Deuxième période. — Curettages partiels, résection des os et des portions de tissus malades ; amputation, lorsque la persistance et l'intensité de la suppuration compromettent la santé générale.

RÉSECTION DU POIGNET

Incision, de 9 à 12 centimètres, entre les tendons long extenseur du pouce et extenseurs de l'index, un tiers au-dessus, deux tiers au-dessous de l'interligne. Reconnaître ces tendons, les séparer à petits coups, sur le radius, en coupant leurs gaines aponévrotiques. Couper le périoste radial, la capsule, le périoste carpien et décoller avec la rugine la lèvre capsulo-périostique externe sur le radius et sur le carpe; de même en dedans. Par la plaie fortement écartée, faire saillir le radius, libérer son apophyse et faire saillir le cubitus. Ces deux os bien dénudés en avant, les saisir avec un davier et les scier. Faire saillir ensuite le condyle carpien et supprimer successivement chacun de ses os, après l'avoir décortiqué avec la rugine.

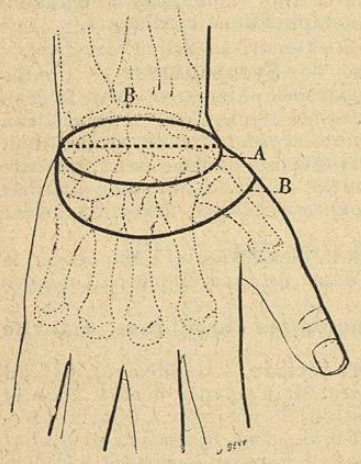


Fig. 122. — Tracé d'incision pour l'amputation du poignet.
A, méthode circulaire ; BB, méthode elliptique à lambeau antérieur.

DÉSARTICULATION DU POIGNET (fig. 122).

Méthode elliptique. — Lambeau antérieur. Incision à tracé elliptique faite, au dos, à un centimètre sous l'interligne et concave en bas; à la paume, à 5 centimètres sous l'interligne et concave en haut; en dehors, sur le premier métacarpien ; en dedans, sous le pisiforme.

Faire rétracter la peau ; fléchir la main en supination, couper les tendons extenseurs sur le condyle carpien et le ligament articulaire postérieur ; couper successivement le ligament latéral droit et le gauche. Tordre la main à gauche et détacher le ligament antérieur sur le carpe, de droite à gauche. La main ne pend que par les parties molles du canal carpien. Les couper à plein tranchant, au ras de la section cutanée palmaire.

VII. MAIN ET DOIGTS

AFFECTIONS TRAUMATIQUES

Fracture du corps d'un métacarpien.

Symptômes. — Gonflement au dos de la main ; quelquefois ecchymose linéaire. Le doigt correspondant est raccourci, fléchi, impotent. Saillie angulaire dorsale, non constante. Mobilité anormale, facile à reconnaître. Crépitation quelquefois.

Traitement. — Planchette maintenant toute la main dans l'extension.

Fracture d'une phalange. — Mobilité anormale, déformation, crépitation.

Traitement. — Immobiliser le doigt dans l'extension sur une planchette. Le fixer par une série de tours avec une bandelette de diachylon.

Luxation du pouce en arrière. — ***Symptômes.*** — **Luxation incomplète.** — « Le pouce a laforme d'un Z mal fait, c'est-à-dire que le métacarpien et la phalangette font, avec la phalange, des angles obtus. La phalangette est donc fléchie, le métacarpien en opposition, la phalange redressée..... Examine-t-on la jointure, on constate, en avant, la saillie métacarpienne formant une tumeur vague et profonde, masquée par le tendon fléchisseur, les fibres plus ou moins éraillées du muscle sésamoïdien externe, le ligament glénoïdien et ses osselets que l'on sent, en général, assez facilement avec l'ongle. On ne voit pas de sinus notable entre la face palmaire de la phalange et les os sésamoïdes. La phalange, quelquefois légèrement inclinée en dedans, n'est jamais transportée ni dans un sens,

