

mesure qu'ils sont divisés, les tendons rentrent dans leur gaine, et bientôt, la main malade étant relevée, le couteau sort en finissant de détacher le lambeau sous l'œil de l'opérateur (e).

Cherchez les artères radiale et cubitale pour en faire la ligature. S'il existe dans la cavité du moignon quelque partie ligamenteuse flottante, réséquez-la; réséquez de même par précaution les troncs des nerfs cubital et médian.

Notes. — (a) Il faut marquer ce point pendant que le poignet est dans l'extension, car la flexion déplace les téguments de l'avant-bras et les attire sur la main. Je ne recommande pas de faire tirer la peau avant de l'inciser, cela étant ordinairement sans résultat sur le malade, et les effets de la traction devant varier beaucoup suivant l'habileté de l'aide.

(b) Quelques opérateurs commencent par l'incision dorsale, tournent la main pour tracer le lambeau palmaire, puis la retournent pour revenir attaquer l'articulation comme je l'indique. Pourvu qu'on fasse bien, cela m'est égal. Cependant, je n'aime pas les changements d'attitude inutiles, et je crois qu'il est sage de s'occuper d'abord du principal, du contour du lambeau et de ses dimensions qui, reconnues trop petites, peuvent encore être compensées quand l'incision dorsale n'a pas été faite en premier temps.

(c) Le couteau, tenu comme pour fendre la main et la dédoubler dans le sens de l'épaisseur, marche lentement pour que l'œil voyant l'articulation s'ouvrir, guide le tranchant et l'empêche, soit de monter sur les os de l'avant-bras, soit, ce qui est plus fréquent, de descendre sur le carpe; ceci arrive surtout quand la main n'est pas fortement fléchie. Les tendons ont pu être coupés avec la peau.

(d) Il est indifférent de commencer à droite ou à gauche. Je conseillerais plutôt d'attaquer d'abord le côté radial, où les saillies carpiennes du scaphoïde et du trapèze sont plus faciles à contourner. Cela donne ensuite de la commodité pour circonscrire le pisiforme. Je ne vois pas pourquoi un opérateur quelque peu embarrassé, n'armerait pas un de ses aides d'une érigne pour écarter les chairs pendant que le couteau cherche à contourner les saillies osseuses.

En fait, le pisiforme seul est difficile à contourner pour deux raisons: mobilité, prééminence. Quelques-uns se trouvent bien de le maintenir et de le sentir du bout de leur index gauche resté devant le poignet, pendant le travail du couteau. C'est un petit malheur (quand on n'est pas devant des juges) de laisser provisoirement le pisiforme. Le laisser définitivement est même un procédé!

Le contournement de cet os est facile et sûr, mais aux conditions indiquées plus haut: la main opérée doit être *pendante, fortement fléchie et tordue*, mais non tirée par la gauche de l'opérateur qui s'efforcera, pour ainsi dire, d'extraire, de faire surgir les cornes du croissant carpien hors des parties molles, afin que le couteau, toujours *parallèle aux métacarpiens*, puisse s'insinuer *en long*, jamais en travers, jusque dans le canal carpien.

Il est bon de dire qu'après avoir franchi le pisiforme, la pointe du couteau pour entrer dans le canal carpien, sans heurter l'apophyse du crochu, doit se porter plus profondément, vers l'axe de la main.

(e) Si, après avoir dégagé les tendons du canal radio-carpien, en coupant les deux bouts du pont fibreux appelé *ligament transverse*, on saisit du bout des doigts l'extrémité du lambeau palmaire pour le décoller des tendons par arrachement, on réussit très facilement et ceux-ci se présentent seuls au couteau qui les divise purement et simplement en travers. Ce décollement préalable du lambeau est élégant: pour ne pas le manquer, il est bon de redonner un coup de couteau en travers sous le faisceau tendineux quand on n'est pas sûr d'avoir bien libéré le bord du lambeau dès le début.

Lambeau antérieur.

Cette opération ne diffère de la précédente qu'en ce que l'incision dorsale se rencontre à angles presque droits avec les extrémités des branches de l'U qui circonscrit le lambeau. J'ai conseillé, tout à l'heure, de commencer la section des téguments par la face palmaire pour ne tourner qu'une fois l'avant-bras sur lequel se fait souvent la compression des artères, et aussi pour être plus sûr de bien limiter le lambeau. Comme plusieurs opérateurs commencent par l'incision dorsale, je consens volontiers à indiquer leur manière de faire à propos de la désarticulation à lambeau antérieur. Mais je ne puis accepter leurs points de repère, ne voulant à aucun prix dépouiller les apophyses styloïdes, ni faire un lambeau pédiculé comme un battoir et ensuite trop large.

Explorez: d'une part, l'articulation trapézo-métacarpienne et la saillie des tendons qui limitent en dehors la tabatière anatomique; d'autre part, la masse osseuse du pyramidal et du pisiforme placés celui-ci devant celui-là.

