



Fig. 147. — Anastomose de l'extenseur propre et du jambier antérieur. Section de l'extenseur propre actif (Le Roy des Barres).

Fig. 148. — Division en deux lames du jambier antérieur paralysé.

Fig. 149. — Inclusion de l'extenseur dans le jambier. Union par des points en U.

Fig. 450. — Surjet de fermeture sur le jambier. Suture du tendon de l'extenseur propre à ceux de l'extenseur commun.

groupe antérieur ou bien entre les fléchisseurs et les extenseurs de la main).

H

SYNOVIALES TENDINEUSES ET BOURSES SÉREUSES

I. - SYNOVIOTOMIE ET SYNOVIECTOMIE TENDINEUSES

§ 1. — Synoviotomie tendineuse

La synoviotomie tendineuse est une opération qui consiste à ouvrir par une incision la synoviale d'un ou de plusieurs tendons.

Suivant les indications opératoires, elle est tantôt simple comme dans les synovites suppurées aiguës, tantôt combinée avec le curage et le drainage, comme dans la synovite tuberculeuse, fongueuse ou à grains riziformes.

On la fait, en général, dans la direction même du ou des tendons lésés en divisant successivement la peau, l'aponévrose générale, puis la gaine séreuse sous le tube ischémique, et sa technique n'offre guère de difficultés ni de dangers particuliers. A ce dernier point de vue, toutefois, il y a une exception à faire pour les gaines synoviales de la paume de la main: gaines considérables, profondément situées, entourées de tous côtés par un grand nombre d'organes délicats ou dangereux, et ayant toutes les deux une grande importance pratique. Aussi décrirons-nous les procédés opératoires qui les concernent; ces procédés peuvent, du reste, servir de type pour toutes les autres gaines synoviales, pour le fond même de la question thérapeutique.

1º Synoviotomies palmaires dans les synovites suppurées aiguës.

— Le phlegmon profond ou sous-aponévrotique auquel nous faisons allusion ici occupe tantôt la grande gaine carpo-phalangienne interne, avec ou sans prolongement vers le petit doigt, tantôt la gaine carpo-phalangienne externe, avec prolongement vers le pouce, tantôt les deux gaines à la fois. Il en résulte que l'incision nécessaire pour son traitement doit être, selon les cas, unique ou multiple, palmaire ou digito-palmaire. D'autre part, quelquefois, le pus se fait jour entre les métacarpiens vers le dos de la main, ou il fuse au-dessus du poignet vers l'avant-bras; des contre-ouvertures en ce point sont alors indispensables.

En tout cas, pour faire régulièrement toutes ces incisions et pour évacuer largement le pus, nous ne saurions trop recommander: 1º de supprimer la dou-leur du bistouri par l'anesthésie locale (choréthyle), ou mieux générale (éther, chloroforme, chlorure d'éthyle); 2º de pratiquer l'ischémie préliminaire du bras avec le tube de caoutchouc, mais sans refoulement élastique préalable. On opère ainsi à loisir et à bon escient: peu importe la blessure de l'arcade palmaire artérielle superficielle et de quelques artères collatérales; l'essentiel est d'aller droit au but, sans se préoccuper de l'hémorragie. Lorsque la ou les incisions ont été faites, on lie les vaisseaux visibles à la manière ordinaire.

Une autre recommandation, plus importante encore, c'est de faire au plus tôt l'incision palmaire, sans attendre une fluctuation qui ne vient pas, ou qui se montre tardivement ailleurs (au dos de la main, à l'avant-bras). Par cette opération précoce on évitera souvent la mort, l'amputation du membre ; on évitera aussi quelquefois ces mains déformées et impotentes que laisse le phlegmon des gaines synoviales.

Quand à la technique de la synoviotomie palmaire, interne ou externe, on

l'exécutera en se guidant, autant que possible, sur les données de l'anatomie topographique (fig. 151).

a. Synoviotomie palmaire interne. — A un travers de doigt en dehors et au-dessous du pisiforme, point de repère toujours appréciable, faire une incision cutanée verticale qui se porte dans la direction du bord externe du petit doigt et s'arrête au pli palmaire inférieur, ou, si l'on veut encore, à 2 centimètres en arrière de la rainure digitopalmaire (fig. 451), ab.

Diviser le tissu cellulaire sous-cutané, puis l'aponévrose sur la sonde, après avoir eu le soin de glisser exactement le bec de la sonde contre la face postérieure de l'aponévrose. A l'union du tiers supérieur avec le tiers moyen de l'incision, on voit la partie cubitale de l'arcade palmaire superficielle, ainsi que le petit nerf satellite anastomotique.

