

les chairs de l'os qui doit être scié : si l'on juge que cette compresse ne suffit pas pour les garantir de l'action de la scie, on a recours à une lame de bois ou de carton ; ensuite on procède à la section de l'os de la manière qui vient d'être indiquée. Lorsque cette section est faite, on lie toutes les artères d'où l'on voit le sang sortir : on applique le lambeau sur la partie opposée de la plaie, et on l'y maintient appliqué avec des bandelettes agglutinatives. Ce procédé a cet avantage que la cicatrice n'est point exposée à être comprimée, froissée et déchirée par le poids du corps dans la station et la progression (1).

Le procédé opératoire est différent pour le troisième et le quatrième os du métacarpe, et pour le second, le troisième et le quatrième os du métatarse. Dans l'amputation de ces os, on sépare celui qui doit être emporté de ceux entre lesquels il est situé, par deux incisions parallèles faites sur ses deux côtés, et qui comprennent toute l'épaisseur de la main ou du pied. Ces incisions doivent s'étendre depuis l'angle de séparation des doigts jusqu'à quelques lignes au-dessus de l'endroit où l'on veut scier l'os. Ces incisions étant faites, on coupe circulairement au niveau de leurs angles la peau, les chairs, les tendons qui environnent l'os ; on procède ensuite à la section de celui-ci, après avoir placé une lame de plomb très-mince dans l'incision qui correspond au côté de cet os opposé à celui sur lequel on commence à faire agir la scie ; la lame de celle-ci ne doit avoir que deux, trois lignes au plus de largeur. Il faut scier l'os obliquement, de manière à former un biseau, comme dans l'opération que nous venons de décrire. Quand l'os est enlevé, on procède à la ligature des artères. Si toutes celles qui sont assez grosses pour fournir une hémorrhagie peuvent être liées, on réunit la plaie immédiatement en rapprochant l'un de l'autre les deux os du métacarpe ou du métatarse, entre lesquels était situé celui que l'on a enlevé. Dans le cas contraire, on tamponne la plaie, et on n'en rapproche les côtés que lorsqu'ils sont couverts de bourgeons charnus, et que la suppuration les a bien dégorgés.

(1) L'opération peut être pratiquée de même pour le deuxième os métacarpien, et pour les cinquièmes os métacarpiens et métatarsiens. Elle a l'avantage de donner une cicatrice linéaire. C'est la méthode ovulaire des désarticulations appliquée réellement à l'amputation des os métacarpiens et métatarsiens.

§ 3. — De l'amputation dans les articulations.

Il n'est presque aucune articulation des membres supérieurs et inférieurs dans laquelle on ne puisse pratiquer l'amputation. Mais parmi ces articulations il y en a où l'on fait cette opération par choix ou, suivant le langage de l'école, par *élection* ; et d'autres où on la pratique par nécessité. En traitant de l'amputation dans chaque article en particulier, nous dirons quelles sont les articulations où l'on ampute par choix, quelles sont celles où l'on ampute par nécessité. Dans l'un et l'autre cas, on doit, lorsque la maladie pour laquelle on opère le permet, conserver un ou deux lambeaux d'une étendue suffisante pour couvrir complètement la surface articulaire de l'os avec lequel celui qu'on emporte est articulé ; et c'est toujours aux extrémités du plus petit diamètre de cette surface que les lambeaux doivent correspondre.

1^o De l'amputation dans l'articulation des phalanges des doigts.

C'est toujours par choix que l'on ampute dans l'articulation de la seconde phalange avec la première, et dans celle de la troisième avec la seconde. Les phalanges ont trop peu de longueur pour qu'on les ampute dans leur continuité ; d'ailleurs la portion restante de la phalange, étant privée de ses mouvements, ne peut être d'aucune utilité. Au doigt du milieu et à l'annulaire, lorsque la maladie exige qu'on ampute dans l'articulation de la seconde phalange avec la première, nous pensons qu'il vaut mieux emporter le doigt en entier en le coupant dans son articulation avec l'os du métacarpe. La conservation de la première phalange de ces doigts n'a pas seulement l'inconvénient d'une plus grande difformité, elle a encore celui de nuire aux fonctions de la main, et de les rendre douloureuses par les chocs continuels et inévitables auxquels elle est exposée. Nous avons vu des ouvriers, particulièrement des cordonniers, qui ont pris le parti d'en faire faire l'ablation.

