

Dernièrement, MADELUNG a de nouveau attiré l'attention sur une déformation de la main déjà connue antérieurement et mentionnée plusieurs fois par les auteurs, déformation qui se produit essentiellement chez les individus jeunes, à une époque de la vie où l'aptitude fonctionnelle de cette partie du corps se trouve soumise à des exigences plus grandes, et qui consiste dans une **subluxation de la main en avant**, celle-ci paraissant, en effet, déplacée du côté palmaire. MADELUNG attribue cette déformation à un trouble d'accroissement, lequel est dû principalement à une prédominance d'action des fléchisseurs dans le travail chez les individus jeunes. Pendant le temps que met la subluxation à se développer, le malade éprouve de vives douleurs ainsi qu'une gêne considérable et une sensation de fatigue dans les mouvements de la main. Par contre, une fois la déformation achevée, en même temps que la croissance de l'individu, on n'observe ordinairement aucun autre symptôme important qu'un obstacle aux mouvements de flexion dorsale. Chez nombre de malades, il y a quelque avantage à faire porter une gaine en cuir épais adaptée exactement à la forme du poignet, et destinée à limiter les mouvements extrêmes et à donner à la main un soutien efficace.

Opérations qui se pratiquent sur l'avant-bras et l'articulation du poignet.

§ 108. — De toutes les grandes opérations pratiquées sur les extrémités, c'est sans doute l'**amputation** de l'avant-bras qui a le meilleur pronostic. Le chiffre de la mortalité est surtout très peu élevé lorsque l'amputation est pratiquée à peu de distance du poignet, chez des individus maigres. D'après une statistique basée sur une série d'amputations de l'avant-bras pratiquées dans les différents hôpitaux ainsi qu'en temps de guerre, les opérés auraient succombé autrefois dans la proportion d'environ 10 à 12 pour 100. Avec la méthode antiseptique le pronostic s'est considérablement amélioré. L'opération a si peu de gravité que le malade est à peine obligé de garder le lit. La plaie guérit d'ailleurs très rapidement.

On pratique naturellement l'amputation aussi bas que possible. Si l'on a recours à la méthode circulaire, on renverse la peau de bas en haut (manchette), et si ce temps de l'opération offre des difficultés à la partie supérieure de l'avant-bras, à cause du fort développement des masses musculaires, on fait une ou deux incisions latérales intéressant toute la longueur du cylindre cutané. Pour le cas où l'on donnerait la préférence à la méthode à lambeau, nous conseillons d'une manière générale de tailler largement ce dernier dans les téguments de la face dorsale de l'avant-bras. C'est ce lambeau, en effet, qui garantit le mieux le libre écoulement des liquides de la plaie. Sa base doit, en tout cas, empiéter sur la face antérieure des deux os, car c'est à cette condition seulement

que ces derniers peuvent être suffisamment recouverts. Du côté des fléchisseurs on divise circulairement les muscles avec la peau, après avoir donné à l'avant-bras une position moyenne entre la pronation et la supination, puis, tout en maintenant cette attitude, on pratique la section des os, au niveau de la base du lambeau. Les tendons qui se présentent dans la plaie, sont ensuite réséqués afin qu'ils ne fassent pas saillie sur la surface de section des parties molles. Les vaisseaux à lier sont la radiale, la cubitale et le plus souvent aussi l'interosseuse.

La **désarticulation du poignet** a, sans doute, un pronostic encore un peu meilleur. Lorsqu'on a le choix entre les différents procédés opératoires, on dissèque un lambeau cutané dorsal à base s'étendant jusqu'au côté palmaire des apophyses styloïdes du radius et du cubitus. Après avoir détaché le lambeau jusqu'à la hauteur de l'articulation, on fléchit la main du côté cubital, et l'on pénètre avec le bistouri dans l'articulation en avant de l'apophyse styloïde du radius, puis on continue l'incision du côté dorsal, de façon à diviser les tendons et la capsule, la main étant fléchie du côté palmaire. Enfin on incline la main du côté radial et l'on sépare le cubitus du carpe, en ayant soin de laisser le ligament triangulaire en relation avec l'articulation radio-cubitale. On évite ainsi la suppuration de cette articulation, et la conservation des mouvements de pronation et de supination assure certains avantages pour l'application d'une main artificielle.

