

bonne épaisseur de tissu sain ; mais si l'extirpation simple n'est plus possible, à cause de l'extension du néoplasme dans la profondeur, on aura recours à l'amputation de la partie correspondante du membre.

§ 135. — En ce qui concerne les **ongles**, nous avons déjà mentionné l'épanchement sanguin qui succède à une contusion, et nous avons vu comment on remédie aux conséquences de cet épanchement par le grattage de l'ongle, avec un bistouri convexe. Plus souvent, on se trouve dans la nécessité de réséquer des portions de l'ongle dont la présence dans une plaie joue le rôle d'un corps étranger ; parfois même on est obligé d'extirper l'ongle tout entier. Le bord latéral de l'ongle agit aussi quelquefois comme un corps étranger sur la partie correspondante de la peau qu'il irrite et ulcère, ainsi que nous le verrons plus tard à propos des orteils. **L'ongle incarné** est toutefois beaucoup plus rare aux doigts qu'aux orteils, et la guérison en est généralement beaucoup plus facile. On enlève le bord latéral de l'ongle à l'aide d'une incision dirigée un peu obliquement par rapport à son axe longitudinal, et menée jusqu'au-delà de la partie blessée. On devra bien se garder de laisser subsister à l'extrémité postérieure de l'incision, une portion d'ongle en forme de coin qui tendrait à s'implanter dans la partie correspondante de la gouttière unguéale.

Les processus inflammatoires qui se développent derrière l'ongle (**paranis sous-unguéal**) sont le plus souvent la conséquence de légères blessures, de corps étrangers qui ont pénétré sous cet organe. Ils s'accompagnent ordinairement de très vives douleurs et peuvent déterminer le décollement complet de l'ongle et la suppuration de la gouttière unguéale, voire même la nécrose de la phalange, si l'on ne donne pas de bonne heure au pus un libre écoulement. Souvent il suffit de réséquer le bord libre de l'ongle et d'inciser ensuite l'épiderme. Dans d'autres cas on est obligé, pour arriver sur le foyer purulent que l'on voit par transparence, d'exciser une portion de l'ongle, couche par couche, de la surface à la profondeur.

Même à la suite de ces petits abcès on observe parfois une suppuration de longue durée, avec production de granulations, le long du bord décollé de l'ongle, suppuration qui ne disparaît qu'après la résection de la partie de l'ongle qui joue le rôle d'un corps étranger.

Une affection que l'on a rarement l'occasion d'observer, c'est l'ulcération de la gouttière unguéale connue sous le nom d'**onyxis malin** (ulcération du contour de l'ongle (DELPECH), ou onglade).

On a évidemment décrit sous ce nom divers processus ulcératifs, dans le voisinage de l'ongle. Autant que l'on peut en juger par les différentes descriptions de la maladie, il faut tout d'abord en séparer les cas de syphilis des doigts propagée à l'ongle (VANZETTI). L'onyxis malin a été observé surtout dans le jeune

âge, et il se développe tantôt spontanément, tantôt à la suite d'un trauma, tantôt chez des scrofuleux, tantôt au contraire chez des enfants qui paraissent sains du reste, et dans nombre de cas on ne peut nullement s'expliquer pourquoi une contusion ou une déchirure de l'ongle a été suivie d'une ulcération n'offrant absolument aucune tendance à la guérison.

Dans les cas où l'ulcération se développe spontanément, celle-ci serait précédée de douleurs de longue durée localisées dans la phalange, jusqu'au moment où l'on voit apparaître une inflammation avec rougeur et tuméfaction, inflammation qui siège surtout à la partie postérieure de la gouttière unguéale, et donne lieu le plus souvent à une ulcération ; cette dernière se propage sous les bords latéraux de l'ongle dont elle détermine le décollement ; parfois elle ne s'étend que jusqu'à la lunule, mais plus souvent elle envahit aussi la matrice de l'ongle. L'ulcération a un aspect en partie fongueux, en partie nécrotique ; ses bords sont durs, ulcérés, lardacés, et la zone environnante offre des signes d'inflammation. La partie ulcérée sécrète un pus clair répandant souvent une odeur infecte. Peu à peu l'extrémité du doigt se tuméfie en forme de massue, et l'ulcération reste, dès lors, stationnaire et résiste à tous les médicaments internes et externes.

