

plus vu un seul malade succomber aux conséquences directes de la résection, et que nous avons obtenu une prompte guérison dans la majorité des cas. Nous sommes même très satisfait des résultats fonctionnels (voir la fin de ce chapitre). OLLIER, dans ces derniers temps, se basant sur ses propres succès, a conseillé vivement la résection, dans les cas de tuberculose du poignet.

Nous accordons volontiers, du reste, que la difficulté d'exécution de la résection a détourné jusqu'ici bon nombre de chirurgiens de cette opération.

Il est facile de démontrer anatomiquement la cause des difficultés auxquelles vient se heurter l'opérateur. Non seulement nous devons respecter les vaisseaux et les nerfs, mais encore il importe de ne blesser, si possible, aucun des tendons qui passent à la périphérie de l'articulation du poignet et du carpe. Il s'agit ensuite d'enlever le carpe qui est formé d'un grand nombre de parties distinctes et, ici encore, il faut opérer de façon à ne blesser les tendons voisins qu'autant qu'il est nécessaire de le faire pour les détacher de leurs insertions ; quant aux tendons qui passent sur le carpe sans s'y insérer, on n'a qu'à les décoller de la surface de l'os. Nous supposons ici qu'il s'agit, comme c'est presque toujours le cas, d'une résection totale de l'articulation du poignet ainsi que du carpe. En effet, l'affection qui fournit le plus souvent l'indication de la résection, c'est la synovite et ostéite fongueuse, laquelle s'étend généralement à toutes ces parties ; d'autre part, dans ces derniers temps, nous avons vu LANGENBECK surtout, se montrer chaud partisan de ces résections étendues dans les cas de lésions traumatiques. Lorsqu'on se contente de résections partielles, il en résulte régulièrement une ankylose de l'articulation due à une production exagérée de tissu osseux de la part des os de l'avant-bras réséqués. Peut-être pourrait-on plutôt conseiller de réséquer seulement le carpe et de conserver le cubitus sain et le radius, ce que nous avons l'habitude de faire dans la tuberculose. En ce qui concerne le carpe lui-même, on peut assez souvent laisser intacte l'articulation trapézo-métacarpienne du pouce ; de même on respecte volontiers le pisiforme et le crochet de l'os unciforme.

Partant donc de la supposition que c'est le carpe avant tout qu'il s'agit de réséquer, nous laisserons de côté toutes les méthodes opératoires qui ont été inventées exclusivement, ou du moins essentiellement en vue de la résection des os de l'avant-bras, et nous ne ferons que mentionner, par conséquent, les incisions longitudinales doubles pratiquées soit à la face dorsale et à la face palmaire du poignet (SIMON), soit latéralement sur le cubitus et le radius (SIMON), soit à la face dorsale seulement (MAISON-NEUVE), ou même du côté cubital (CHAISSAIGNAC). Nous ne saurions approuver davantage les procédés à lambeau, même lorsque ce dernier ne comprend que les téguments, peu importe d'ailleurs que sa base corresponde à la partie supérieure (DURR, ERICHSEN) ou à la partie inférieure de l'incision (BUTCHER, GUÉPRATTA, VELPEAU). La méthode d'incision longitudinale du côté radial (DANZEL) est aussi passible du reproche d'avoir été imaginée trop exclusivement en vue de la résection du radius.

J. LISTER est le premier chirurgien qui ait indiqué une méthode opératoire ayant pour but d'enlever les extrémités osseuses de l'avant-bras ainsi que les os du carpe, méthode qui toutefois a été conçue d'une façon peut-être trop scrupuleuse pour que les praticiens puissent l'adopter d'une manière générale. Les succès qu'il a remportés par la double incision longitudinale, sont une preuve de l'excellence des règles opératoires qu'il conseille de suivre.

Il facilite l'opération par l'application d'un tourniquet, puis il fait sur le milieu de la face dorsale du radius, une incision commençant à la hauteur de l'apophyse styloïde pour se diriger d'abord vers le côté interne de l'articulation trapézo-métacarpienne du pouce, parallèlement au long extenseur de ce dernier, et suivre ensuite, dans la même direction, le bord radial du second métacarpien dans la moitié de sa longueur. Les parties molles sont divisées avec le bistouri pendant que l'on protège avec l'ongle le tendon du premier radial externe à la base du second métacarpien, plus haut celui du second radial externe et enfin celui du long extenseur du pouce. On soulève tous ces tendons après les avoir détachés, puis, à l'aide d'un ostéotome, on sépare le trapèze du reste du carpe, en ayant soin d'éviter l'artère radiale.

