

une incision longitudinale faite au côté externe et antérieur du membre. On sépare les deux lèvres de la plaie, en avant et en arrière. On scie le radius dans ce point, et le fragment est détaché par renversement, jusqu'à l'articulation correspondante. Malagodi et Metz ont enlevé la totalité du radius, à l'exception de son extrémité supérieure.

Cubitus. Jones, en 1856, et Carnochan, en 1858, ont extirpé tout le cubitus, et ils n'ont cité que des succès. Blandin a noté la possibilité de réséquer l'extrémité inférieure du cubitus sans ouvrir l'articulation radio-carpienne, grâce à la disposition du ligament triangulaire, qui s'insère par sa base à l'échancrure sigmoïde du radius, et par son sommet à l'apophyse styloïde du cubitus, et intercepte toute communication entre la tête de cet os et le carpe, à moins d'un pertuis central et exceptionnel dans l'épaisseur de ce cartilage. On dénude le fragment du cubitus et on l'excise.

Réséction de l'articulation radio-carpienne. Orred, Moreau jeune, Roux, Malagodi, Hublier (de Provins), Clénot (de Rochefort) ont pratiqué pour diverses lésions, en général traumatiques, la réséction de l'articulation radio-carpienne, et les deux derniers avec succès, dit-on, pour des luxations compliquées du poignet, dans lesquelles les extrémités luxées des os de l'avant-bras faisaient saillie au travers des téguments. L'extrémité du cubitus luxée isolément et ayant traversé la peau a été plusieurs fois enlevée heureusement. S'il existait une lésion chronique plus ou moins étendue, et qu'il fallût accomplir la réséction, telle qu'on l'exécute sur le cadavre, les obstacles seraient considérables. La dissection des tendons qui passent sur les extrémités osseuses et la section des ligaments articulaires demandent des connaissances anatomiques extrêmement précises et une grande habileté dans le maniement des instruments. Bonnet (de Lyon) a conseillé, il est vrai, de couper les tendons des muscles grand palmaire, cubital antérieur, radiaux externes et cubital postérieur, qui ne seraient, selon lui, d'aucune utilité, puisque les mouvements du poignet seront abolis. La plaie serait remplie, après sa cicatrisation, de tissus fibreux et tendineux, et comprendrait les surfaces synoviales du carpe, si ce dernier avait été ménagé, ou les articulations carpo-métacarpiennes, ou métacarpiennes seules, si le carpe avait dû être enlevé, conditions qui semblent devoir rendre la guérison fort longue et fort incertaine.

La réséction isolée de l'extrémité du cubitus, faisant saillie au dehors, n'offrirait aucun obstacle. L'os se présenterait à la scie,

qui le diviserait sur une lame de bois ou de carton interposée, pour ne pas intéresser les parties voisines.

Si l'on voulait s'exercer à pratiquer la réséction de l'articulation radio-carpienne, on pourrait suivre divers procédés. L'opération est plus difficile si l'on commence par la désarticulation des os; mieux vaut scier le corps du cubitus et le séparer des parties molles, on le fait ensuite basculer pour atteindre l'articulation, et on coupe les ligaments latéraux internes et le fibro-cartilage semi-lunaire.

La main étant renversée dans une adduction forcée, on arrive aisément sur le radius, que l'on fait saillir, après l'avoir divisé, pour détacher les nombreux tendons qui l'entourent et les ligaments qui le maintiennent.

Roux conseillait de faire une première incision longitudinale sur le bord interne et antérieur du cubitus; puis une seconde, perpendiculaire à la première, dirigée transversalement en arrière dans l'étendue de 0^m,03. On renverse le petit lambeau en L qui en résulte, on isole l'os à 0^m,05 au-dessus de l'articulation dans le point où l'on veut en faire la section; on passe en arrière un corps étranger, tel qu'une compresse, le manche d'un bistouri, ou une petite lame de bois flexible, et on le scie d'un trait sans aucun obstacle. On peut alors le saisir, le tirer en dedans et le détacher des rapports articulaires radio-carpiens. La même manœuvre est répétée en sens inverse pour le radius, dont il faut séparer exactement les gaines fibreuses, si l'on veut conserver intacts les tendons qui y sont contenus. On enlève ensuite, si les altérations l'exigent, la première ou la seconde rangée des os du carpe.

Dubled se contentait d'une double incision latérale de 0^m,09 de longueur, parallèle aux apophyses styloïdes du cubitus et du radius. Les difficultés sont plus grandes, mais le désordre apparent est moindre. On peut toujours essayer de commencer ainsi, quitte à agrandir la plaie, et à y ajouter l'incision perpendiculaire de Roux si l'on éprouve trop de peine à terminer l'opération.

Ces procédés s'appliquent particulièrement à la réséction de l'extrémité inférieure des os de l'avant-bras. En cas de réséction totale du poignet, nécessitée par la carie, il faut ordinairement enlever la totalité du carpe. Ces réséctions sont encore rares et ont été pratiquées par MM. Dietz, Fergusson, Maisonneuve, Butcher, Bœckel etc. La plupart des chirurgiens, à l'aspect d'une main criblée de fistules, avec les doigts enraidis par une longue immobilité, préfèrent l'amputation, dont les résultats sont plus prompts et plus sûrs.

