

CHAPITRE VIII

MEMBRES¹

MEMBRE SUPÉRIEUR

Amputation inter-scapulo-thoracique. — Nous n'avons aucune modification à indiquer au procédé classique (BERGER-FARABEUF).

OMOPLATE

Résections et extirpation. — Suivant que l'exérèse osseuse est pratiquée pour une ostéite ou une tumeur maligne la résection est *sous-périostée* ou *extra-périostée*.

Résections sous-périostées. — Elles sont généralement *partielles* et faites sans règles précises, comme tous les évidements osseux et toutes les résections partielles pour lésions inflammatoires osseuses.

Une incision appropriée, droite ou courbe, met à nu le foyer (portion sus ou sous-épineuse, angles, bords, épine, acromion, apophyse coracoïde). L'os malade est dénudé à la rugine et coupé à la scie, à la pince coupante ou à la pince-gouge.

L'*extirpation totale* de l'omoplate par la méthode sous-périostée est exceptionnellement pratiquée. OLLIER (fig. 1026) recommande

¹ Nous n'indiquerons que les opérations dont la description ne se trouve pas dans le livre de FARABEUF, ou les procédés qui, n'y étant pas décrits, nous paraissent utiles à connaître. On devra donc se reporter à ce livre de « médecine opératoire » pour les opérations dont nous ne donnons pas la description (ligatures, amputations, résections).

une incision suivant l'épine de l'omoplate, du sommet de l'acromion au bord spinal, jointe à une autre incision suivant ce bord spinal depuis l'angle inférieur de l'omoplate jusqu'à 4 centimètres environ au-dessus de l'épine.

A la rugine on dénude l'os en commençant par l'acromion et l'épine, détachant les insertions du trapèze et du deltoïde. On incise ensuite le périoste du bord postérieur de l'os dans l'interstice qui sépare le rhomboïde du sous-épineux, et on dénude la fosse sous-épineuse et l'angle inférieur, désinsérant le grand dentelé et le grand rond.

Soulevant l'os, on détache le sous-scapulaire de bas en haut et d'arrière en avant:

Il faut alors dénuder la fosse sus-épineuse en écartant fortement la lèvres supérieure de l'incision, sans jamais séparer les muscles de la peau. On rugine ensuite l'angle supéro-postérieur et le bord supérieur de l'os, refoulant le nerf sus-scapulaire au niveau de l'échancrure qui lui donne passage.

Soulevant l'os d'arrière en avant et de bas en haut, on achève de dénuder la face scapulaire et le bord antérieur de l'os.

On peut alors couper l'omoplate au niveau du col, ou achever l'extirpation totale.

Revenant à l'acromion, on le dégage de ses attaches claviculaires; puis, saisissant l'omoplate à pleines mains, on la retourne en haut pour ouvrir l'articulation scapulo-humérale, renversant l'os de plus en plus et ruginant le plus loin possible.

On arrive ainsi à dégager l'apophyse coracoïde de ses insertions musculaires, temps très difficile. Du reste on peut sectionner l'apophyse au lieu de l'enlever.

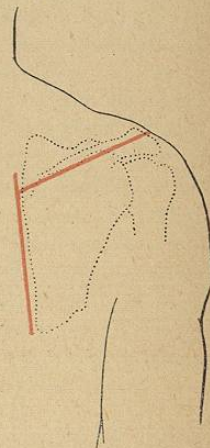


Fig. 1026.
Extirpation de l'omoplate. Procédé d'Ollier.

Les dernières attaches capsulaires et ligamenteuses (ligaments coraco-claviculaires), sont arrachées par torsion de l'os.

Extirpation totale pour tumeurs malignes. — C'est l'extirpation extra-périostée, comprenant en bloc l'omoplate, sa tumeur et les muscles scapulaires.

L'incision cutanée, a dans ce cas, peu d'importance, sa forme est commandée par la saillie du néoplasme et l'état de la peau. BERGER et PICQUÉ¹ recommandent une incision qui, commençant au niveau du bord antérieur de la clavicule qu'elle suit sur 5 à 6 centimètres, descend le long du bord axillaire de l'omoplate jusqu'à l'angle inférieur, et sur laquelle s'embranchent une seconde horizontale, prenant naissance sur la première à l'union du quart supérieur avec les trois quarts inférieurs de la portion verticale (fig. 1027).