Du reste, on peut aussi très bien avoir recours à un lambeau palmaire, et, d'autre part, beaucoup de chirurgiens donnent la préférence à la méthode circulaire modifiée en ce sens que la partie dorsale de l'incision descende un peu plus bas que la partie antérieure.

§ 109. — Nous ne disposons pas encore d'un nombre suffisant d'observations pour pouvoir formuler nettement le **pronostic fonctionnel des résections du poignet**. Aussi voyons-nous beaucoup de chirurgiens user de réserve lorsqu'il s'agit de poser les indications de cette opération. En ce qui concerne d'abord l'indication de la résection, dans les lésions traumatiques, les cas observés jusqu'ici ne sont pas assez nombreux, et n'ont pas été soumis à une révision suffisante pour que l'on puisse se faire une idée exacte des résultats que l'on peut obtenir par cette intervention chirurgicale. Nous devons à OTIS, pour la guerre d'Amérique, et à v. SCHEWEN, pour la guerre franco-allemande, des rapports sur les modes de terminaison des blessures du poignet par armes à feu. D'après ces deux auteurs, la mortalité serait d'un peu plus de 12 0/0. Bien que les matériaux sur lesquels est basé ce chiffre de mortalité, tendent à attribuer les résultats relativement les plus favorables au traitement conservateur (7 0/0 d'après OTIS) et les plus défavorables à l'amputation (18, 1 0/0) et à la résection (13, 2 0/0), ainsi qu'à la résection suivie plus tard de l'amputation (30, 8 0/0), on ne peut tirer de ces données des conclusions préjudiciables à la résection, car il est certain

qu'en général les cas graves sont les seuls que l'on ait cru devoir soumettre à cette intervention chirurgicale. D'ailleurs, la question de mortalité n'est point décisive; ce qu'il importe avant tout de connaître, c'est le traitement qui a donné les meilleurs résultats fonctionnels. Mais ici encore, on ne peut guère utiliser avec profit les observations recueillies par les chirurgiens militaires. D'après OTIS, 254 hommes sur 716 traités par la méthode conservatrice, et 20 sur 83 réséqués, ont pu reprendre le service après la guérison de la plaie. Mais si la méthode conservatrice fournit une proportion plus élevée d'hommes aptes au service que la résection, on peut objecter que les blessures soumises au traitement conservateur, étaient probablement plus légères que celles qui avaient nécessité une intervention opératoire. L'inaptitude fonctionnelle absolue ou relative que l'on observe à la suite des blessures de la main, est due essentiellement, d'une part, à l'ankylose, et, d'autre part, à l'immobilité de tous les tendons ou d'une grande partie de ces derniers, immobilité qui, le plus souvent, est sans doute la conséquence de processus inflammatoires dans le domaine des gaines tendineuses. On peut facilement le démontrer, à l'exemple de v. SCHEWEN, en se basant sur les travaux de statistique qui sont à notre disposition. Par contre, on ne peut affirmer, déjà à cause du nombre restreint des observations rassemblées par v. SCHEWEN, que les conséquences fâcheuses signalées plus haut, soient moins fréquentes à la suite de la résection que lorsqu'on a eu recours au traitement conservateur. Nous sommes d'avis, il est vrai, que la méthode antiseptique diminuera de beaucoup à l'avenir les chances d'un phlegmon diffus des gaines tendineuses à la suite de la résection, et améliorera par le fait les résultats définitifs de cette opération, mais on peut en dire tout autant de l'expectation. Tout ce que l'on peut affirmer pour le moment, c'est que le traitement primitif qui paraît devoir être appliqué aux blessures récentes du poignet par armes à feu, consiste à enlever les esquilles s'il s'agit d'une fracture comminutive d'une certaine importance, et à pratiquer la résection typique si la fracture intéresse principalement le radius et le cubitus. Du reste, toute cette question a en somme peu d'importance déjà par le fait qu'après les grandes batailles, on n'a pas le temps de prêter sérieusement son attention aux blessures de la main, vu le peu de gravité relative de ces dernières, et que, par conséquent, on se trouve bien plutôt dans le cas d'avoir à décider l'opportunité d'une résection secondaire. Mais si nous pouvons avoir la certitude que dorénavant, grâce aux améliorations apportées à la technique de l'antisepsie, nous parviendrons à rendre aseptiques un certain nombre de blessures par coups de feu déjà infectées, de l'articulation du poignet, et à en obtenir, par conséquent, la guérison dans bien des cas sans avoir recours à une intervention opératoire grave, il n'en est pas moins vrai que la résection s'imposera dans un certain nombre de fractures comminutives déjà en proie à l'infection, cette opération étant la seule qui donne la possibilité