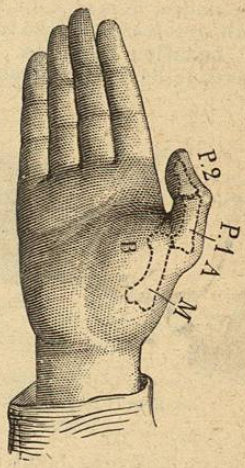


Fig. 123. — Luxation métacarpo-phalangienne du pouce en arrière, compliquée.
M, premier métacarpien; P. 1 et P. 2, phalanges.

ni dans l'autre. Elle est peu mobile. La phalange étant rabattue, le pouce mesuré depuis le trapèze jusqu'à l'ongle ne présente point de raccourcissement » (Nélaton).

Luxation complète. — Pouce en Z; phalangette moins fléchie sur la phalange; tête métacarpienne très saillante sous la peau; dépression nette entre elle et la face palmaire de la phalange; phalange portée en masse vers l'index; doigt raccourci.

Luxation complexe (après des manœuvres maladroites de réduction de luxation complète) (fig. 123). — Pouce rectiligne, parallèle à l'axe du métacarpien; en redressant la phalange on sent le sésamoïde externe interposé entre le métacarpien et la phalange.

***Traitement* — Luxation incomplète.** — Saisir fortement le pouce, le maintenir redressé et l'attirer en avant. On sent un soubresaut indiquant la réussite.

Luxation complète. — Saisir le pouce avec les doigts ou avec le davier de Farabeuf (fig. 124), tirer fortement en l'air,

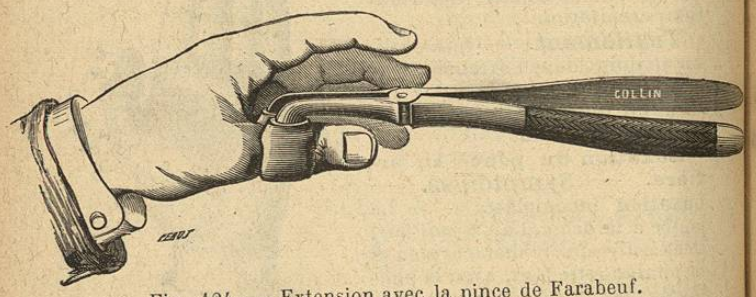


Fig. 124. — Extension avec la pince de Farabeuf.

le métacarpien étant solidement maintenu. Porter la phalange ainsi maintenue verticalement en avant. Elle s'abaisse d'elle-même, quand le sésamoïde a franchi la crête du métacarpien.

Luxation complexe. — Endormir le patient; saisir la phalange avec le davier; tirer dans l'axe, jusqu'à donner au pouce plus que sa longueur normale; relever à angle droit, en continuant la traction, ce qui donne l'attitude de la luxation incomplète. Il n'y a plus qu'à abaisser.

En cas d'insuccès. — Pratiquer la réduction sanglante.

Plaies du poignet et de la main. — *Symptômes.* — Selon les lésions anatomiques, on observe : perte de la flexion, de l'extension d'un ou de plusieurs doigts (sections tendineuses) ; perte de la motricité des muscles de la main et de la sensibilité (section de nerfs) ; hémorragies (plaies artérielles).

Traitement. — Agrandir la plaie; lavage abondant avec de l'eau bouillie, des antiseptiques faibles. Saisir les vaisseaux avec une pince et les lier avec du catgut. Pratiquer la suture des tendons : le bout central se rétracte beaucoup, il faut débrider pour le trouver. Les nerfs se reconnaissent à leur structure fasciculée; on unit les deux chefs bout à bout. Drainage. Pansement aseptique. Mettre la main en flexion forte sur l'avant-bras (plaie en avant) ou en extension (plaie en arrière), pour empêcher le tiraillement aux points de suture. Le succès est subordonné à l'asepsie de la plaie.

En cas d'écrasement. — Laver et drainer la plaie; faire un pansement antiseptique. A la main, le traitement doit être conservateur; il faut faire le moins possible d'amputations d'emblée et ne supprimer un doigt de la main que si l'on y est forcé.