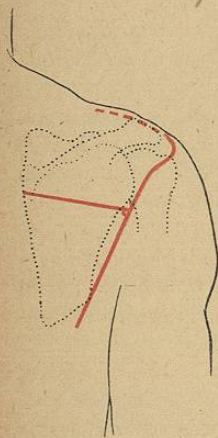


Fig. 1027.

Extirpation de l'omoplate. Procédé de Berger-Picqué.

En tous cas, les incisions cutanées faites et les lambeaux disséqués de manière à découvrir d'abord la région de l'articulation scapulo-humérale, on désinsère le deltoïde complètement pour exposer la capsule articulaire doublée des muscles de l'omoplate, et on coupe en même temps le trapèze.

On coupe les tendons des muscles sus-épineux, sous-épineux et petit rond, sous-scapulaire, ouvrant l'articulation et coupant la capsule en veillant au paquet vasculo-nerveux axillaire, notamment au nerf radial et au circonflexe qui contourne l'humérus. Dans ce temps, on coupe aussi le long chef du biceps et la longue portion du triceps.

L'humérus séparé de l'omoplate et des muscles scapulaires,

¹ PICQUÉ et DARTIGUES. *Revue de Chirurgie*, 1900, n° 4, p. 437.

PICQUÉ conseille de *couper la clavicule* à l'union de son tiers externe et de son tiers moyen, « pour faciliter l'ablation de l'omoplate, et puis parce que, le scapulum enlevé, la clavicule laissée tout entière serait trop longue et les lambeaux rabattus sur son extrémité se sphacéleraient par compression de la profondeur vers la superficie ».

QUÉNU¹, au contraire, tient à *conserver la clavicule*, en la désarticulant à ce moment d'avec l'acromion, de façon à former « comme une voûte sous laquelle la tête humérale vient naturellement se placer », et à laquelle on fixera l'humérus.

La clavicule sciée ou séparée de l'acromion, on détache les muscles coracoïdiens (court chef du biceps et coraco-brachial, petit pectoral) de leurs insertions à la coracoïde, en voyant bien ce que l'on fait pour éviter toute blessure du paquet vasculo-nerveux axillaire, et on renverse peu à peu l'omoplate en soulevant l'os par son bord spinal, coupant successivement tous les muscles qui s'insèrent à ses bords (angulaire, rhomboïde, grand dentelé) et sectionnant le ligament coraco-claviculaire, lorsqu'on n'enlève aucune portion à la clavicule.

On pince et lie à mesure les vaisseaux coupés (sus-scapulaire, scapulaire inférieur et scapulaire postérieur).

L'omoplate est alors enlevée avec la tumeur et ses muscles. Il faut rétablir la *suspension du bras* afin d'obtenir un résultat fonctionnel satisfaisant.

QUÉNU suture non seulement les débris de la capsule articulaire aux parties molles sous-claviculaires, mais encore place un fil d'argent unissant la partie supérieure de la capsule à la clavicule perforée. La longue portion du biceps est, en particulier, fixée à la clavicule. L'humérus est ainsi logé sous l'extrémité externe de la clavicule à laquelle il est suspendu.

On réunit ensuite par des sutures toutes les masses musculaires que l'on peut rapprocher, afin de combler la plaie en grande partie.

¹ QUÉNU et RENON. *Revue de Chirurgie*, 1903, n° 4, p. 421.

Ce temps de réparation est d'une grande importance pour le résultat fonctionnel éloigné.

La peau est enfin suturée, avec drainage de la plaie.

CLAVICULE

Suture osseuse. — (Voir *Suture osseuse*, p. 70, t. I.)

Résections partielle ou totale. — La clavicule est découverte par une incision antérieure de longueur suffisante, puis coupée, après dégagement à la rugine, avec la scie à chaîne, soit à une extrémité de la portion à enlever, soit en son milieu si l'extirpation est totale. On enlève ensuite, avec la rugine décollant le périoste, soit le segment choisi, soit chacune des deux moitiés de la clavicule.

Arthrodèse cléido-acromiale. — Une incision parallèle au bord antérieur de l'extrémité externe de la clavicule et légèrement recourbée en arrière à son extrémité externe, découvre l'articulation acromio-claviculaire.

