

mieux pour couvrir le moignon, la cicatrice se trouvant alors rejetée du côté dorsal. On fait à la face dorsale du doigt une incision demi-circulaire divisant d'emblée le tendon de l'extenseur, et, à partir des extrémités de cette incision, on taille un lambeau palmaire arrondi de longueur suffisante. On divise ensuite le périoste, au niveau de l'incision dorsale et l'on pratique la section de l'os à l'aide d'une fine scie ou, mieux, de pinces ostéotomes.

Veut-on **désarticuler un doigt tout entier**, on s'adressera le plus souvent à la méthode ovulaire, avec l'ouverture de l'ovale dirigée du côté dorsal. On commence par faire une incision dorsale longitudinale partant à un centimètre environ au-dessus de l'articulation, pour se bifurquer au niveau de cette dernière en deux arcs de cercle qui se rendent aux deux commissures, où elles sont réunies l'une à l'autre par une incision palmaire. On fléchit ensuite fortement le doigt pour diviser le tendon extenseur et ouvrir l'articulation, et l'on termine l'opération par la section des fléchisseurs, après avoir ramené le doigt dans l'extension.

On peut aussi, lorsqu'on a besoin de plus de place pour la désarticulation, pratiquer deux incisions en **Y**, l'une du côté dorsal, l'autre du côté palmaire. Les branches de bifurcation de ces deux incisions se réunissent au niveau des commissures, et circonscrivent ainsi deux lambeaux latéraux. On peut également, surtout à l'index, au petit doigt et au pouce, tailler un lambeau dorsal et un autre palmaire.

Pour la **désarticulation d'une phalange**, il va sans dire que l'on peut, comme pour l'amputation, employer la méthode circulaire ou utiliser toutes les formes possibles de lambeaux. C'est la méthode à lambeau palmaire qui mérite la préférence, à cause de la bonne qualité du lambeau lui-même et de la situation favorable de la cicatrice. Elle a, en outre, l'avantage de pouvoir être exécutée très rapidement.

On place la lame du bistouri perpendiculairement à l'axe longitudinal du doigt fléchi, à 6 millimètres au-dessous de l'extrémité latérale du pli de flexion, s'il s'agit de la troisième phalange, et dans le prolongement de ce même pli, si l'on veut désarticuler la seconde phalange. On divise d'emblée la peau et le tendon dorsal et l'on ouvre l'articulation. Dès que l'on est arrivé du côté palmaire de l'articulation, on fait glisser le bistouri derrière l'os de la phalange à enlever, parallèlement à cette dernière, et l'on taille, de dedans en dehors; aux dépens des téguments palmaires, un lambeau de longueur suffisante que l'on réunit aux bords de l'incision dorsale par quelques points de suture.

§ 138. — Parmi les **résections des métacarpiens**, nous n'avons guère à mentionner que celles de la diaphyse de ces os. Quelques rares cas d'enchondrome, la carie et les lésions traumatiques, fournissent l'indication de cette opération. Autant que possible, on respecte la partie de l'os qui s'articule avec le carpe. L'opération est, du reste, assez

simple. On fait, sur la face dorsale de l'os, une incision longitudinale avec la précaution de ne pas blesser les tendons extenseurs, que l'on maintient écartés, pour diviser ensuite le périoste. Si ce dernier peut être conservé, on le détache avec la rugine, sinon, on le laisse sur l'os, que l'on sectionne d'abord à son extrémité carpienne. Si possible, on ne touche pas à l'articulation carpo-métacarpienne, mais on divise l'os, au-dessous de cette dernière, soit avec la pince ostéotome, soit avec la scie passe-partout. On fait alors basculer le métacarpien, tout en le séparant des parties molles qui l'entourent, et l'on désarticule finalement son extrémité phalangienne, ou bien, ici encore, on respecte, si possible, l'articulation. C'est au métacarpien du pouce que cette opération a le plus de chances de succès. Pendant le traitement consécutif, on fera bien de placer ou de suspendre la main de façon que les liquides sécrétés aient un libre écoulement.