AFFECTIONS INFLAMMATOIRES

Affections inflammatoires aiguës.

Panaris sous-épidermique. — Petit abcès blanc jaunâtre, appelé encore **tourniole, panaris phlycténoïde**; diverses variétés de siège (fig. 125), autour de l'ongle, c'est le panaris périonguéal; l'inflammation de la bourse séreuse située sous un durillon est le *durillon forcé*.

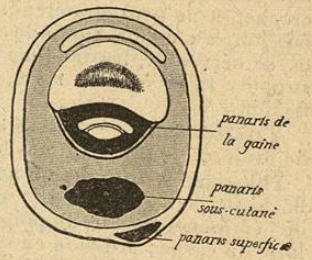


Fig. 125. — Coupe d'un doigt. Divers sièges d'un panaris.

Symptômes. — Douleurs vives; accès fébriles; battements nocturnes.

Traitement. — Incision de la phlyctène; supprimer tout l'épiderme soulevé avec les ciseaux; bains antiseptiques prolongés et pansements humides.

Panaris sous-cutané. — ***Symptômes.*** — Douleur vive; élancements; rougeur et gonflement modérés; tension extrême des tissus; sensibilité exquise à la pression. Fièvre. Frissons légers.

Traitement. — *Ne pas s'attarder* aux cataplasmes ni aux bains. *Ne pas attendre* la fluctuation. — Incision précoce, suffisamment large et profonde, qui donne issue à une goutte de pus, à de la sérosité ou à du sang seulement. On évite ainsi la nécrose des phalanges et les phlegmons des gaines.

S'il y a un abcès en bouton de chemise (fig. 126), suppri-

mer la phlyctène superficielle, agrandir l'orifice par où sourd le pus. Bains prolongés. Pansements humides.

Panaris anthracoïde. — ***Symptômes.*** — Vrai furoncle de la face dorsale.

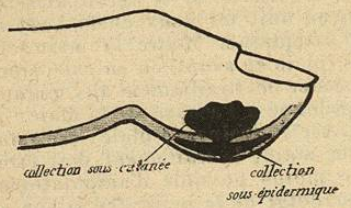


Fig. 126. — Schéma d'un panaris en bouton de chemise.

Traitement. — Incision précoce. Cautérisation au thermo-cautère.

Panaris ostéopériostique. — ***Symptômes.*** — Doigt enflé sur tout son pourtour, dur, tendu, très douloureux, rigide. Succède à un panaris sous-cutané ou bien est primitif (ostéomyélite de la phalange).

Traitement. — Nécessité de débrider largement et de très bonne heure.

Phlegmon des gaines. — ***Symptômes.*** — Au niveau *des trois doigts du milieu*, on observe, sur la face palmaire des première et deuxième phalanges, du gonflement, de la rougeur, une sensibilité exquise à la pression ; le doigt est fléchi en crochet et ne peut être étendu. En quelques jours le pus se fait jour au dehors ; puis les articulations sont envahies, les os se nécrosent, les tendons s'exfolient. Le doigt est perdu, suppure deux à trois mois, guérit finalement ankylosé en flexion.

Traitement. — Nécessité d'ouvrir largement la gaine, de drainer, de prescrire des bains antiseptiques.

Phlegmon de la gaine du pouce. — ***Symptômes.*** — Pouce fléchi ne peut être étendu ; gonflement de sa face palmaire, de l'éminence thénar, du poignet au-dessus du ligament annulaire du carpe ; pression en ces points très douloureuse ; fluctuation quelquefois perceptible du poignet à l'éminence thénar ; œdème assez notable du dos de la main. Douleurs spontanées très vives, élancements ; fièvre, frissons, état général atteint.

Complications. — Suppuration, arthrites purulentes métacarpo-phalangiennes du pouce, du poignet ; phlegmons profonds du bras, lymphangite et adénite axillaire ; exfoliation des tendons fléchisseurs du pouce ; phlegmon total de la main.