Un aide attire fortement en dehors et en arrière l'épaule, pour permettre la facile réduction de la luxation. On ouvre l'articulation, on résèque toutes les parties fibreuses interposées entre les extrémités osseuses, et on supprime, au bistouri ou à la curette, toute l'étendue des surfaces articulaires.

Avec la rugine on refoule le périoste sur les deux extrémités osseuses, à leurs faces supérieure et inférieure, et on passe avec un perforateur (voir *Suture osseuse*, p. 70, t. I.) un ou deux fils métalliques unissant ces extrémités avivées.

Le fil métallique tendu, les os bien maintenus au contact, on tord les extrémités du fil à la face supérieure des os, et on martèle le fil pour le faire pénétrer dans l'os.

Le périoste et les tissus fibreux sont unis au catgut par-dessus la suture et l'interligne osseux. La peau est suturée.

Immobilisation de dix à quinze jours dans une écharpe, puis mouvements progressifs.

ÉPAULE

Arthrotomie. — Nous n'avons à indiquer que le siège de l'incision, l'opération se faisant d'après les règles générales déjà indiquées¹.

1^o Pour épanchement articulaire. — Incision postérieure. — Cette incision est la mieux placée pour le drainage articulaire. Partant de l'angle de l'acromion, elle descend verticalement, longue de 5 à 6 centimètres.

Sous la peau et la graisse, on divise les fibres superficiels du muscle deltoïde. A la face profonde de ce muscle cheminent les *vaisseaux et nerf circonflexes*, dont il faut absolument éviter la blessure; dans ce but on abandonne le bistouri pour la sonde cannelée, et on pénètre dans le tissu cellulaire sous-deltaïdien.

Dans la partie supérieure, sous-acromiale, de la plaie, on incise la capsule, coupant en même temps une partie des tendons sous-épineux et petit rond. L'articulation est ouverte.



Fig. 4028.

Arthrotomie de l'épaule. Incision antérieure.

Incision antérieure. — On emploie l'incision de la résection de l'épaule, partant du bord externe de l'apophyse coracoïde et suivant une ligne oblique en bas et en dehors longue de 8 à 10 centimètres (fig. 4028).

La peau et le deltoïde traversés dans la même direction et les lèvres de la plaie écartées, on reconnaît du doigt la coulisse

¹ Voy. p. 90, t. I.

bicipitale, grâce à des mouvements de rotation imprimés à l'humérus.

La synoviale articulaire est incisée sur le bord externe du tendon bicipital couché dans la coulisse, et cette ouverture permet l'introduction de bas en haut, d'une sonde cannelée dans l'articulation.

La capsule articulaire est incisée au bistouri sur cette sonde cannelée, en épargnant le tendon du biceps.

On peut prolonger l'incision jusqu'au bord de la cavité glénoïde en poussant davantage la sonde cannelée.

2° Pour réduction sanglante de luxation. — C'est l'incision antérieure qu'il faut employer pour les luxations antérieures, celles qu'on rencontre ordinairement. Mais les manœuvres de libération de la tête et de dégagement de la glène, que nous ne pouvons décrire d'une façon régulière, exigeant beaucoup de jour, il est ordinairement nécessaire de combiner à l'incision verticale ou oblique antéro-externe de la résection classique, une incision horizontale qui suit tout le bord de l'acromion en partant de l'extrémité supérieure de la première incision (fig. 4029). Ensuite, ou bien on coupe le muscle deltoïde à son insertion acromiale (voir *Capsulorrhaphie de Ricard*), ou bien, à l'exemple de



Fig. 4029.

Arthrotomie de l'épaule (pour luxation irréductible).

DUPLAY, on découvre la face supérieure de l'acromion jusqu'au niveau de l'articulation acromio-claviculaire et l'on scie l'acromion pour conserver l'insertion du deltoïde.

Avec ou sans le fragment acromial, le deltoïde est rabattu en bas et en arrière, et l'on peut ainsi ouvrir la fausse articu-

lation, libérer la tête, dégager la cavité glénoïde des débris capsulaires et réduire. Ces divers temps nécessitent des manœuvres complexes, variables avec chaque cas particulier et dont il est impossible de donner une description générale.

L'opération terminée, on recoud l'insertion du deltoïde, ou bien, si on a scié l'acromion, on place deux ou trois sutures métalliques pour en rétablir la continuité.