Diviser l'artère entre deux pinces à

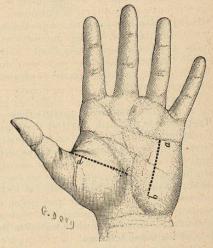


Fig. 151. ab, synoviotomie palmaire interne. — cd, synoviotomie palmaire externe.

Reconnaître le tendon fléchisseur superficiel du petit doigt, et le séparer de bas en haut d'avec le court fléchisseur du mème doigt. Près le ligament annulaire antérieur du carpe, pendant qu'on fait écarter les lèvres de l'incision, on voit une membrane, plus ou moins épaisse et opaque, qui n'est autre chose que le feuillet pariétal antérieur de la grande cavité synoviale.

Fendre ce feuillet d'un coup de bistouri. Le pus s'écoule alors, si l'on n'était pas déjà arrivé dans la cavité de l'abcès, avec une quantité variable de flocons de fibrine.

Irriguer la cavité avec le sublimé ou le formol. Enlever tous les exsudats possibles; au besoin, faire une contre-ouverture dans la gaine synoviale du petit doigt, en suivant exactement le milieu de sa longueur. Drainage; pansement humide antiseptique: main en écharpe ou en élévation.

b. Synoviotomie palmaire externe. — Après avoir tracé sur la paume de la main, jusqu'à la hauteur du pisiforme, le prolongement du bord interne du médius, faire une incision cutanée qui commence à l'union du tiers supérieur avec le tiers moyen de la ligne tracée, et qui se continue un peu obliquement en dehors jusqu'au milieu du premier sillon du pouce (fig. 151), cd.

Diviser sur la sonde la partie correspondante de l'aponévrose palmaire.

Diviser entre deux pinces la partie radiale de l'arcade palmaire superficielle.

Chercher l'interstice de l'abducteur et du court fléchisseur du pouce, et séparer les deux muscles avec le bec de la sonde. Au fond, on voit le tendon du long fléchisseur du pouce.

Mettre ce tendon à nu dans toute la longueur possible, et ouvrir avec le bistouri la gaine synoviale qui l'accompagne et prolonger l'incision sur la gaine

même du pouce. Irrigation, drainage, pansement humide. Lorsque le phlegmon synovial est surtout accentué dans le creux de la paume, par suite de communication normale ou accidentelle des deux grandes gaines, on fait l'incision entre les éminences thénar et hypothénar dans la

direction de l'espace intermédiaire au médius et à l'annulaire.

S'il faut contre-ouvrir le cul-de-sac supérieur des mêmes synoviales, qui sont situées entre le muscle carré pronateur et les tendons fléchisseurs profonds on les aborde par une incision médiane et verticale à la face antérieure du poignet; puis on y installe un drain dont l'autre bout passe dans le canal radio-carpien sur le ligament annulaire antérieur du carpe, et va ressortir par l'incision palmaire. Dans le cas présent, ce drainage nous paraît préférable à sa sortie du ligament carpien.

2º Synoviotomies palmaires dans la synovite tuberculeuse. -Rappelons-le d'abord, on doit distinguer deux catégories de cas : dans l'une, l'inflammation chronique se manifeste surtout par la présence d'une quantité parfois prodigieuse de corps libres, dits riziformes, ovoïdes et aplatis comme des graines de melon et qui sont de nature tuberculeuse; le liquide qui les accompagne est séro-muqueux, clair ou louche, parfois puriforme, peu ou prou abondant; quant à la séreuse, elle est ordinairement lisse ou à peu près, à sa face interne, ce qui n'empêche pas qu'on doive pratiquement considérer cette face comme une zone également tuberculeuse. Dans l'autre catégorie, la séreuse est recouverte sur une étendue variable de fongosités, qui occupent ses deux feuillets et les méso-tendons.