Après avoir tout disposé, tournez la main malade en pronation et recevez-la dans la paume de votre gauche. Entre le pouce et l'index placés sur les points de repère, tenez les bords du poignet et faites à la peau une incision dorsale un peu plus oblique que l'interligne, se terminant: bas en dehors dans la partie inférieure de la tabatière, immédiatement au-dessus du métacarpien du pouce; moins bas en dedans sur l'articulation pisi-pyramidale, à un doigt de l'extrémité du cubitus (fig. 214). Cette incision coupe obliquement juste la demi-circonférence du poignet; il faut se garder, surtout en dehors, de la faire empiéter sur la paume ni même sur la peau que soulèvent les tendons réunis du long abducteur et du court extenseur du pouce.

Le lambeau doit avoir une longueur moyenne de deux doigts au-dessous du niveau de l'incision dorsale, un peu plus en dehors, un peu moins en dedans (fig. 215). Les branches du large U qui le circonscrit doivent, sur la paume étalée, se diriger d'abord en ligne droite: l'interne vers la commissure du petit doigt et de l'annulaire, l'externe vers celle de l'index et du médian.

Pour le tailler, après que l'incision dorsale est faite, tournez la main en supination, étalez-en bien la paume (revoyez fig. 211 et

212, p. 514) et mettez la pointe dans l'extrémité gauche de la plaie dorsale. De là faites descendre une incision courte longitudinale qui s'arrondisse et s'incline peu à peu à droite, traverse la paume, s'arrondisse de nouveau et, redevenue longitudinale, remonte à l'extrémité droite de la section dorsale.

Deux partis sont à prendre en ce moment : ou bien disséquer le lambeau, avec ou sans les parties sous-cutanées (je ne puis

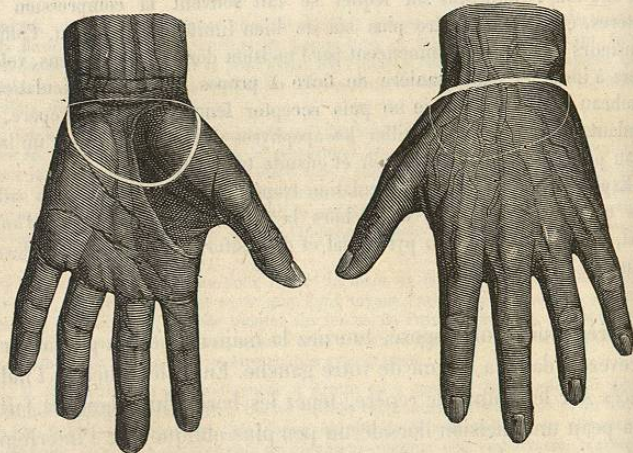


FIG. 215. — Désarticulation du poignet, forme du lambeau antérieur.

FIG. 214. — Même opération, incision dorsale légèrement oblique et concave.

admettre cette dernière pratique); ou bien remettre la main en pronation et flexion forcée, faire rétracter la peau, découvrir et ouvrir l'articulation pour contourner ensuite les saillies carpiennes, comme je l'ai indiqué plus haut déjà deux fois. C'est ce dernier parti qu'il faut adopter si l'on n'est pas trop maladroit de sa main gauche pour manœuvrer convenablement la main malade.

Autres procédés.

La nécessité, destruction partielle du tégument, peut forcer l'opérateur à modifier les procédés qui viennent d'être décrits ou bien à en employer d'autres. Par exemple, la partie dorsale de l'incision elliptique remonterait, en sa partie moyenne, jusqu'au-dessus de l'articulation. Pourvu qu'on ait

gardé, sur les côtés, la quantité de peau nécessaire, et en avant un lambeau assez long, le résultat serait passable.

Bien d'autres manières d'opérer ont été proposées, notamment : l'ampu-

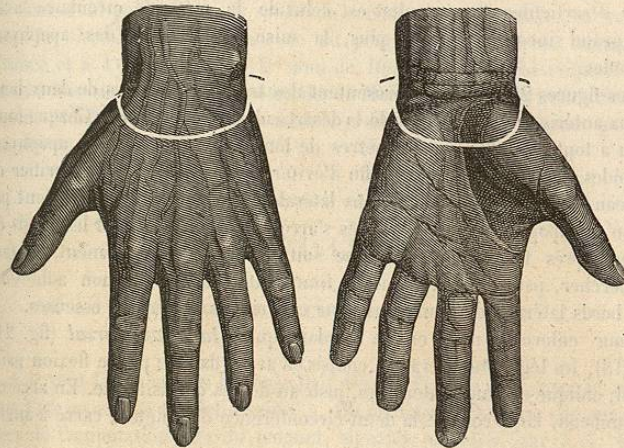


FIG. 215 et 216. — Désarticulation du poignet, deux lambeaux égaux ant. et post.