Capsulorrhaphie (Luxation récidivante). — **Procédé de Ricard.** — La capsule articulaire enveloppée de ses muscles est mise à découvert par une incision angulaire, comprenant une ligne horizontale suivant le bord de l'acromion et une verticale descendant le long de l'interligne delto-pectorale (fig. 4029).

La peau coupée, on incise le deltoïde à son insertion acromiale, et on le sépare du grand pectoral. Ce lambeau triangulaire musculo-cutané est rabattu en dehors et en arrière, laissant intact le nerf circonflexe.

On écarte en dedans le muscle coraco-brachial, et on découvre le muscle sous-scapulaire, dont on dissèque et libère le bord supérieur pour découvrir la capsule articulaire elle-même.

Le bras est placé en adduction et rotation interne pour relâcher au maximum la capsule en avant. On passe verticalement, en bas dans l'épaisseur du tendon sous-scapulaire, en haut dans la partie de la capsule restée épaisse et résistante, au delà de la zone amincie, trois gros fils placés à 2 centimètres de distance. Les fils serrés, la partie mince de la capsule est transformée en un bourrelet épais et solide.

L'hémostase fait, le deltoïde remis en place par des sutures, la peau réunie; on immobilise le bras pendant deux mois.

Procédé de Mickulicz. — La capsule mise à nu est ouverte verticalement dans toute l'étendue de la portion dilatée.

La lèvre externe de l'incision capsulaire est attirée en dedans, la lèvre interne en dehors, par-dessus la précédente, et on fixe par des sutures les deux lèvres ainsi imbriquées.

Arthrodèse scapulo-humérale. — L'ankylose opératoire

est difficile à obtenir sur l'épaule, où les surfaces articulaires ne s'emboîtent pas.

On découvre l'articulation par les incisions simples ou coudées de la résection de l'épaule, on ouvre la capsule le long du biceps, et on dégage la tête humérale pour la luxer hors de la plaie, comme dans la résection.

Sur la tête de l'humérus on enlève, au bistouri, à la rugine, à la curette, tout le cartilage articulaire jusqu'à la surface osseuse sous-jacente.

Incisant largement la capsule, surtout en arrière, on découvre la cavité glénoïde de l'omoplate, et on enlève de même tout son cartilage, y compris, autant qu'on le peut, le bourrelet glénoïdien.

L'articulation nettoyée de tous les débris cartilagineux, il faut fixer l'humérus à l'omoplate en bonne situation.

BOTHEZAT¹, après recherches et expériences, conseille de placer la tête humérale en rotation interne sur la glène, le bras faisant avec le bord externe de l'omoplate, immobilisée par un aide, un angle de 45°. Cette position donne le maximum des mouvements en dehors et en avant, les plus utiles.

Cette position obtenue, on place deux sutures métalliques : une entre la tête humérale et le bord supérieur de la cavité glénoïde, l'autre entre la tête humérale et l'acromion. Les fils doivent pénétrer profondément dans les os, afin de ne pas couper le tissu osseux.

Les fils placés, on recoud la capsule articulaire, en en réséquant une portion si elle est trop grande ; on recoud les muscles et la peau. Enfin on immobilise le bras pendant environ deux mois dans un appareil plâtré.

COUDE

Fixation du nerf cubital luxé. — Procédé de Poncet. — Une incision longitudinale de 5 centimètres environ est pratiquée au niveau du nerf déplacé que l'on sent, on reconnaît le nerf.

¹ BOTHEZAT (de Jassy). *Revue de Chirurgie*, Paris, 1901; n° 6, p. 768.

Derrière d'épitrôchlée découverte, on incise avec un bistouri à courte lame les *tissus fibro-périostiques rétro-épitrôchléens*, et avec une rugine on relève chaque lèvres de cette incision, creusant une gouttière ostéo-fibreuse pour recevoir le nerf luxé.

Le cubital remis en place est maintenu dans ce nouveau canal par suture au catgut des deux lambeaux fibro-périostiques.

Le coude est ensuite immobilisé une quinzaine de jours.

Procédé de Annequin. — Une incision au niveau de la gouttière épitrôchléo-olécranienne montrant qu'il n'existe plus d'arcade fibro-musculaire maintenant le nerf, on taille un *lambeau fibreux dans les tissus épitrôchléens* internes et externes, lambeau que l'on ramène par-dessus le nerf remis en sa place normale. On excise une partie du triceps qui paraît s'opposer au séjour du nerf dans sa situation normale.