Mais, pour les deux catégories, il n'y a d'autres moyens curatifs que la synoviectomie ou, à défaut de celle-ci, la synoviotomie combinee avec le curage et le drainage.

a. Synovite à grains riziformes. - Lorsqu'il s'agit d'une synovite palmaire à grains riziformes, il existe généralement deux poches, qui communiquent entre elles par le canal radio-carpien : l'une dans la paume, presque toujours en dedans; l'autre au-dessus du ligament annulaire antérieur du carpe. On les ouvre largement toutes les deux, soit par une incision palmaire et une incision antibrachiale, soit par une seule incision qui comprend aussi le ligament car-

pien. On enlève avec soin tous les corps libres, sans omettre le moindre repaire sous peine de récidive. On assèche la face interne de chaque poche, puis on la gratte à la cuiller tranchante, on la cautérise, si l'on veut, au chlorure de zinc:

on suture de nouveau le ligament carpien si on l'a divisé, ce qui nous parait inutile; enfin, on installe un drain dans chaque plaie ou à chaque extrémité de la plaie unique, on réunit le reste de la peau, et l'on applique un pansement sec. Les drains sont supprimés au bout de trois à quatre

b. Synovite fongueuse. - Fistulisées ou non, on ouvre les gaines de même, par autant d'incisions (fig. 152) qui permettront une toilette méthodique et complète, soit au moyen de la cuiller tranchante, soit avec les pinces et les ciseaux. Il va de soi qu'on opère sur une main ischémiée. Lorsque les fongosités ont été partout enlevées, même sur les tendons examinés et chargés un à un, on cautérise au chlorure de zinc toutes les cavités, on les draine, ou bien on les bourre à la gaze iodoformée. Immobilisation de la partie opé-

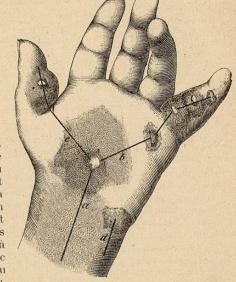


Fig. 452. — Synoviotomie pour synovite fongueuse.

a b c d, tracé des incisions.

Les suites de l'opération sont loin d'être aussi favorables que lorsqu'on traite la synovite à grains riziformes. Trop souvent, la tuberculose s'étend au carpe: on a des fistules intarissables; ou le poumon se prend à son tour, et il faut, pour sauver les patients, recourir à la résection du poignet et du carpe, ou à l'amputation de l'avant-bras.

§ 2. — Synoviectomie tendineuse

La synoviectomie tendineuse est l'extirpation de la gaine synoviale d'un ou de plusieurs tendons.

Elle convient d'abord aux deux formes principales de la tuberculose, surtout à la forme fongueuse non suppurée, peu avancée, encore limitée à la séreuse ou légèrement étendue aux tendons, toutes conditions qu'on ne peut, du reste, préciser qu'après l'ouverture de la gaine et l'examen direct de son intérieur. Elle convient aussi à la synovite hydropique, plus connue sous le nom de kyste synovial tendineux, et dont le traitement est exposé dans l'article suivant.

Si l'on prend encore les gaines palmaires comme organes d'application, nous ferons remarquer simplement que les temps opératoires sont exactement les mêmes que pour la synoviectomie tendineuse déjà décrite, et que le curage lui-même ne peut être remplacé entièrement par la dissection et l'excision de la synoviale; car dans la gouttière carpienne, contre le plan osseux, une telle dissection est impossible; on est forcé de recourir à la cuiller tranchante pour la partie de synoviale pariétale qui lui correspond. Peu importe, d'ailleurs, cette petite nécessité technique pourvu que l'abrasion synoviale soit faite d'une manière uniforme dans l'étendue voulue. L'opération se termine par le drainage, la suture incomplète, le pansement iodoformé et l'immobilisation du

La synoviectomie tendineuse palmaire n'est pas encore, croyons-nous, une opération courante, de sorte qu'on ne peut, aujourd'hui, bien apprécier toute sa valeur thérapeutique.

KYSTES SYNOVIAUX FOLLICULAIRES (GANGLIONS)

1º Kystes synoviaux tendineux. — Comme les gaines des tendons

Le meilleur mode de traitement des kystes synoviaux tendineux est la synoviectomie, l'excision de la synoviale. Cette excision n'est guère jamais, il est vrai, que partielle, en ce sens qu'elle ne porte que sur le feuillet pariétal de la séreuse; mais, largement faite, elle suffit constamment pour la cure radicale.

La synoviectomie se fait le plus souvent à la main, au creux poplité, quelquefois au dos du pied.

Soit à exciser un kyste synovial du tendon extenseur du médius droit.

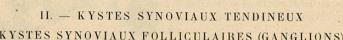
Après la toilette antiseptique du champ opératoire, et anesthésie locale à la stovaïne, - pendant qu'un aide soutient la main, les doigts fléchis, - faire une incision longitudinale de la peau (ab, fig. 153), dont les extrémités débordent sensiblement le grand axe de la tumeur.

Saisir successivement chaque lèvre de la plaie avec la pince dentée, et la disséquer jusqu'aux confins apparents de la tumeur.

