsque les adhérences sont dues au lupus ou à la scrofule, on ne peut songer à corriger la déformation qu'après la guérison de la maladie; s'agit-il, par contre, d'adhérences cicatricielles simples, on interviendra, si toutefois l'opération est jugée praticable, après que la plaie aura fait place à une cicatrice solide. Jusqu'ici, on n'a pu établir avec certitude à quelle époque il convient le mieux de diviser les adhérences congénitales; cependant la plupart des chirurgiens, à l'exemple de DIEFFENBACH et de CHELIUS, conseillent d'attendre, pour opérer, jusque vers la huitième ou neuvième année, c'est-à-dire à une époque où la main a déjà atteint d'assez grandes dimensions, car l'opération pratiquée de bonne heure échoue presque toujours. On peut objecter, il est vrai, qu'un certain nombre de guérisons ont été obtenues chez de très jeunes enfants, et, pour ma part, je pourrais en citer plusieurs cas. A l'opinion de DIEFFENBACH d'après laquelle la membrane d'union des doigts tendrait à s'élargir grâce aux mouvements de ces derniers, BLASIUS répond avec raison que la croissance des doigts est ralentie par défaut d'usage. Par conséquent, on ne doit certainement pas rejeter, dans tous les cas, l'opération hâtive. En général, il n'est indiqué de séparer deux doigts réunis que lorsque chacun d'eux est capable de fonctionner, c'est-à-dire lorsqu'ils ont l'un et l'autre leurs tendons propres. Maintes fois cependant, l'opération a donné des résultats relativement satisfaisants, alors que les deux doigts étaient réunis en une masse difforme avec un ongle commun, de sorte que l'on ne pouvait affirmer d'avance l'existence des conditions mentionnées plus haut (BLASIUS). On se demande même si, de nos jours, grâce à la méthode antiseptique, on ne devrait pas tenter de séparer les doigts, même dans les cas de syndactylie osseuse étendue.

Il existe un certain nombre de méthodes opératoires ayant pour but de faire disparaître la difformité en question; une partie d'entre elles ne peuvent être utilisées soit d'une manière générale, soit, tout au moins, dans beaucoup de cas. Nous n'en donnerons qu'une courte description, et nous mentionnerons tout

d'abord celles qui consistent à opérer une section lente et graduelle de la membrane interdigitale, tout en favorisant la cicatrisation des parties divisées. La **ligature** a été souvent utilisée dans ce but. A la racine des doigts, et entre ces derniers, on faisait passer un fil de plomb entraînant à sa suite un fil de laine. Ce dernier était noué, et chaque jour on le serrait plus fortement jusqu'à ce que la membrane fût sectionnée. Le fil de plomb lui-même a été aussi utilisé dans le même but. Des chirurgiens disent avoir obtenu la guérison par ce procédé. De nos jours, on donnerait certainement la préférence à la **ligature élastique de DITTEL**, et de fait, on a déjà publié un cas de guérison par ce procédé (VOGEL). Une méthode de traitement analogue est celle de RUDTORFFER, qui consiste à passer entre les racines des doigts un fil de plomb, que l'on laisse à demeure, jusqu'à ce que les parois du trajet se soient tapissées d'une couche cicatricielle; alors seulement on pratique la section de la membrane d'union jusqu'au trou ainsi créé. L'écueil de toutes ces méthodes de traitement dans lesquelles on se contente de diviser la membrane interdigitale, c'est que la soudure s'opère de nouveau, à partir de l'angle de la plaie, alors même que l'on maintient les doigts écartés au moyen de plaques de plomb, d'un coin (SEERIG) ou de compresses languettes. De même on a reconnu l'inutilité, même dans les cas très légers, de l'enveloppement de chacun des doigts isolément avec des bandelettes de sparadrap.

A la suite de ces insuccès on s'est adressé de plus en plus aux méthodes opératoires imaginées dans le but de recouvrir de peau la commissure des doigts, aussitôt après la séparation de ces derniers. Pour arriver à un tel résultat il était nécessaire d'avoir recours à une opération plastique, car il n'était presque jamais possible, vu l'insuffisance des téguments, de réunir par des points de suture les bords de la plaie latérale de chacun des doigts séparés. Lorsque la peau était abondante, et suffisamment épaisse et mobile, DIEFFENBACH essayait de pratiquer la suture par le procédé suivant qui, dit-il, lui a souvent réussi: après avoir divisé la membrane d'union d'abord du côté dorsal, puis du côté palmaire, il faisait à chaque doigt, au côté opposé à la palmature, des incisions latérales de détente au niveau de la première phalange et sur toute la longueur de cette dernière, ce qui lui permettait de disséquer et de mobiliser deux lambeaux en forme de pont, et de pratiquer la suture. Toutefois, dans les formes graves de syndactylie, on ne parvenait qu'exceptionnellement à opérer ainsi la réunion. Pour ces cas on a imaginé d'amener un lambeau cutané dans la commissure, ou de donner au niveau de cette dernière une enveloppe complète, à chaque doigt ou à l'un des doigts seulement.