Le coude est immobilisé à angle droit pendant environ trois semaines.

Procédé de Schwartz. — Le nerf mis à nu et l'absence de moyens de contention constatée, on détache un lambeau triangulaire solide sur le tendon de la *masse musculaire épitrôchléenne*. et on le renverse en arrière pour le suturer, par-dessus le nerf replacé, au tendon du triceps.

Le coude est immobilisé en flexion pendant huit à dix jours.

Arthrotomie du coude. — 1° Pour épanchement articulaire. — L'ouverture de l'articulation dans le but d'évacuer son contenu liquide est faite par deux *incisions latéro-postérieures*. Les deux incisions ont 5 à 6 centimètres de long, leur milieu correspond à l'interligne articulaire. Elles sont situées de part et d'autre de l'olécrane, contre les bords interne et externe de cet os.

Sur le bord interne l'incision doit être prudente, pour épargner le nerf cubital qui doit rester éloigné de l'olécrane.

2° Pour réduction sanglante de laxation ancienne. — L'ouverture de l'articulation peut aussi être faite par des

incisions latérales, qui sont celles employées dans la résection du coude ; elles sont commodes dans l'arthrotomie pour réduction sanglante d'une luxation ancienne.

Ces deux incisions sont faites sur les bords, reconnus au toucher de l'épitrôchlée et de l'épicondyle, remontant le long des bords

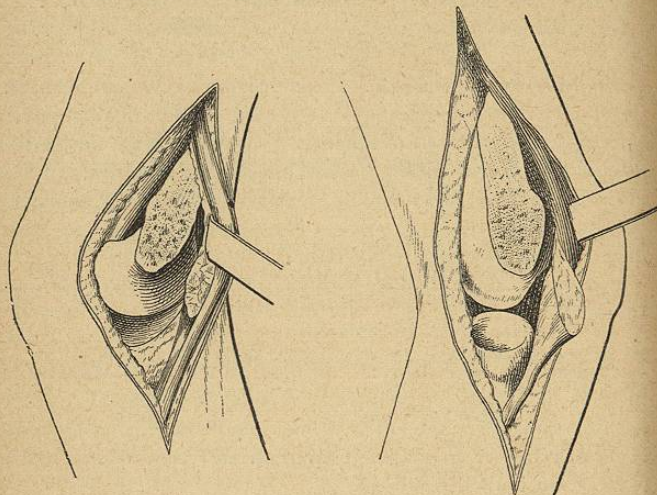


Fig. 1030.

Arthrotomie du coude. Incision latérale interne (d'après LEJARS). Le nerf cubital est écarté.

Fig. 1031.

Arthrotomie du coude. Incision latérale externe (d'après LEJARS).

de l'humérus, autant qu'il est nécessaire et descendant seulement jusqu'à la tête du radius et jusqu'à l'apophyse coronoïde du cubitus. Il faut penser en dehors au nerf radial qui contourne la tête du radius, et en dedans au nerf cubital qu'il faut rejeter en arrière avec le muscle cubital antérieur séparé de la masse des muscles épitrôchléens (fig. 1030 et 1031).

* **Suture de l'olécrâne.** — Le foyer de la fracture est mis à nu par une incision longitudinale médiane, ou par une incision

courbe convexe en haut et limitant un lambeau qu'on soulève.

Les caillots sanguins sont supprimés, les tissus fibreux interposés entre les fragments, ou le cal fibreux si la fracture est ancienne, sont excisés, et lorsque les surfaces de fractures, avivées au besoin, sont nettes et propres, on les affronte.

Le moyen d'union peut être une suture osseuse ordinaire faite en perforant les deux fragments¹ dans le sens de l'os, prenant bien soin de ne pas faire passer le fil d'argent sur le cartilage articulaire.

Ou bien on fait le cerclage (BERGER). Un fort fil d'argent est passé tout autour du fragment supérieur de l'olécrâne, en suivant exactement ses bords interne, externe, et sa pointe au travers des insertions du triceps et des ligaments. L'un des chefs de cette anse de fil est engagé dans un trou que l'on creuse transversalement au travers du fragment inférieur. Le fil serré met les fragments au contact.