Tandis que deux pinces de Kocher maintiennent écartées les deux lèvres, fendre la tumeur rapidement, par transfixion, d'un coup de bistouri; il sort ordinairement une gelée transparente et visqueuse.

Lorsque la cavité est parfaitement étanchée avec quelques tampons de gaze ou de coton mouillé, prendre successivement chaque lèvre de la poche avec la pince dentée, la disséquer jusqu'au tendon, et l'exciser au ras de lui avec les ciseaux.

Faire l'hémostase définitive soit avec des pinces de Péan, soit par quelques ligatures; cette hémostase est souvent insignifiante.



offrent à l'état normal divers degrés de développement, les dilatations kystiques qui en résultent nous offrent également une configuration, des rapports et un volume variables: les kystes tendineux sont tantôt des sortes de manchons, comme à la face palmaire des doigts, traversés librement, ou à peu près, par les tendons, tantôt des espèces de sacs fermés, disposés en fer à cheval autour d'un ou plusieurs tendons, qui sont reliés au feuillet pariétal par un méso plus ou moins large, tantôt des poches arrondies ou ovoïdes, parfois bilobées, dont le feuillet viscéral passe simplement à plat sur une face du tendon; en ce dernier cas, les kystes pourraient se nommer aussi bien des hygromas sous ou sustendineux, avec cette particularité que leur paroi ne peut être entièrement dissé-

quée comme dans les hygromas ordinaires.

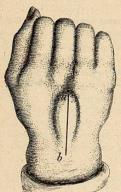


Fig. 153. - Synoviectomie pour un kyste synovial du tendon de l'extenseur du médius.

ab, ligne d'incision de la

SYNOVIALES TENDINEUSES ET BOURSES SÉREUSES

Réunir complètement la peau sans drain. Pansement sec compressif. Main et avant-bras immobilisés dans une écharpe.

La guérison est parfaite en une huitaine de jours; le ou les tendons sont et restent entièrement libres.

2º Kystes synoviaux folliculaires (ganglions). — Ces kystes à cause de leur forme et de leur volume habituels, sont de vrais kystes à contenu gélatineux, développés à la face externe des synoviales tendineuses ou articulaires, et ne communiquant à peu près jamais avec l'intérieur de ces synoviales. On les observe d'ordinaire au dos du poignet; sur l'interligne radio-carpien, au milieu ou en dehors; on en trouve aussi quelquefois au-devant du poignet, au creux poplité, au cou-de-pied.

L'extirpation totale, qui est toujours praticable, est le moyen curatif de

choix.

Le procédé est identique, si ce n'est que, pendant que deux moitiés de la petite poche sont saisies ensemble avec la pince dentée, on continue la dissection, aux ciseaux ou au bistouri, jusqu'au-dessous du fond, c'est-à-dire de la partie qui peut être considérée comme le point d'attache à la synoviale — sans s'inquieter de l'ouverture de la cavité tendineuse ou de celle de l'articulation. Réunion

Parfois, avons-nous dit, le ganglion se développe au-devant du poignet, et peut avoir des connexions intimes avec l'artère radiale; la dissection est, pour-

tant, possible sans effraction de l'artère.

3º Hygromas chroniques. — Ces tumeurs sont le résultat d'un épanchement liquide dans les bourses séreuses normales, professionnelles ou accidentelles, soit à la suite d'un traumatisme ou de froissements répétés, soit par infection tuberculeuse (Hygromas fongueux ou à grains riziformes), ou par autre maladie spontanée.

Parmi les moyens chirurgicaux qui ont leur cure pour objectif, deux seulement méritent de rester dans la pratique : l'extirpation, qui est le moyen de choix; l'excision partielle, complétée ou non par le curage, toujours suivi du drainage.

a. Extirpation. — L'extirpation est le seul mode d'intervention qui puisse nous donner une guérison prompte, facile, sure, avec une cicatrice linéaire et parfaitement mobile. Elle convient à tous les hygromas qui sont assez superficiels pour être abordables dans tout leur périmètre, quelles que soient la nature de leur contenu et la structure de leur paroi.

Soit comme type d'application un hygroma chronique prérotulien, qui est, au reste, le plus commun (fig. 154).

Après anesthésie locale ou générale — la jambe malade ischémiée et étendue sur sa face postérieure, — faire sur le milieu de la tumeur une incision cutanée verticale (5 à 6 centimètres en moyenne).