L'appareil nécessaire pour l'amputation de la seconde et de la troisième phalange consiste en un bistouri droit, des bandelettes agglutinatives, de la charpie, des compresses larges d'un travers de doigt, longues de quatre à cinq pouces, une bande roulée de la même largeur et longue d'environ trois pieds.

Le malade étant assis sur une chaise, un aide tient la main en pro-

nation et les autres doigts fléchis ou écartés suivant qu'ils conservent leur mobilité ou que la maladie pour laquelle on pratique l'opération les a rendus immobiles, comme cela a lieu souvent dans le panaris. Le chirurgien, debout ou assis vis-à-vis du malade, saisit la phalange qui doit être amputée avec le pouce et l'indicateur de la main gauche. Il tient le bistouri comme pour couper de dehors en dedans, et fait à la peau qui couvre la partie postérieure de l'articulation une incision demi-circulaire dont la convexité est tournée vers l'extrémité du doigt et dont la partie moyenne correspond à deux lignes environ au-dessous de l'articulation, pendant que les extrémités tombent immédiatement sur ses côtés. Il fait cette incision en conduisant le bistouri du côté cubital de l'articulation vers le côté radial, si c'est la main droite sur laquelle il opère, et du côté radial vers le cubital, si c'est sur la main gauche. Le chirurgien détache la peau jusqu'au niveau de l'articulation, ensuite il coupe successivement les ligaments latéraux, le tendon du muscle extenseur et la capsule articulaire; et à mesure qu'il divise ces parties, il abaisse la phalange pour la luxer et l'éloigner de celle avec laquelle elle est articulée. Alors il donne à la lame du bistouri une direction horizontale, et la faisant glisser le long de la face palmaire de la phalange, il sépare celle-ci d'avec la peau dont il forme un lambeau qu'il achève de couper lorsqu'il juge qu'il a assez d'étendue pour recouvrir entièrement la surface articulaire de la phalange restante. On applique ce lambeau sur cette phalange, et on l'y maintient avec des bandelettes agglutinatives; on couvre ensuite le moignon avec un plumasseau enduit de cérat, des compresses étroites dirigées de la face palmaire à la face dorsale du moignon, et le tout est assujéti avec une petite bande roulée.

Le procédé est le même pour l'amputation de la troisième phalange et pour celle de la seconde, parce qu'il y a identité de conformation et de structure entre les articulations de ces phalanges.

La guérison a lieu ordinairement par première intention ou sans supputation, lorsque la réunion a été faite exactement et que le lambeau a assez d'étendue pour couvrir entièrement la surface articulaire sur laquelle il a été appliqué (1).

(1) Les chirurgiens ont beaucoup varié les procédés opératoires pour les désarticulations des phalanges. Les uns ont fait deux lam-

2^e De l'amputation dans l'articulation de la première phalange avec l'os du métacarpe ou celui du métatarse correspondant.

On pratique cette opération par nécessité ou par choix : par nécessité, lorsque la maladie qui la réclame s'étend au-dessus de l'articulation de la première phalange avec la seconde; par choix, comme nous l'avons dit précédemment, lorsqu'il s'agit du doigt du milieu ou de l'annulaire, quoique la maladie ne s'étende pas jusqu'à cette articulation dans laquelle on pourrait par conséquent pratiquer l'opération. Qu'on ampute dans l'articulation de la première phalange avec l'os du métacarpe par nécessité ou par choix, on doit toujours conserver deux lambeaux, l'un au côté radial de l'articulation, et l'autre à son côté cubital, ou, ce qui revient au même, aux extrémités du plus petit diamètre de la tête de l'os du métacarpe. Qu'on opère sur la main droite ou sur la gauche, on commence par le côté cubital de l'articulation, si c'est le doigt indicateur que l'on enlève, et par le côté radial, si c'est le petit doigt. Quand on ampute le doigt annulaire ou celui du milieu, si c'est à la main gauche, on commence l'opération par le côté cubital de l'articulation, et par le côté radial, si c'est la main droite. Cependant si le chirurgien était ambidextre, il devrait commencer l'opération par le côté de l'articulation correspondant