On suture la peau, et on place le bras légèrement fléchi dans une gouttière de fil de fer (sans appareil plâtré), pendant huit à dix jours, puis on commence les mouvements.

Interposition musculaire dans les résections pour ankylose. — La résection du coude ayant été faite par l'incision médiane postérieure unique qui expose bien la face antérieure de l'articulation, afin de se mettre plus sûrement à l'abri d'une récurrence de l'ankylose, on pratique l'interposition fibro-musculaire².

On détache le ligament antérieur de l'articulation à sa partie inférieure, et on le replie, doublé d'une mince couche de fibres musculaires du brachial antérieur, contre la surface osseuse humérale. On fixe ce lambeau fibro-musculaire par quelques points de suture aux parties fibreuses postérieures.

Le coude est immobilisé une quinzaine de jours, et il n'y a ensuite aucune mobilisation à obtenir, les mouvements sont libres, il faut seulement refaire les muscles atrophiés (QUÉNU).

¹ Voy. p. 71, t. I.

² CH. NÉLATON. *Bulletin de la Société de Chirurgie*, Paris 1902, p. 687. QUÉNU. *Bulletin de la Société de Chirurgie*, Paris, 1902, p. 724.

Réséction de la tête du radius (fracture vicieusement consolidée). — On aborde l'articulation par l'*incision externe* pratiquée au niveau du condyle huméral et de la tête radiale située sous les parties molles. Les muscles écartés, on ouvre l'articulation et, séparant du corps de l'os à l'aide d'un ciseau la tête et le col déviés, on extrait le fragment supérieur en un ou plusieurs morceaux.

L'articulation, puis les muscles et la peau sont recousus et on n'immobilise pas le coude dans un appareil. Les mouvements sont commencés après l'ablation des fils.

POIGNET

Extirpation des synovites tuberculeuses. — L'extirpation d'une synovite des *tendons extenseurs* ne peut être décrite, l'incision de la peau parallèle à la direction du tendon et placée sur la tumeur conduit sur la gaine que l'on dissèque en isolant avec soin le tendon. Le bistouri enlève le plus possible, et le nettoyage est terminé à la curette tranchante. La peau est refermée, autant que possible sans drainage.

Pour les gaines des *tendons fléchisseurs* la dissection se fait de la même façon, au bistouri et à la curette, suivant et nettoyant chaque tendon séparément. Les incisions cutanées sont généralement doubles pour chaque gaine interne et externe : une incision anti-brachiale et une incision palmaire. Toutes deux sont placées sur la saillie formée par la gaine gonflée, parallèlement à l'axe de l'avant-bras pour la supérieure, et à l'axe du pouce ou du petit doigt pour l'inférieure.

Les portions anti-brachiale et palmaire de la gaine malade sont disséquées et extirpées par ces deux incisions; et la portion intermédiaire, comprise dans le canal carpien sous le ligament annulaire antérieur, est attaquée en haut et en bas par ces deux incisions. Si la dissection de cette partie carpienne ne peut être faite ainsi, il faut réunir les deux incisions cutanées en une seule, et inciser le ligament annulaire antérieur. La gaine extirpée et les tendons nettoyés, on recoud soigneusement le ligament annulaire antérieur du carpe.

Si la synoviale n'était ni fistulisée, ni infectée, on referme la peau sans drainage, chaque drain étant l'amorce d'une fistule. Si on ne peut suturer complètement, on laissera les drains le moins longtemps possible, frottant souvent leurs trajets avec un tampon mince imbibé de teinture d'iode ou de chlorure de zinc.

Ostéotomie de l'extrémité inférieure du radius (fracture vicieusement consolidée). L'extrémité inférieure du radius est