L'ongle peut disparaître ou persister et continuer à s'accroître, mais alors le plus souvent d'une façon difforme et dans une direction anormale. Tout ce processus ulcérateur se distingue par une tendance hémorragique et par une excessive sensibilité. Comme la maladie peut être de très longue durée, on comprend qu'il se produise chez les enfants un amaigrissement et même un arrêt de développement du doigt. Cependant l'ulcération elle-même reste toujours limitée à la phalange unguéale.

En ce qui concerne le **traitement** de cette affection, on devra éliminer les remèdes internes, à cause de leur inutilité. *L'ablation minutieuse de tous les restes de l'ongle* est considérée par divers chirurgiens, et entre autres par PITHA, comme le principal moyen de traitement ; lorsque ce dernier échoue, on a recours à l'extirpation de toute la surface cutanée malade avec les restes de l'ongle. Dans les cas rebelles on devra, en outre, pratiquer la cautérisation, VANZETTI est toujours arrivé au but avec les procédés de douceur. Il vante l'application d'une substance déjà conseillée par MOERLORE, le nitrate de plomb, dont il saupoudre la surface ulcérée, après avoir extirpé l'ongle jusqu'à sa racine. Les avantages de ce procédé qui est peu douloureux dans son application, sont la prompte disparition de la douleur, la production de granulations de bonne nature sous l'escharre, et la formation d'un nouvel ongle relativement bien constitué. Une seule application de nitrate de plomb suffit presque toujours ; dans quelques cas, cependant, on est obligé d'y revenir plusieurs fois. Dans la plupart de ces formes d'ulcération chronique du contour de l'ongle, il est indiqué d'avoir recours à la méthode antiseptique modifiée, dans le but de faire disparaître les substances infectieuses qui se trouvent dans la plaie, et d'empêcher l'introduction d'autres agents septiques venant de l'extérieur. Les lavages avec une solution forte d'acide phénique, de sublimé ou de chlorure de zinc, l'enveloppement du doigt dans la gaze de LISTER ou dans plusieurs couches de lint horiqué, l'application d'iodoforme en poudre (VOGT), soit directement sur l'ulcération, soit après grattage de cette dernière, et suivie de l'enveloppement du doigt dans des bandelettes de sparadrap, tels sont les

moyens qui nous permettent de guérir, dans la grande majorité des cas, une affection qui gêne à un haut degré les fonctions des doigts.

Parmi les processus néoplasiques mentionnons encore une affection que l'on observe quelquefois aux ongles et qui consiste dans la transformation de ces derniers en une **corne cutanée**. On a rencontré aussi quelquefois aux doigts l'**exostose sous-unguéal**e que l'on enlève de la même manière que lorsqu'il s'agit des orteils.

Pour ce qui concerne les états atrophiques et hypertrophiques des ongles (psoriasis, onychogryphose, onychomycose etc.), nous renvoyons le lecteur aux manuels et traités de dermatologie, ainsi qu'au livre de VOGT (*Deutsche chirurgie*, livraison 64, p. 26).

F. OPÉRATIONS QUI SE PRATIQUENT SUR LA MAIN ET LES DOIGTS.

§ 136. — Dans notre étude des blessures et des processus inflammatoires de la main nous avons partout insisté sur la nécessité de pousser la conservation aussi loin que possible, et de n'avoir recours à l'amputation que dans les cas où, malgré le pronostic favorable des lésions traumatiques dans cette région, on ne peut aucunement espérer que les parties conservées auront une utilité quelconque. Aussi malgré la fréquence des affections traumatiques et inflammatoires de la main, l'amputation régulière ne se trouve-t-elle que rarement indiquée. En général, dans le cours de notre étude, nous avons déjà posé les indications opératoires autant que faire se pouvait. C'est naturellement dans les cas où il s'agit de néoplasmes malins que le chirurgien doit être le moins conservateur.