Nous avons déjà fait remarquer que nous ne connaissons pas encore bien les résultats de la **résection des articulations phalangiennes**, que nous ignorons si l'on peut compter sur une articulation mobile, ou si l'on doit s'attendre, le plus souvent, à l'ankylose, ainsi qu'on serait tenté de le croire en se basant sur un certain nombre d'observations qui ont été publiées et sur quelques opérations que nous avons pratiquées nous-même. Il faudrait, par conséquent, renoncer aux résections pratiquées dans le but de rétablir la mobilité de l'articulation dans les cas d'ankylose. HUETER aurait cependant obtenu une articulation mobile chez plusieurs de ses opérés.

Pour la résection des articulations inter-phalangiennes et métacarpophalangiennes, on doit avoir recours à un procédé qui permette avant tout de respecter les tendons, les nerfs et les vaisseaux. Dans ce but, on fait l'incision à la face dorsale de l'articulation, entre le tendon de l'extenseur et le bord dorso-latéral du doigt. Au moyen de la rugine, des pinces et du bistouri, on détache des extrémités osseuses articulaires toutes les parties molles qui y adhèrent, c'est-à-dire le tendon, le périoste et la synoviale. On fait saillir hors de la plaie les extrémités articulaires, et, suivant les circonstances, on enlève seulement la tête de la phalange ou du métacarpien, ou bien également le corps articulaire qui porte la cavité glénoïde. On doit laisser intacte, en effet, celle des deux extrémités articulaires qui n'est pas malade. Ici encore, pour la section de l'os, on se sert le plus souvent des cisailles à ostéotomie.

La résection est particulièrement indiquée au pouce et à l'index, surtout dans les affections des articulations de la première phalange. Le traitement consécutif consiste dans l'immobilisation, au moyen d'un appareil approprié, et dans la fixation du doigt opéré au doigt voisin. Si l'on cherche à obtenir une articulation mobile, on devra imprimer des mouvements au doigt, dès la troisième semaine, sinon l'on fixera bientôt l'articulation dans le degré de flexion que l'on juge convenable.

Dans toutes ces opérations qui se pratiquent sur la main et les doigts, il convient de se conformer aux règles de la méthode de Lister, et d'appliquer ensuite un pansement antiseptique. Pour les blessures de la main, le véritable pansement de Lister est celui qui offre les meilleures garanties, tandis que pour les petites plaies des doigts qui sécrètent peu, on est autorisé à modifier ce pansement; on peut, par exemple, se servir, dans ce but, de coton à l'acide salicylique, etc., ou bien appliquer un pansement au lint boriqué, que l'on fixe au moyen de bandelettes de sparadrap.

AFFECTIONS CHIRURGICALES DU MEMBRE INFÉRIEUR

I. BASSIN

A. LÉSIONS TRAUMATIQUES

1. Lésions traumatiques de la ceinture pelvienne (fractures, diastases, luxations).

§ 1^{er}. — A part quelques exceptions, les lésions traumatiques intéressant la ceinture pelvienne sont la conséquence de violences graves agissant directement sur le bassin. Elles offrent quelque analogie

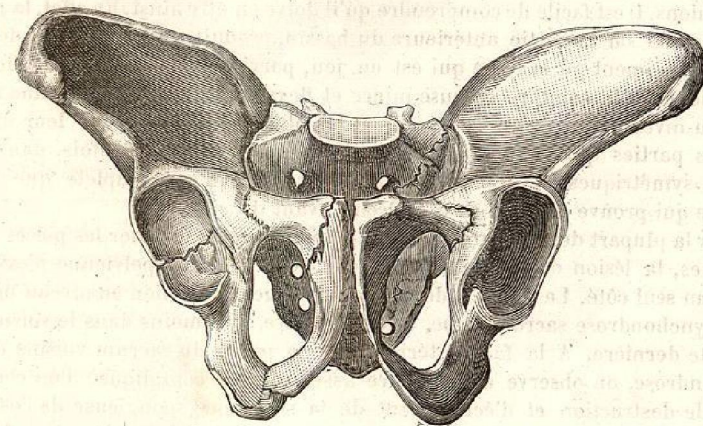


Fig. 26. — Fracture typique de la ceinture pelvienne. Fracture verticale double (MALGAIGNE).

avec les lésions du même genre de la cage thoracique et de la boîte osseuse du crâne. Encore ici, en effet, c'est bien moins la lésion osseuse elle-même qui a de l'importance pour le clinicien, que les désordres con-