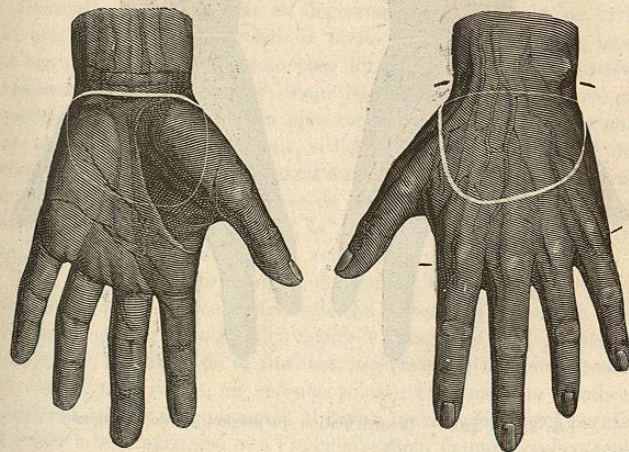


FIG. 217 et 218. — Désarticulation du poignet, lambeau unique dorsal.

tation à deux lambeaux (fig. 215 et 216) et même à quatre; le lambeau unique, ou dorsal (fig. 217 et 218), ou externe, etc. Ces trois derniers

son des procédés de nécessité qui doivent donner un moignon de riche suffisant.

Le procédé à deux lambeaux arrondis, fréquemment employé autrefois, n'a pour moi qu'une excuse : la facilité qu'il donne à l'opérateur pour désarticuler. Son résultat est celui de la méthode circulaire avec un grand inconvénient en plus, la mise à découvert des apophyses styloïdes.

Les figures 215 et 216 représentent des tracés acceptables de deux lambeaux antérieur et postérieur de la désarticulation du poignet. Chaque lambeau a tout au plus 5 centimètres de longueur à partir des apophyses styloïdes. Il est presque carré afin d'éviter le plus possible de sacrifier de la peau sur les côtés. Les incisions latérales très courtes ne remontent pas jusqu'aux apophyses styloïdes; elles s'arrêtent *au-dessous*, sur les bords du carpe. Après l'opération, quel que soit le mode de pansement, il faut rechercher, par la suture, l'union immédiate linéaire et non adhérente des bords latéraux des lambeaux pour couvrir les extrémités osseuses.

Pour enlever la main en ne gardant qu'un lambeau dorsal (fig. 217 et 218), les téguments seraient coupés en avant dans le pli de flexion principal, oblique comme l'interligne, juste au-dessus du pisiforme. En arrière, le lambeau, large comme la demi-circonférence du poignet, carré à angles



FIG. 219 et 220. — Désarticulation du poignet, lambeau externe.

arrondis, long de 5 centimètres en dehors, un peu moins en dedans, descendrait jusque près du milieu des métacarpiens.

Enfin, dans la désarticulation à lambeau externe (fig. 219 et 220), celui-ci est formé des téguments de tout le tiers externe du poignet et de

quelques faisceaux musculaires thénariens. Il commence à 1 centimètre au-dessous de l'article et descend au moins jusqu'au milieu du premier métacarpien. Son bord postérieur longe, à 0^m,01 de distance en dedans, le côté interne du tendon long extenseur; l'antérieur commence dans le pli de flexion du poignet, sur la saillie du tendon grand palmaire, et marche dans la direction du bord externe du pouce. Ce procédé est connu, en France et à l'étranger, sous le nom de *Dubrueil*; il a été employé plusieurs fois sur le vivant (Queste, th. de Montpellier, 1879); mais Soupart l'avait décrit en 1847, comme aussi le procédé à lambeau interne, qu'il est inutile de figurer.

ARTICLE VI

AMPUTATIONS PARTIELLES DE L'AVANT-BRAS

A l'avant-bras, comme le conseillait déjà A. Paré, « faut oster le moins que l'on pourra de la partie saine ». On ne s'arrêtera donc pas aux dangers de l'amputation près du poignet, signalés autrefois par J.-L. Petit, D. Larrey, A. Cooper, Sédillot, etc., non plus qu'à ceux de l'amputation près du coude que redoutaient Zang, Richerand et Volpi.

Anatomie. — L'avant-bras est légèrement aplati d'avant en arrière. Cet aplatissement disparaît, dans la partie charnue du membre, lorsqu'il est tourné en pronation, même chez les sujets maigres et musclés.

La masse musculaire située devant le plan ostéo-fibreux formé par le squelette antibrachial, est bien plus considérable que la masse musculaire située derrière, de sorte que, si l'on taillait deux lambeaux, l'un antérieur, l'autre postérieur, en rasant les os, le premier serait de beaucoup le plus épais et le plus large. Près du poignet, il n'y a que les vaisseaux, les nerfs, les tendons, les os et la peau. Plus haut, au contraire, le squelette, sauf la crête du cubitus, est entouré par des muscles.

Donc, en raison de la forme aplatie du membre, le moignon devra être taillé pour donner une cicatrice transversale. En raison de l'absence de muscles près du poignet, l'amputation circulaire à manchette sera préférée pour cette région. En raison de sa situation superficielle, le cubitus tendra à faire saillie (et le radius, en certains points). En raison du nombre des gaines musculaires et tendineuses, il faudra craindre les fusées purulentes et penser à la compression et à l'immobilisation. Comme presque tous les muscles s'attachent près du coude, l'opérateur laisse, quand il ampute très haut, trop peu de longueur à leurs fibres pour rendre la méthode circulaire pure praticable à ce niveau, ces fibres écourtées ne se pouvant rétracter suffisamment pour permettre de scier les os assez haut.