Vient ensuite l'incision cubitale, sur la face antérieure du poignet ; cette incision commence à 6 centimètres au-dessus de l'apophyse styloïde du cubitus, entre ce dernier et le muscle cubital antérieur, et se termine au milieu du cinquième métacarpien. Le tendon du cubital postérieur est détaché de son insertion au cinquième métacarpien et retiré de la gouttière cubitale, sans être séparé des téguments qui le recouvrent. Puis on décolle les extenseurs de la surface de l'os, on divise les ligaments dorsaux et latéral interne de l'articulation radio-carpienne, en met à nu la face antérieure du cubitus, et l'on ouvre l'articulation du pyramidal avec le pisiforme. Le poignet étant ensuite fléchi, on décolle les tendons fléchisseurs de la face antérieure du carpe, on divise au moyen d'un ostéotome le crochet de l'os unciforme, et à l'aide d'une pince à séquestres, on procède à l'extraction des os du carpe par l'incision cubitale. Enfin on fait saillir à travers cette dernière, l'extrémité inférieure des os de l'avant-bras que l'on résèque avec la scie. On aura soin de scier le cubitus obliquement, afin d'épargner l'apophyse styloïde, et l'on fera en sorte de laisser le tendon du cubital postérieur en contact avec la face dorsale de l'os, et de ne pas mettre à nu le tendon du long fléchisseur propre du pouce. Enfin, au besoin, on pratique la résection du métacarpe et finalement celle du trapèze et de la base du métacarpien du pouce, tout en respectant l'insertion du grand palmaire. Le pisiforme et le crochet de l'os unciforme ne sont pas enlevés. L'incision radiale est réunie par des points de suture, tandis qu'on laisse ouverte la partie moyenne de l'incision cubitale.

Le membre est immobilisé sur une attelle en bois, le poignet étant en demi-flexion et en pronation. La flexion de la main est maintenue au moyen d'un plan incliné en liège, que l'on adapte à l'attelle, tandis que le pouce pendant latéralement, vient s'appuyer plus bas sur une plaque aussi en liège et dirigée transversalement. On imprimera de bonne heure des mouvements aux doigts. Dès que le malade est en état de se lever, on ajoute à l'attelle palmaire des pièces latérales en gutta-percha servant à fixer la main de chaque côté.

Cette méthode opératoire est fort bien conçue, mais extrêmement compliquée. D'après notre propre expérience, nous croyons pouvoir affirmer qu'au point de vue de la simplicité d'exécution, elle est bien loin de valoir la méthode de LANGENBECK consistant en une incision longitudinale dorso-radiale. Aussi conseillons-nous tout d'abord cette dernière comme étant le procédé normal, tandis que, s'il s'agit d'une affection tuberculeuse, nous donnons la préférence à la modification décrite plus loin.

La résection du poignet est considérablement facilitée par l'ischémie artificielle préalable, selon la méthode d'ESMARCH. S'il existe un abcès, on place d'abord le membre un moment dans l'élévation, puis on applique la bande élastique seulement sur l'avant-bras, et l'on entoure le bras du lien constricteur.

V. LANGENBECK conseille de placer la main à réséquer sur une petite table placée à côté du lit du malade. Ce dernier ayant été chloroformé, et la main étant maintenue en légère abduction, on pratique l'incision dorsale commençant au milieu du métacarpien de l'index pour suivre exactement le bord cubital de cet os et remonter jusqu'au-dessus de la face dorsale de l'épiphyse du radius; cette incision a une longueur d'environ 9 centimètres. Dans la profondeur elle suit le côté radial des tendons extenseurs de l'index, et rencontre plus haut le bord radial du tendon du deuxième radial externe, à l'insertion de ce dernier à la base du troisième métacarpien; elle s'arrête à la limite épiphysaire du radius après avoir divisé le ligament annulaire postérieur du carpe, entre le tendon du long extenseur du pouce et celui de l'extenseur propre de l'index. Armé de fines érignes, un aide attire alors les parties molles du côté cubital, puis on pénètre jusqu'à l'articulation radio-carpienne, dont on incise la capsule longitudinalement, pour la détacher ensuite de l'os avec l'appareil ligamenteux correspondant. Les gaines fibreuses des tendons des radiaux externes sont détachées avec le périoste sous-jacent, soit à l'aide d'un élévatoire, soit au moyen du bistouri et des pinces à dissection. De même on sépare de l'os les tendons extenseurs avec la gaine que leur fournit le ligament annulaire postérieur du carpe, et avec la partie correspondante du périoste et de la capsule; puis on attire du côté radial les parties ainsi détachées. L'articulation radio-carpienne se trouve alors ouverte. La main étant fléchie, on dégage le scaphoïde de son union avec le trapèze, puis le semilunaire et le pyramidal après avoir divisé les ligaments intercarpiens; chacun de ces os est soulevé à l'aide d'un élévatoire agissant à la manière d'un levier. Le trapèze et le pisiforme peuvent être épargnés dans certains cas. Vient ensuite l'extraction des os de la rangée antérieure. L'opérateur fixe le grand os et fait maintenir le pouce dans l'abduction, ce qui lui permet de séparer le trapézoïde du trapèze; puis, se dirigeant du côté cubital, après avoir divisé les ligaments dorsaux, il plonge le bistouri dans l'articulation du deuxième métacarpien avec le trapézoïde, puis dans celles du grand os et de l'os crochu avec les métacarpiens correspondants qu'un aide maintient fléchis; enfin on extrait tout d'une pièce les trois os que nous venons de mentionner. Le trapèze et le pisiforme sont laissés en place.