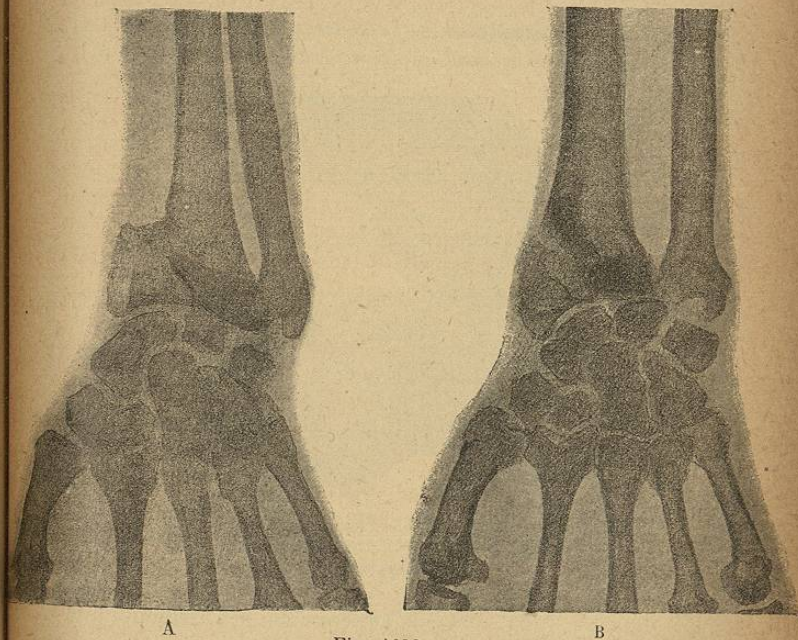


Fig. 1032.

A, Fracture du radius vicieusement consolidée. — B, Ostéotomie et redressement (d'après radiographies).

découverte par une incision cutanée, qui suit la face externe de l'os sur une longueur suffisante pour bien mettre à nu le cal vicieux. Les tendons du pouce sont séparés et soulevés par des

écarteurs, le long abducteur et le court extenseur en avant, le long extenseur en arrière.

Le radius est alors ostéotomisé selon les règles ordinaires¹, la direction de la section étant indiquée par la radiographie prise d'avance (fig. 1032).

La fracture est ensuite réduite et immobilisée (fig. 1032), après sutures des parties molles, comme une fracture récente; il est inutile de placer une suture métallique.

Main-bote congénitale. — Le redressement du poignet peut être obtenu par ostéotomie cunéiforme du cubitus (seul os exis-

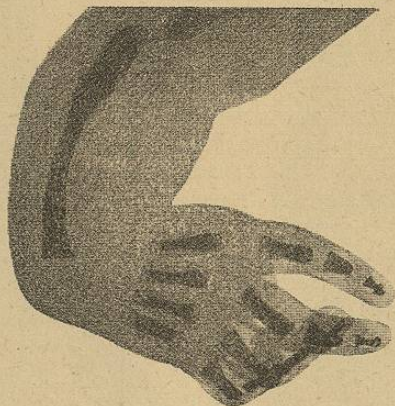


Fig. 1033.

Main-bote congénitale (d'après une radiographie de la thèse de LEPRINCE).

tant) (ROMANO)², (fig. 1034), ou par résection de l'extrémité inférieure du cubitus, suivie d'implantation de cet os dans le carpe redressé (SAYRE, BARDENHEUER, MAC CURDY)³ (fig. 1035).

¹ Voy. p. 57, t. I.

² ROMANO. Congrès international de Rome 1894 et *Archiv. di. orthop.* Milano 1894, p. 80.

³ SAYRE. *New-York Med. Journ.*, 1894, p. 530. BARDENHEUER in RIN-

Arthrotomie et résection du poignet. — L'arthrotomie et

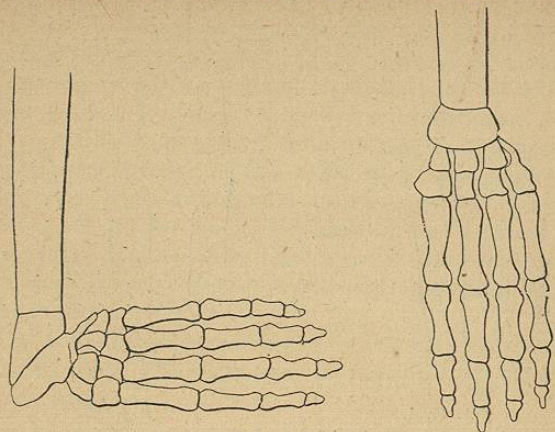


Fig. 1034.

Main-bote. Ostéotomie, résection et redressement (ROMANO).

l'extirpation des os du carpe (*carpectomie*), à laquelle est bien

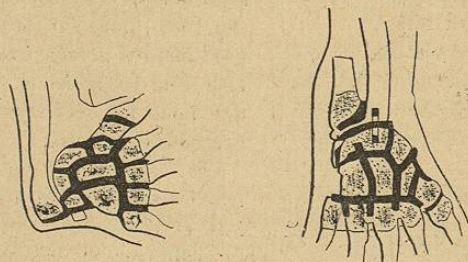


Fig. 1035.