Fendre la poche dans le même sens et à peu près dans la même longueur; le liquide filant qui s'écoule est recueilli sur des compresses de gaze ou de coton. La poche peut être bilobée, son petit lobe reposant directement contre

Disséquer chaque moitié de la poche aubistouri; puis disséquer soigneusement son fond en le séparant, si possible, du périoste qui revêt la rotule. Au besoin, pour compléter l'extirpation, ne pas hésiter à décaper en même temps le périoste; la dénudation de la rotule n'empêche nullement la réunion immédiate. — Lorsque l'hygroma est de petit volume ou sa paroi très dure, il peut être plus commode de le disséquer en bloc.

L'extirpation terminée, exciser, s'il le faut, une tranche de peau à droite

et à gauche de l'incision; faire cesser l'ischémie, et procéder à l'hémostase définitive (forcipressure, ligatures perdues, simple compression avec des compresses de gaze ou de coton). Souvent aucune ligature n'est néces-

Lorsque la plaie est bien étanche, réunir la peau sur toute sa longueur. Pansement sec et bandage compressif. Immobilisation sur une attelle de Bœckel, par exemple.

On enlève les points au bout de huit jours environ; la cicatrice est complète. Huit jours après, elle est assez solide pour qu'on puisse laisser lever et marcher l'opéré, muni, si l'on veut, par précaution d'une genouillère élastique.

Lorsqu'on opère des malades qui sont obligés de s'agenouiller souvent tous les jours, il peut être préférable de déplacer la cicatrice et de la mettre sur un côté ou sur le haut du genou en taillant un lambeau cutané au lieu de faire l'incision médiane ci-dessus indiquée.

b. Excision partielle. - L'excision partielle est le procédé de nécessité. On doit la réserver pour les hygromas qui, soit étendue, soit profondeur, soit rapports

périlleux, ne peuvent être extirpés dans leur totalité; tels sont, par exemple, l'hygroma trochantérien sous-tendineux, l'hygroma iliaque sous-psoïque, l'hygroma sous-hyoïdien.

Suivant les cas, suivant les préférences du chirurgien, l'excision est alors complétée par le curage ou par la cautérisation, qu'on fait suivre soit du bourrage à la gaze aseptique, soit du drainage tubulaire.

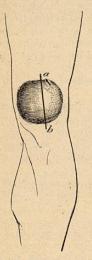


Fig. 154. - Extirpation d'un hygroma prérotulien.

ab, ligne d'incision de

CHAPITRE III

OPÉRATIONS SUR LES VAISSEAUX SANGUINS ET SUR LES VAISSEAUX LYMPHATIQUES

ARTÈRES

1. — LIGATURE DES ARTÈRES DANS LA CONTINUITÉ

La ligature immédiate d'une artère, la seule dont il sera question, consiste à oblitérer cette artère d'une façon complète et définitive par un lien qu'on serre directement autour de sa circonférence mise à nu.

A. - Manuel opératoire en général.

Mesures et conditions préliminaires. — Avant d'opérer il faut :

1º Mettre en pleine lumière la région où l'on veut lier l'artère, après l'avoir rasée;

2º Placer deux aides à ses côtés, et se placer soi-même de manière à dominer

du regard le champ de l'opération;

3º Reconnaître et marquer le trajet de l'artère. Pour cela, d'abord, on recherche soit des saillies formées par les corps charnus, par les tendons de certains muscles, muscles dits satellites ou non, qu'on met en état de tension, par les os, par certains cartilages, même par des nerfs (nerf médian), soit des gouttières ou dépressions, soit des plis articulaires et des cicatrices (cicatrice ombilicale).

Ce sont là des points de repère constants et toujours appréciables. On peut les nommer points de repère de départ, parce qu'ils représentent les premiers

jalons qui nous guident sur la voie de l'artère.

En second lieu, d'après ces points de repère, on trace le trajet de l'artère. On a ainsi la ligne indicatrice, ligne si importante et qu'on peut assigner à presque toutes les artères;

4º Tracer la ligne d'incision de la peau;

5º Déterminer le point d'application du fil à ligature, quand on le peut, avant l'incision des parties, car, en général, le milieu de l'incision doit corres-

pondre au point d'application de la ligature :

La ligature aseptique permet d'éviter le ramollissement et la suppuration des parois artérielles, source autrefois si commune d'hémorragie secondaire; elle peut même sans caillot (Baumgarten), rien que par l'adhésion immédiate de la tunique interne, oblitérer solidement une artère. Mais, en général, la formation du caillot, sa longueur et son repos ne sont pas sans influence sur le résul-