DIEFFENBACH chercha à arriver au but de la manière suivante: à l'aide de deux incisions longitudinales pratiquées sur le dos de la main, le long de la ligne médiane des métacarpiens des deux doigts adhérents, il tailla un lambeau allongé limité inférieurement par une incision transversale correspondant à l'angle supérieur de la palmature. Après avoir ensuite divisé la membrane d'union de la face palmaire à la face dorsale, il pratiqua du côté palmaire, au niveau de la nouvelle commissure, une incision transversale dans laquelle il fit arriver l'extrémité du lambeau allongé en forme de languette. Le lambeau ainsi adapté était, en général, très tendu. ZELLER se servit avec plus de succès d'un lambeau en forme de Λ ; après avoir sectionné la membrane d'union jusqu'à la seconde phalange seulement, il fit sur le feuillet dorsal de la partie laissée intacte, une incision en Λ , tandis qu'il divisa simplement le feuillet pal-

maire jusqu'à la commissure interdigitale. La pointe du lambeau dorsal fut ensuite rabattue dans la commissure et suturée avec l'extrémité supérieure de l'incision palmaire. DIEFFENBACH modifia cette opération de la manière suivante: au lieu du lambeau en Λ , il en tailla un en forme de \square ayant partout autant que possible $1/4$ de pouce de largeur, et fourni par la peau de la face dorsale de la première phalange des deux doigts soudés; il sectionna ensuite peu à peu la membrane d'union, d'abord par sa face dorsale, puis par sa face palmaire; à l'extrémité supérieure de l'incision palmaire il fit une incision transversale longue d'un demi-pouce. Les doigts étant alors maintenus écartés, il amena le bord inférieur du lambeau en forme de \square dans l'incision palmaire transversale et l'y fixa par des points de suture. Les doigts furent abandonnés à la guérison par granulation, que favorisa l'application d'un pansement au sparadrap.

Jusqu'ici toutes les tentatives opératoires avaient pour but de reconstituer l'angle de séparation des doigts ou *commissure*. Il était évident que l'on parviendrait au même résultat en enveloppant en quelque sorte de peau chacun des doigts isolément jusqu'à la commissure, voire même en revêtant ainsi un doigt seulement et en laissant l'autre se guérir par granulation. C'est en partant de ce point de vue que LANGENBECK et DIDOT imaginèrent leurs procédés opératoires. Le premier de ces deux opérateurs utilisa une partie de la peau de l'un des deux doigts pour en revêtir l'autre.

Admettons que les troisième et quatrième doigts soient soudés entre eux, et que l'on veuille donner au médius une enveloppe cutanée et laisser guérir l'annulaire par granulation. On fait sur la ligne médiane du quatrième doigt deux incisions longitudinales, l'une à la face dorsale et l'autre à la face palmaire. On dissèque la peau jusqu'à la commissure, on divise les adhérences entre les deux doigts, et l'on réunit sur le côté interne du médius les deux lambeaux ainsi formés. On renforce la suture au moyen de bandelettes de sparadrap et l'on maintient les doigts étendus et écartés sur une attelle palmaire.

La méthode de DIDOT est, à première vue, fort séduisante. Supposons encore que la syndactylie intéresse le troisième et le quatrième doigt; chacun de ces derniers doit être pourvu d'une enveloppe cutanée fournie par un lambeau dorsal pour le médius et par un lambeau palmaire pour l'annulaire. La base de ces lambeaux doit être, par conséquent, située latéralement. Admettons que l'on veuille emprunter à la face dorsale le lambeau en forme de \square destiné au médius; le meilleur procédé pour arriver au but, consiste à pratiquer presque au milieu du quatrième doigt, un peu plus près de son bord externe que de son bord interne, une incision longitudinale de laquelle partent deux incisions transversales; de ces deux dernières la supérieure doit correspondre à la commissure. Le lambeau ainsi circonscrit est ensuite détaché jusqu'à sa base. On procède de la même manière pour fournir une enveloppe cutanée à l'annulaire, au moyen d'un lambeau palmaire en forme de \square , dont la base se trouve située sur la face antérieure du quatrième doigt et le bord libre sur le milieu du médius. La dissection du lambeau est ici très difficile; cependant elle est certainement facilitée à un haut degré par l'ischémie artificielle du membre. Les deux doigts ayant été séparés, le lambeau dorsal destiné au médius, est réuni par quelques points de suture avec le bord de la plaie palmaire de ce même doigt; de même le lambeau palmaire est suturé avec le bord de l'incision dorsale de l'annulaire, auquel il est destiné à servir d'enveloppe.