Main-bote avec absence du radius. Redressement par ostéotomie du cubitus (MAC CURDY).

rarement jointe l'extirpation des extrémités osseuses anti-bra-

CHEVAL. *Arch. f. klin. chir.*, 1894, p. 802. MAC CURDY *Annals of Surgery*, 1896, p. 45.

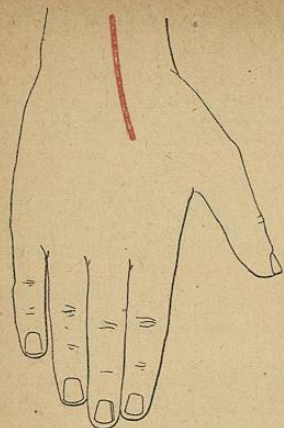


Fig. 1036.

Arthrotomie du poignet. Incision dorsale externe de E. Bœckel.



Fig. 1037.

Incision dorsale interne d'Ollier.

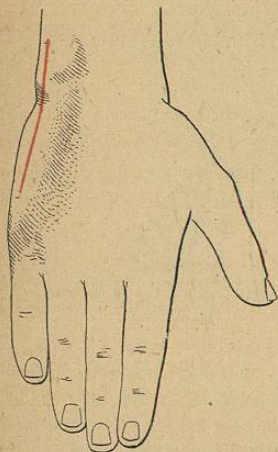


Fig. 1038. — Résection du poignet par voie cubitale. Procédé de Morestin. Incision.

chiales, sont ordinairement exécutées à l'aide de l'incision classique dorsale externe de E. Bœckel (fig. 1036), aidée s'il est nécessaire par l'incision dorsale interne d'Ollier (fig. 1037). Nous avons dit que nous ne décrivions pas ces procédés classiques.

Les os carpiens malades et friables sont enlevés à la rugine, à la curette, sauf ordinairement le pisiforme et le trapèze non atteints et profondément situés. Il est bon ensuite de ne pas fermer la plaie cutanée, mais de tamponner à la gaze, et de laisser fermer secondairement avec aide de chlorure de zinc ou de teinture d'iode.

MORESTIN¹ préconise au contraire l'incision unique cubitale. L'incision des parties molles suit le bord osseux de l'extrémité inférieure du cubitus, à 3 centimètres au-dessus du pli de flexion du poignet, sous le tendon de cubital antérieur, puis le bord carpien derrière le pisiforme, enfin la base du 5^e métacarpien jusqu'à la moitié de cet os (fig. 1038). On coupe d'emblée, sans aucun danger, jusqu'aux os, et on isole à la rugine, en avant et en arrière, les masses tendineuses que l'on tient écartées.

Le carpe est ensuite enlevé pièce à pièce, avec la rugine et le davier si les os sont encore résistants, avec la curette et la rugine le plus souvent.

On peut par la même incision, s'il cela est nécessaire, faire sortir les os de l'avant-bras pour les réséquer, comme dans le procédé classique.

Rétraction de l'aponévrose palmaire. — Le seul procédé suffisant, lorsque la rétraction est un peu développée, est l'excision suivie d'une autoplastie.

L'excision doit être complète et large, comprenant la peau et toute la portion indurée et rétractée de l'aponévrose palmaire. La plaie allongée qui en résulte est comblée par un lambeau d'autoplastie italienne, taillé à la partie inférieure du thorax et appliqué selon les règles habituelles².

Le lambeau doit avoir une base large correspondant au bord cubital de la plaie palmaire. Le pédicule est coupé du douzième au quinzième jour, et régularisé, puis suturé au reste de la plaie avivée à nouveau (fig. 1039).

Syndactylie congénitale. — *Procédé de Didot* (de Liège). — Pour une syndactylie de deux doigts (fig. 1040), on taille un lambeau palmaire et un lambeau dorsal identiques, mais gardant leur attache en sens inverse de façon à pivoter

¹ MORESTIN. *Revue d'orthopédie*, 1902, n° 3, p. 177.

² Voy. p. 47, t. I.