Phlegmon de la gaine du petit doigt. — ***Symptômes.*** — Saillie de la face palmaire du petit doigt, tumeur dans la paume et au-dessus du ligament annulaire. Les quatre derniers doigts ont la phalange étendue, la phalangine et la phalangette fléchies. Impossibilité de les étendre. Œdème du dos de la main. Phénomènes généraux et complications graves. Si on n'intervient pas, la main est perdue.

Traitement. — Endormir sans retard le patient. Inciser la gaine au niveau du doigt ; insinuer une sonde cannelée dans le renflement palmaire et l'inciser largement, au-dessus du pli palmaire moyen, pour éviter l'arcade palmaire ; inciser de même le renflement antibrachial. Drainer. Bains antiseptiques. Pansements humides.

Phlegmon du tissu cellulaire sous-aponévrotique. — ***Symptômes.*** — Œdème énorme du dos de la main. Phalange des doigts fléchie ; les phalangines et les phalangettes sont étendues.

Traitement. — Incisions larges et bains prolongés.

Affections inflammatoires chroniques.

Synovite à grains riziformes. — Tumeur en bissac : une poche dans la main, l'autre au poignet, communiquant par dessous le ligament carpien.

Symptômes. — La pression alternative sur l'une et l'autre permet de sentir la fluctuation et le **bruit de chaînon.** Annulaire et auriculaire sont fléchis.

Diagnostic. — Avec le *lipome crépitant de la paume :* évolution lente, fluctuation moins nette, ne dépasse pas en haut le ligament annulaire.

Traitement. — Ponction et injections modificatrices de thymol camphré, de naphtol camphré. Extirpation au bistouri et dissection de la gaine.

Synovite fongueuse. — ***Symptômes.*** — *Avant la suppuration* : marche lente, insidieuse ; tumeur molle, fluctuante ou rémittente, donnant la sensation de fongosités, allongée dans le sens des tendons. Rétraction des tendons correspondants et gêne des mouvements. Puis apparition d'abcès froids, *ulcération*, suppuration et exfoliation des tendons.

Traitement. — D'abord on peut tenter la dissection et l'extirpation ; après la fonte caséeuse, injections d'huile iodoformée, d'éther iodoformé, curettage des trajets fistuleux et des diverticules.

Panaris diabétique. — ***Symptômes.*** — Marche torpide. Aspect gangréneux. Sucre dans les urines.

Traitement. — Traitement du diabète.

Panaris de Morvan ou syringomyélique. — Indolence du panaris, nécrose des os, anesthésie du membre, parésie des muscles et autres signes de la syringomyélie.

Spina ventosa. — ***Symptômes.*** — Tuberculose des os longs de la main. L'os est fusiforme, très épaissi, soufflé ; téguments infiltrés, indurés, rouges. Apparition de fistules qui conduisent le stylet sur un séquestre.

Traitement. — *Chez l'enfant.* — Curettage et traitement conservateur.

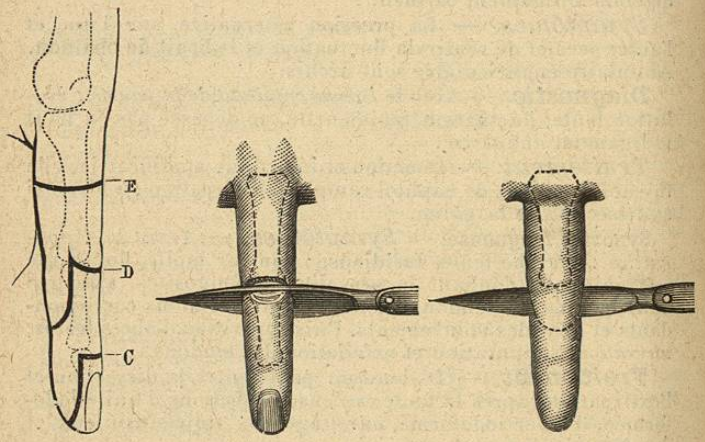
Chez l'adulte. — Amputation.

Dactylite syphilitique. — *Symptômes.* — Doigt fusiforme ; téguments violacés ; douleurs vives surtout nocturnes ; fonte et ulcération gommeuse caractéristique.