beaux antérieur et postérieur, ou latéraux d'égale grandeur; les autres ont fait un lambeau dorsal pour les gens riches, afin qu'on ne vit pas la cicatrice, et un lambeau palmaire pour les ouvriers, afin qu'ils ne déchirent pas la cicatrice. Tous ces procédés ont également réussi et peuvent être employés indistinctement; ils sont tous basés sur les principes indiqués par Boyer. Mais il existe à la face palmaire des doigts des lignes de repère dont il ne parle pas et que je crois devoir faire connaître, parce qu'elles indiquent infailliblement l'articulation. La ligne supérieure qui se trouve sur le point de flexion de la première et de la seconde phalange est vis-à-vis l'articulation et y mène directement. La ligne supérieure qui se trouve sur le point de flexion de la seconde et de la troisième phalange est située à deux millimètres et demi au-dessus de l'articulation. Il en est de même pour l'articulation des deux phalanges du pouce. Il faut toujours se rappeler cette disposition quand on opère sur les articulations des phalanges. La désarticulation des phalanges des orteils peut être faite d'après les mêmes principes et les mêmes règles.

à la main avec laquelle il tiendrait le bistouri. Voici la manière d'opérer.

La main mise en pronation est fixée par un aide qui écarte les doigts voisins de celui qui doit être amputé; le chirurgien saisit ce doigt avec l'indicateur et le pouce de la main droite comme pour couper de dehors en dedans, et fait une incision demi-elliptique dont la convexité est tournée en bas, et qui s'étend depuis le milieu de la partie postérieure de l'articulation jusqu'au milieu de sa partie antérieure; il détache le lambeau de peau qui résulte de cette incision jusqu'au niveau de l'articulation; alors il coupe le ligament latéral, luxe le doigt en l'inclinant du côté opposé; et lorsque le bistouri a parcouru l'étendue transversale de l'articulation, en divisant toutes les parties qu'il rencontre, le chirurgien tourne le tranchant de la lame en bas, et le fait descendre entre la phalange et la peau avec laquelle il forme un second lambeau semblable au premier. L'étendue de ces lambeaux doit être telle que, rapprochés l'un de l'autre sur l'extrémité de l'os du métacarpe, ils la couvrent exactement sans se croiser ou se recouvrir l'un l'autre. En faisant ces lambeaux, on doit conduire le bistouri le plus près possible de la phalange et de l'articulation, afin de ne diviser que les artères collatérales du doigt, et non les troncs qui les fournissent. Il faut faire en sorte aussi que les deux incisions, desquelles proviennent les lambeaux, se réunissent à angle aigu devant et derrière l'extrémité de l'os du métacarpe, afin que ces lambeaux puissent se rapprocher avec plus de précision l'un de l'autre.

Lorsque le doigt est enlevé, on saisit les artères avec une pince à dissection, et un aide en fait la ligature. On applique les lambeaux sur l'extrémité de l'os du métacarpe, et on les maintient avec des bandelettes agglutinatives. On place sur ces bandelettes de la charpie, des compresses languettes et une bande dont quelques tours embrassent les deux doigts entre lesquels était situé celui qu'on a enlevé, afin de rapprocher les lambeaux et de les tenir plus exactement appliqués l'un contre l'autre. Si les artères ne pouvaient être pincées et liées à cause de l'épaississement du tissu cellulaire au milieu duquel elles sont placées, au lieu de réunir la plaie immédiatement, il faudrait la remplir avec de la charpie, et la tamponner suffisamment pour prévenir l'hémorrhagie. Mais alors, dès que l'extrémité de l'os du métacarpe est couverte de bourgeons charnus, et que les lambeaux sont suffisamment dégorgés, on les rapproche au moyen de bandelettes agglutina-

tives, et on tient appliqués l'un contre l'autre les doigts entre lesquels était situé celui qui a été amputé, afin de favoriser l'agglutination des lambeaux et hâter la guérison de la plaie (a).