de mettre à nu suffisamment le foyer de la fracture pour le désinfecter complètement; d'ailleurs, ce n'est qu'en assurant à la plaie une marche aseptique, que l'on peut espérer de mettre fin aux processus phlegmoneux qui ont envahi les gaines tendineuses.

Nous sommes d'avis, par contre, que dans le cours des dernières années, la question de la résection dans la tuberculose du poignet a fait un grand pas en avant, et que cette opération est décidément à conseiller comme moyen curatif dans un grand nombre de cas de ce genre. Il est vrai que l'on avait déjà constaté autrefois que la résection du poignet est certainement peu dangereuse, puisque sur les 17 cas rassemblés dans l'annuaire chirurgical de GURLT pour 1865, trois seulement ont eu une terminaison fatale, et encore deux de ces derniers doivent-ils être mis sur le compte de la tuberculose; de même LISTER, sur 15 résections, n'a eu à enregistrer que deux cas de mort sans relation aucune avec l'opération; mais on était beaucoup moins sûr d'arriver à une guérison complète de l'affection tuberculeuse, et alors même qu'on l'avait obtenue, on était loin de pouvoir compter sur un bon résultat fonctionnel définitif.

Dans la première série de cas mentionnés plus haut, 11 opérés seraient sortis guéris de l'hôpital; chez 9 d'entre eux, le résultat fonctionnel est noté comme bon ou assez bon, tandis que LISTER aurait vu la main recouvrer son aptitude fonctionnelle chez 10 de ses opérés, c'est-à-dire dans les deux tiers des cas. Mais les résultats d'autres chirurgiens ne concordent pas avec ceux que nous venons de mentionner, et l'on se plaignait assez généralement que, chez beaucoup d'opérés, l'affection tuberculeuse ne guérissait pas du tout ou ne cédait qu'à des interventions chirurgicales répétées, et que les mains de ceux dont on réussissait à obtenir la guérison, n'étaient pas d'une bien grande utilité. Il faut avouer, il est vrai, que parmi les individus affectés de tuberculose du poignet, un grand nombre se présentent d'emblée dans des conditions très défavorables pour une résection (voir le commencement du § 106). Dans la grande majorité des cas observés chez l'adulte, il s'agit, en effet, de formes métastatiques graves, car très souvent le malade est atteint en même temps d'une phthisie pulmonaire bien caractérisée. Mais il en est souvent de même dans les affections d'autres articulations, et cependant nous parvenons à les guérir. De fait, nous sommes arrivé peu à peu à la conclusion que la résection du poignet peut être suivie de guérison tout aussi bien que les opérations du même genre pratiquées sur d'autres articulations, à la condition que l'on suive certaines règles dont l'importance a été reconnue ailleurs, c'est-à-dire que l'on *extirpe à fond tous les tissus tuberculeux et que l'on frotte d'iodoforme les parois du sac vide qui reste une fois le carpe enlevé*. Nous reviendrons plus loin sur les détails de l'opération, mais nous ferons remarquer, dès maintenant, que depuis que nous opérons conformément à ces principes, nous n'avons