Traitement. — Traitement spécifique.

DÉSARTICULATION DES DOIGTS, DES PHALANGES

Désarticulation des petites et moyennes phalanges (fig. 127 et 128). — Méthode a lambeau palmaire unique. — Sectionner de gauche à droite les téguments dorsaux, au niveau de l'article, laissant intacte la demi-circonférence palmaire ; section des tendons extérieurs. Pénétrer dans l'articulation et couper les ligaments latéraux. Fléchir fortement la phalange, passer le bistouri sous elle et couper les chairs au ras de



Face dorsale. Face palmaire.

Fig. 127 et 128. — Désarticulation de la deuxième phalange des doigts (Bernard et Huette).

C, désarticulation de la 1re phalange ; D, désarticulation de la seconde phalange ; E, désarticulation d'un doigt.

l'os, d'arrière en avant. Réarticuler la phalange, continuer la section des chairs par des mouvements de va et vient. Quand le lambeau mesure 15 millimètres, incliner le tranchant en bas et couper en carré.

Désarticulation du pouce (fig. 129 et 130). — Lambeau externe et palmaire. — Incision dorsale, commençant à l'interligne, en dedans du tendon extenseur, descendant médiane jusqu'au milieu de la première phalange, se prolongeant transversalement sur le bord externe et jusqu'au milieu de la face palmaire, finissant à la partie la plus externe du pli digito-palmaire. Seconde incision, unissant les deux bouts de la précédente, en empiétant sur le pouce. Disséquer le lambeau. Désarticuler de gauche à droite, en tordant le doigt convenablement.

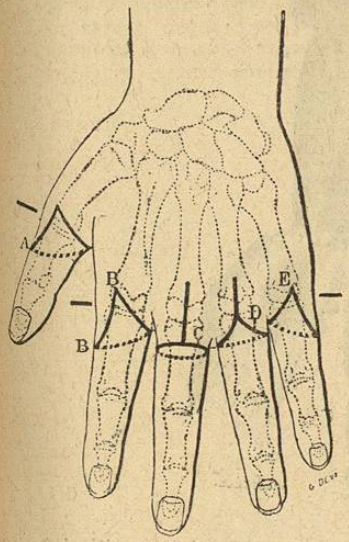


Fig. 129. — Face dorsale.
A, lambeau palmaire et externe ; B, lambeau palmaire et externe ; C, lambeau circulaire et incision dorsale ; D, croupière ; E, lambeau palmaire et interne.

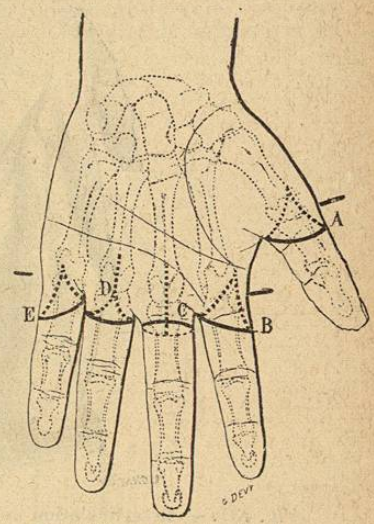


Fig. 130. — Face palmaire.
A, lambeau palmaire et externe ; B, lambeau palmaire et externe ; C, lambeau circulaire et incision dorsale ; D, croupière ; E, lambeau palmaire et interne.

Désarticulation de l'index. — Lambeau externe et palmaire. — L'incision part de l'interligne, sur le dos, en dehors du tendon extenseur, descend, médiane, de 15 millimètres, passe sur la face palmaire à 10 millimètres sous le pli digito-palmaire, qu'elle atteint à son extrémité interne. Incision interne, unissant les deux extrémités de la précédente. Dissection du lambeau et section des tendons. Désarticulation.

Désarticulation de l'auriculaire. — Lambeau palmaire et interne. — L'incision commence, au dos, en dedans du tendon

extenseur, médiane, longue de 15 millimètres, atteint la face palmaire à 15 millimètres au-dessous du pli et finit à son extrémité externe. Incision externe unissant les deux bouts de la précédente. Dissection du lambeau. Désarticulation.

