

à l'opération : tout d'abord, je détache les gaines tendineuses dorsales de la face postérieure du carpe, sur une étendue moyenne, suivant le procédé décrit par LANGENBECK. Puis vient l'extirpation des os carpiens. Dans la règle on n'a point affaire ici, comme on pourrait le croire, à des tissus très résistants : les ligaments, la synoviale et les os eux-mêmes sont en partie ou totalement ramollis par le processus tuberculeux. Aussi réussit-on toujours à enlever les différents os du carpe au moyen d'une très grosse cuiller tranchante double munie d'un manche qui permet de la tenir à pleine main. Tout d'abord il s'agit de faire une brèche, et l'on y parvient le plus facilement en s'attaquant à l'un des os malades de la première rangée du carpe. La cuiller tranchante est introduite sous l'os choisi par d'énergiques mouvements de levier. Parfois on parvient à extraire ainsi du premier coup deux ou trois os, et l'extirpation de tout le carpe peut être achevée dans un espace de temps extrêmement court. Suivant les circonstances, on laisse en place le trapèze et le pisiforme. L'endroit qui était occupé par le carpe, se trouve ainsi transformé en une poche vide. Par des tractions exercées sur la main et par l'écartement des bords de la plaie, on rend la paroi interne de cette poche accessible à la vue et aux instruments, et à l'aide de ciseaux et de pinces, on fait l'abrasion complète des restes de la synoviale malade. Si les métacarpiens sont affectés, on peut les enlever également à l'aide du ciseau ou d'une grosse cuiller tranchante.

La cavité laissée par le carpe est ensuite lavée avec une solution phéniquée, puis essuyée et frottée d'iodoforme dans tous ses recoins. Enfin on introduit un drain gros et court au milieu de la plaie que l'on réunit par des points de suture. Le pansement consiste en une couche de gaze chiffonnée recouverte d'un pansement de LISTER appliqué de façon à assurer l'immobilité de la main. Le tube d'Esmarch n'est enlevé qu'après l'application du pansement. A ce moment le membre est élevé verticalement, et on le maintient dans cette position pendant 24 heures.

Contrairement à d'autres chirurgiens (LISTER, LANGENBECK), nous donnons à la main un tiers de flexion dorsale avant d'appliquer le pansement, et les bons résultats fonctionnels que nous avons obtenus, nous les attribuons à cette manière de faire et au soin que nous avons mis à maintenir la main dans cette position, au moyen d'un petit appareil, jusqu'à la guérison de la plaie et pendant tout le temps nécessaire pour obtenir un poignet solide, c'est-à-dire pendant six mois et même davantage dans les cas graves. BIDDER a aussi conseillé de donner à la main cette position. Les doigts restent hors du pansement et sont exercés déjà aussitôt après l'opération. Avec le temps, les mouvements actifs et passifs doivent être plus énergiques.

En règle générale, le premier pansement n'est changé qu'au bout de 15 jours. On peut, à ce moment, enlever le drain et les sutures ; lors du changement du second pansement, soit 4 à 8 semaines après l'opération,

la plaie est habituellement guérie. Vient ensuite le traitement consécutif avec le petit appareil servant à maintenir la main en flexion dorsale.

L'opération est beaucoup plus simple dans les rares cas dans lesquels il s'agit d'une résection proprement dite de l'articulation du poignet. On résecte d'abord, par la méthode sous-périostée, l'extrémité inférieure des deux os de l'avant-bras. Dans ce but, on commence par mettre à nu la tête du cubitus par une incision pratiquée du côté externe de l'os jusqu'à l'apophyse styloïde, puis, à l'aide d'une rugine on décolle le périoste jusqu'à l'endroit où il s'agit de scier l'os. La section ayant été opérée ensuite au moyen de la scie passe-partout, on fixe l'os entre les mors d'un davier, et l'on finit de le libérer de ses adhérences (ligament interosseux, etc.). Puis on s'attaque au radius. On fait une incision longitudinale entre le long extenseur et le long abducteur du pouce. A l'aide d'une rugine, on décolle le périoste d'abord de l'endroit où doit être pratiquée la section de l'os ; ce n'est qu'après avoir scié le radius et saisi l'extrémité articulaire de ce dernier avec un davier afin de l'attirer hors de la plaie, que l'on détache avec précaution les tendons des faces palmaire et dorsale du poignet. Tous ces tendons doivent être conservés intacts. Dans un cas où les circonstances s'y prêtaient, P. VOGT, afin d'épargner sûrement le périoste et les tendons, eut l'idée d'enlever de la face dorsale du radius, à l'aide d'un fin ciseau, une lamelle osseuse qu'il laissa adhérente au périoste. On peut en faire autant à la face palmaire.

V. MAIN ET DOIGTS

A. VICES DE CONFORMATION CONGÉNITAUX

§ 110. — Parmi les anomalies congénitales de la main un petit nombre seulement offrent quelque intérêt pour le chirurgien, car celles qui consistent en un arrêt de développement du bras et de la main — et elles ne sont pas du tout rares, — ne peuvent guère être améliorées par des interventions chirurgicales. Parfois, il est vrai, on peut être appelé à intervenir dans un cas de contracture reconnaissant pour cause l'absence d'une partie du membre supérieur. Ainsi lorsque le radius fait défaut, par suite d'un vice de développement en relation le plus souvent avec l'absence du pouce, la main tend à se fléchir du côté radial, et l'on peut lutter contre cette tendance au moyen d'un appareil approprié. Nous avons, du reste, observé déjà plusieurs faits de **main bote congénitale** qui, sans aucun doute, doivent être rapportés à une attitude anormale de la main dans l'utérus, sans que l'on puisse invoquer comme cause l'absence d'une partie du membre. Dans quelques cas cette difformité congénitale était bilatérale. Tantôt on a affaire à une contracture dans laquelle la main est fléchie et déviée du côté cubital, tantôt, au contraire, la flexion en avant se combine avec une déviation du côté radial.