Enfin la main ayant été refoulée du côté palmaire, on fait saillir le radius et le cubitus par la plaie, et l'on scie l'extrémité de ces os; on aura soin de détacher préalablement avec précautions les ligaments latéraux ainsi que le périoste, et l'on prendra garde de ne pas blesser la branche dorsale de l'artère radiale.

En opérant de la manière que nous venons d'indiquer, on peut conserver intacts les ligaments latéraux de l'articulation et éviter toute lésion des vaisseaux et nerfs de la région. Si l'on voulait ne réséquer que le carpe avec ou sans des portions du métacarpe, on ferait bien de prolonger l'incision sur la main, tandis qu'on restreindrait d'autant le décollement des parties molles qui recouvrent les os de l'avant-bras.

V. LANGENBECK a conseillé autrefois, pour le traitement consécutif, l'application d'un appareil plâtré, la main étant placée en supination et légère flexion; dans cet appareil il taillait une fenêtre correspondant au dos de la main. Si l'on suspend le membre dans la position que nous venons d'indiquer, les liquides de la plaie ont un très bon écoulement. Actuellement cet appareil est généralement abandonné, et il a été remplacé par un grand pansement de LISTER enveloppant la main et l'avant-bras; une bande amidonnée suffit pour fixer le membre dans la position convenable, et l'on peut parfaitement se passer d'une attelle, bien que LISTER en ait conseillé l'emploi. Plus tard on aura à combattre la tendance à la pronation, et le meilleur moyen d'arriver à un bon résultat, consiste à appliquer le long du bord latéral du cubitus, une attelle creuse infléchie du côté radial. Il semble difficile d'éviter cet inconvénient même lorsque, dans l'opération, on cherche à conserver l'apophyse styloïde du cubitus comme LISTER, entre autres, l'a conseillé. (Voir, du reste, notre méthode de traitement consécutif.)

On aura soin d'exercer, dès le début, les mouvements des doigts. Une fois la plaie guérie, on commence à essayer les mouvements actifs et passifs du poignet, et de bonne heure on prescrit à l'opéré d'élever la main, après l'avoir chargée d'un poids que l'on augmente graduellement. En même temps il devra s'exercer à des travaux plus fins tels que l'écriture, etc. Le courant d'induction viendra également en aide aux muscles affaiblis.

Voici le **procédé opératoire** que j'emploie depuis des années avec le plus grand succès dans la tuberculose. Après avoir déterminé l'ischémie du membre et placé la main du patient sur une table ou sur un coussin dur reposant sur le lit, je commence par faire l'incision des parties molles suivant le procédé de LANGENBECK décrit plus haut. Je ne détache pas tout d'abord les gaines tendineuses de la face dorsale du radius, ou du moins je ne le fais que sur une petite étendue, car le plus souvent, le radius et le cubitus ne sont pas malades, de sorte que la résection de ces os n'est pas nécessaire. Je n'enlève même pas le cartilage, à moins qu'il ne soit décollé, et ce n'est qu'à la fin de l'opération que j'extirpe, d'une façon très complète, les parties de la synoviale malade qui s'insèrent sur les os de l'avant-bras. Par contre, ces derniers doivent, naturellement, être réséqués s'ils sont malades. En règle générale, c'est au ciseau que j'ai recours dans ce but. Après cette digression, revenons