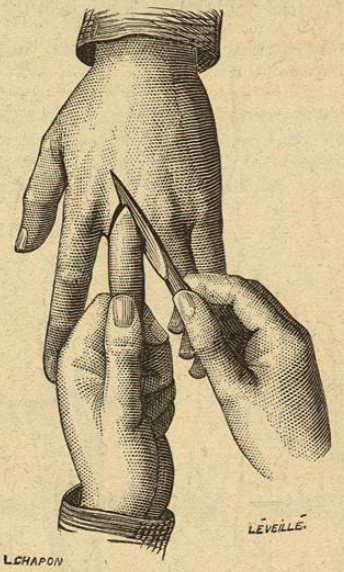


Fig. 131. — Désarticulation métacarpo-phalangienne, méthode à lambeau (Sédillot).

Désarticulation du troisième ou quatrième (fig. 131). — Incision en raquette. — Incision médiane dorsale, commençant à 5 millimètres au-dessus de l'interligne, descendant 15 millimètres, s'arrondissant à droite vers le pli digito-palmaire, s'y engageant, remontant à gauche et allant rejoindre l'incision médiane. Dissection des angles du lambeau. Désarticulation en coupant successivement le ligament gauche, le dorsal, le droit, en tordant le doigt vers la gauche et en coupant le ligament palmaire.

Désarticulation du premier métacarpien. — Procédé en raquette (fig 132). — Incision dorsale médiane, commençant à un centimètre au-dessus de l'interligne, descendant de 2 centimètres, coupant les tendons extenseurs, contournant à droite la tête du métacarpien, passant à 5 millimètres sous le pli d'opposition, remontant à gauche par un chemin

analogue et aboutissant à l'incision dorsale. Mobiliser les téguments dorsaux et palmaires, trancher la gorge au métacarpien en coupant en plein au-dessus des sésamoïdes qu'il faut enlever et dénuder l'os de bas en haut. Désarticuler, en commençant par le côté où est la radiale.

Désarticulation des deuxième, troisième, quatrième métacarpiens. — Procédé en raquette. — Incision dorsale commençant à un centimètre au-dessus de l'interligne, descendant jusqu'à un centimètre du pli digito-palmaire ; se portant à droite vers lui, le coupant transversalement, remontant à gauche jusqu'à l'incision longitudinale. Disséquer les faces de la raquette sur les côtés. Faire la manœuvre de

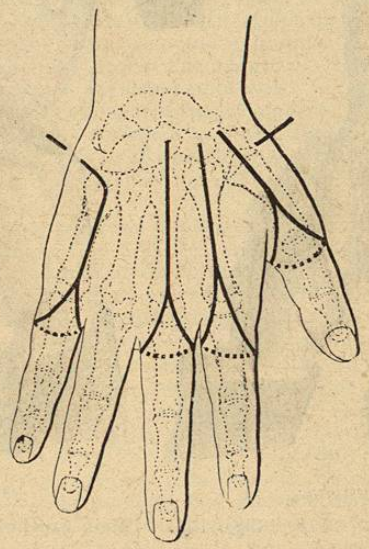
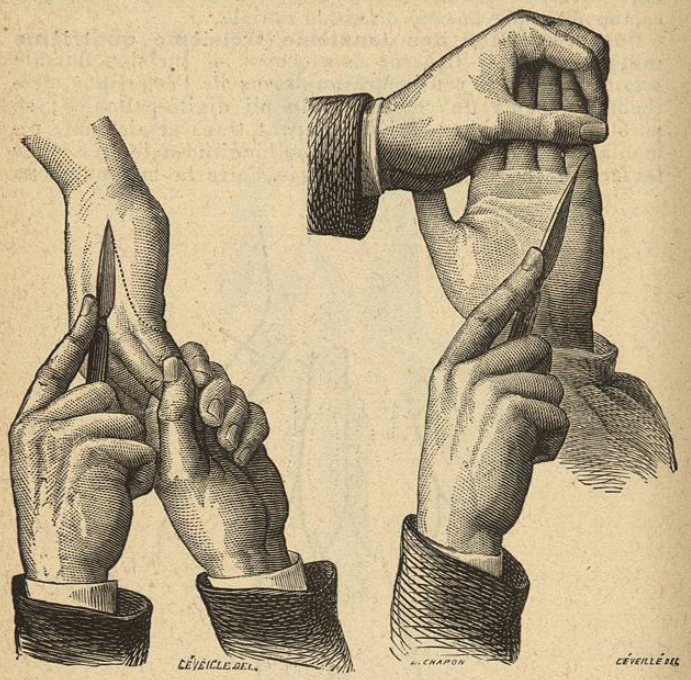