Lorsqu'on a le choix entre la *désarticulation* et l'*amputation du métacarpe*, c'est à cette dernière opération que l'on donne habituellement la préférence, car la désarticulation est difficile à cause de la forme irrégulièrement dentelée de l'interligne articulaire, et du danger d'une suppuration du carpe; c'est pourquoi, lorsque les métacarpiens doivent être enlevés, on fera bien, en général, de ne pas conserver les os carpiens et de pratiquer d'emblée la désarticulation du poignet.

Pour l'**amputation du métacarpe** on s'adresse, en général, à la méthode à lambeaux; tantôt on taille un seul lambeau dorsal ou palmaire, tantôt, ce qui est préférable, on dissèque un court lambeau dorsal et un lambeau palmaire plus long.

On commence par circonscrire le petit lambeau dorsal par deux incisions longitudinales commençant sur le métacarpien de l'index du côté radial, et sur le métacarpien du petit doigt du côté cubital, et à la hauteur de la future section osseuse. Ces incisions longues de 2 à 3 centimètres, sont reliées à leurs extrémités inférieures par une incision dorsale dirigée transversalement, puis on dissèque le lambeau cutané ainsi délimité. On circonscrit ensuite de la même manière un lambeau palmaire un peu plus long. Après avoir incisé le périoste et divisé les muscles in-

terosseux, de façon à permettre l'emploi de la scie, on pratique la section des métacarpiens en commençant par celui du médus qui est le plus élevé, lorsque la main repose sur sa face palmaire, et en abaissant ensuite le feuillet de la scie alternativement du côté radial et du côté cubital.

S'agit-il d'amputer *deux métacarpiens*, on procède de la manière suivante: supposons que ce soient les deux métacarpiens internes: on taillera de préférence deux lambeaux dorsaux et deux autres palmaires. On fait dans ce but une incision longitudinale correspondant à l'espace interosseux, et s'étendant jusqu'aux deux têtes métacarpiennes, et à chaque extrémité de laquelle on fait une autre incision perpendiculaire aux métacarpiens à amputer et s'étendant jusqu'aux métacarpiens voisins. Par cette incision on obtient deux valves à bases latérales, et l'on répète la même opération du côté palmaire.

Lorsqu'on veut **désarticuler les deux métacarpiens externes**, c'est-à-dire le 4^e et le 5^e, ou les deux internes, c'est-à-dire le 2^e et le 3^e (la main étant en pronation), on fait une incision longitudinale sur le bord correspondant de la main, par conséquent sur le bord cubital du 5^e métacarpien, s'il s'agit de l'annulaire et du petit doigt, et sur le bord radial du 2^e métacarpien si l'on veut désarticuler l'index et le médus avec les métacarpiens, correspondants. A chaque extrémité de cette incision longitudinale on fait deux autres incisions, l'une dorsale et l'autre palmaire, dirigées perpendiculairement sur la première. On a ainsi circonscrit deux lambeaux, l'un dorsal et l'autre palmaire, que l'on détache ensuite des parties profondes.

Veut-on amputer *un seul métacarpien*, on aura recours à des procédés différents, suivant qu'il s'agit d'un métacarpien intermédiaire (3^e et 4^e) ou d'un métacarpien libre (2^e et 5^e). Dans le premier cas, on taille en général, du côté dorsal, deux lambeaux latéraux par une incision en Y, et l'on en fait autant du côté palmaire.

L'extrémité supérieure de l'incision en Y pratiquée d'abord du côté dorsal, correspond à l'endroit où doit être pratiquée la section de l'os, tandis que les deux branches de bifurcation passent sur les côtés du doigt à enlever. Une fois l'incision dorsale terminée, on fait du côté palmaire, sur le même métacarpien, une incision longitudinale bifurquée inférieurement, de façon qu'elle se continue au niveau des commissures avec les deux branches de bifurcation de l'incision dorsale. Des deux côtés on détache les parties molles de la surface de l'os en écartant les doigts sains, et en introduisant dans l'espace interosseux la lame du bistouri, qui doit raser la surface du métacarpien malade jusqu'à l'endroit où ce dernier sera scié. Quant à la section de l'os, on l'opère soit avec une scie étroite (scie passe-partout), soit à l'aide d'un ostéotome.

S'agit-il d'amputer l'un des deux métacarpiens libres, le procédé le plus simple consiste à pratiquer une incision en forme de raquette.