Cependant M. Butcher a proposé un procédé très-rationnel. Ce chirurgien coupe les tendons des extenseurs des doigts, mais il ménage ceux du pouce, qui conserve ses mouvements d'opposition aux autres doigts. Un lambeau semi-lunaire, commencé sur le cubitus à 0^m,04 de son extrémité, s'arrête sur le dos de la main à 0^m,01 du bord interne du tendon du long extenseur du pouce. On scie et désarticule le cubitus; on enlève le carpe, puis on fait saillir le radius, dont on opère également la résection.

M. Butcher a exécuté cette opération deux fois, dont une fois avec succès.

M. E. Bœckel a employé le procédé de Roux, pour une carie du poignet. La main posée à plat sur une petite attelle palmaire n'était pas sans utilité, mais dut être, je crois, amputée plus tard.

Voici un nouveau procédé du même auteur très-digne d'étude et d'application.

Premier temps. Dégagement des parties molles. On fait partir de la face dorsale du deuxième métacarpien une incision, que l'on termine à deux ou trois centimètres au-dessus de l'extrémité carpienne du radius. On ouvre la gaine du deuxième radial externe, dont on détache l'insertion.

Plus haut, on croise la direction du long extenseur du pouce, dont on ouvre la gaine, au point de jonction des fibres musculaires avec les fibres tendineuses, puis le muscle est décollé du radius avec la rugine, qui sert à isoler la face dorsale de cet os.

Deuxième temps. Désarticulation du carpe. On ouvre l'articulation radio-carpienne, puis, fléchissant fortement la main et l'inclinant vers le cubitus, on fait saillir le carpe dans la plaie et on en dégage au fur et à mesure les deux faces avec le bistouri et la rugine. Le crochet de l'unciforme peut être coupé et laissé dans la plaie, si l'on ne parvient pas facilement à en pratiquer l'extraction. De même le trapèze, qui est en rapport avec l'articulation radiale et les tendons du pouce, sera laissé provisoirement en place, ainsi que le pisiforme.

Troisième temps. Enucléation du trapèze. Si cet os est reconnu malade, on le saisit dans la plaie avec une forte pince à griffes, et on le dégage circulairement à mesure qu'on l'attire, sans léser les parties qui le recouvrent. On évide le pisiforme altéré, avec la gouge, pour ne pas interrompre la continuité du tendon du cubital antérieur.

Quatrième temps. Résection des os de l'avant-bras. Il est alors aisé de faire saillir le radius et le cubitus dans la plaie et d'en enlever une tranche plus ou moins épaisse selon la hauteur des altérations (*Gaz. méd. de Strasbourg*, août 1867).

Pansement. Quelques points de suture réunissent la plaie tégumentaire, si elle occupe toute l'étendue transversale du poignet; autrement on se contente de bandelettes agglutinatives. Les parties sont maintenues dans l'immobilité, et l'on prévient ou l'on combat les accidents inflammatoires. L'ankylose du poignet est une terminaison fort heureuse, et rien n'empêche d'espérer, comme résultat plus avantageux encore, le développement d'une fausse articulation.

Résultats. Le succès des résections radio-carpiennes est sans doute fort rare en cas d'inflammation chronique et de carie du poignet. Mais comme on est généralement obligé de recourir à l'amputation, quand l'emploi des eaux minérales a échoué, il est indiqué de tenter d'abord la résection.

Résection du premier métacarpien. La résection de l'extrémité carpienne du premier métacarpien n'est pas difficile. Une incision longitudinale, cruciale ou en L, pratiquée sur le côté externe de l'articulation, met le métacarpien à nu; on en détache le périoste avec les tendons qui le recouvrent; on divise l'os d'un coup de scie avec les précautions convenables, puis, le renversant en dehors vers le carpe, on atteint le côté interne de l'article, et l'on achève l'opération en coupant les ligaments externes. Si la surface du trapèze était altérée, on l'enlèverait en ayant soin de ménager l'articulation carpo-métacarpienne de l'index.

La résection de l'extrémité phalangienne du premier métacarpien commanderait la même manœuvre; seulement on commencerait par ouvrir l'articulation. La première phalange serait portée en dedans, vers la paume de la main, et on scierait l'extrémité métacarpienne rendue saillante au dehors de la plaie.

Extraction du premier métacarpien en totalité. Troccon, en 1816, avait proposé l'ablation de la totalité du premier métacarpien en conservant les phalanges du pouce. Roux pratiqua cette opération avec un succès complet, et le malade put continuer son état de tailleur. Le pouce, ramené près du carpe, exécutait parfaitement les mouvements de flexion et d'extension. Blandin a répété, avec le même bonheur, cette opération, et on la pratique aisément par une simple incision longitudinale faite sur le côté externe de l'os. Les tendons fléchisseur propre *a*, extenseur *b* et grand abducteur *c* du pouce sont portés en dedans (voy. fig. 343); l'articulation phalangienne ouverte, on fait saillir l'extrémité du métacarpien, comme nous l'avons exposé, et l'on termine en divisant les ligaments qui l'unissent au trapèze. Dans le cas où l'os serait tuméfié et entouré de parties indurées, deux petites incisions per-