Fig. 132.— Désarticulation des métacarpiens.

Liston (3e et 4e doigts) : engager la lame à droite, tranchant en bas, jusqu'au milieu de l'os, raser la face inférieure de l'os, puis la face gauche et sortir le tranchant en l'air. Disséquer l'os jusqu'à l'interligne. Désarticuler.

Désarticulation du cinquième métacarpien. — Raquette a manche recourbé et a valve interne (fig. 133 et 134). — Incision commençant sous la racine du petit doigt, dans le pli digito-palmaire en dehors, à un centimètre sous lui en dedans. La conduire obliquement vers le milieu de la face dorsale

du métacarpien, la prolonger verticalement en haut, puis, à 2 millimètres sous l'interligne la porter en dedans, parallèlement à lui. Par une reprise faire le second côté de la raquette. Dénuder le squelette et désarticuler.



1er temps. 2e temps.

Fig. 133 et 134. — Main gauche.

XXVI. MALADIES DE L'ABDOMEN

CONTUSIONS DE L'ABDOMEN

Symptômes. — Ils varient selon que l'on considère le blessé au moment de l'accident ou quelques heures après (A. Guinard).

1° **Au moment de l'accident.** — Douleur vive, étendue à tout le ventre, parfois syncopale; angoisse, anxiété, état syncopal et pâleur; hypothermie; modifications du pouls, qui est petit, ralenti, fuyant; vomissements fréquents.

2° **Quelques heures après l'accident.** — Les accidents varient selon la nature des organes blessés.

A. Contusion sans lésions viscérales graves. — La douleur diminue; le pouls revient à la normale; la température s'élève à 38°, 38°,5; des ecchymoses apparaissent variables d'étendue; quelquefois signes de ruptures musculaires et éventration consécutive.

B. Contusion avec rupture immédiate du tube digestif. — Après quelques heures, 6 à 24, les signes de la perforation apparaissent; la disparition de la matité hépatique est précoce, par insinuation des gaz entre le foie et la paroi; contracture des muscles abdominaux, exagérée par la palpation; rapidement apparaissent le météorisme et tous les signes de la péritonite par perforation : absence de selles, de gaz, vomissements, pouls petit, rapide, abdominal, langue sèche, soif vive, traits tirés, nez pincé, orbites creusés; anxiété respiratoire vive, hoquets, oligurie ou anurie. La température s'abaisse à 36°.

C. Contusion avec rupture d'un viscère, suivie d'hémorragie interne. — L'hémorragie est violente, mortelle, s'il s'agit de la rupture d'un gros vaisseau; elle est abondante, s'il s'agit d'une plaie du foie, de la rate, du rein; dans ce dernier cas, il y a hématurie et quelquefois des coliques dues à l'expulsion d'un caillot. On observe tous les signes de l'**hémorragie interne** : pouls petit, rapide, dépressible, hypothermie, soif vive, pâleur des téguments et des muqueuses.

D. Contusion avec escarre et rupture tardive d'un viscère. — Les symptômes primitifs s'amendent; la santé est bonne pendant quelques jours; puis apparaissent, après 6 à 8 jours, soit les signes de rupture de la vessie, soit ceux de la rupture de l'intestin; il se fait soit une *péritonite généralisée*, soit une péritonite enkystée avec *fistule pyostercorale*.

Traitement. — Indications. — La pratique à tenir de-