(a) — D'autres procédés ont été proposés pour faire les lambeaux, mais ils sont abandonnés aujourd'hui. Ainsi Sharp et Garengeot faisaient, le premier, un lambeau dorsal et un lambeau palmaire; le second, deux lambeaux latéraux, en pratiquant des incisions parallèles à l'axe des doigts, et ils les réunissaient ensuite par une incision circulaire. D'autres ont proposé de faire les lambeaux en plongeant le bistouri à leur base et en coupant les parties de dedans en dehors.

La méthode circulaire a aussi été proposée pour les désarticulations des doigts; mais elle présente trop d'inconvénients pour qu'elle soit pratiquée habituellement; elle doit être réservée pour les cas exceptionnels.

La méthode ovale est pratiquée de la manière suivante. La main du malade étant mise dans la pronation, le chirurgien tient le doigt avec sa main gauche, il enfonce la pointe du bistouri dans la peau au-dessus de l'articulation, et il pratique une incision oblique qui descend directement jusqu'au pli que présente la face palmaire du doigt à sa base; il contourne cette base dans ce pli et il remonte sur le dos du doigt jusqu'à l'extrémité supérieure de la première incision en pratiquant une incision également oblique, puis il coupe les tendons et les ligaments de l'articulation, et il enlève le doigt. Il forme ainsi, à la face dorsale du doigt, une incision en V dont les deux extrémités se joignent par une incision transversale à la face palmaire. Il réunit ensuite immédiatement.

Ces diverses méthodes opératoires sont applicables aux orteils. M. Lisfranc pense que pour la désarticulation du gros orteil, il est préférable de faire un seul lambeau inférieur. Je partage complètement son opinion.

3^e De l'amputation des quatre derniers doigts ou orteils dans leurs articulations avec les os métacarpiens ou métatarsiens.

Il est extrêmement rare qu'on soit dans la nécessité d'emporter en même temps les quatre derniers doigts. Aussi ne trouve-t-on, je crois,

dans les auteurs d'autre observation qui se rapporte à l'amputation simultanée de plusieurs doigts, que la suivante de Garengot : « Le 12 avril 1729, nous nous transportâmes, M. Jacques, docteur en médecine, et moi, rue Saint-Honoré, près Saint-Roch, chez un ancien bûtier, suivant les armées du Roi, pour y opérer, panser et médicamenter son fils, âgé de seize ans ou environ, qu'il avait mis deux mois auparavant dans une cave pour le punir de petits faits de jeunesse. En entrant dans la chambre de ce malade, nous le trouvâmes dans son lit, d'où il exhalait la plus mauvaise odeur qu'on saurait imaginer. En découvrant les pieds de ce garçon, j'aperçus que leur extrémité antérieure était non-seulement gangrenée, mais sphacelée, surtout le pied droit dont la gangrène était un peu au delà de l'articulation des doigts avec le métatarse. Comme je jugeai l'amputation de ce bout de pied nécessaire, je portai sur-le-champ mon bistouri droit dans la ligne de séparation entre le vif et le mort : je disséquai ensuite jusqu'à ce que je fusse parvenu aux articulations des doigts du pied avec le métatarse, et fis entrer mon bistouri, et alternativement mes ciseaux courbes d'articulation en articulation ; car le difficile de ces sortes d'amputations est qu'il y a bien des détours et qu'il faut de l'adresse et de la patience.

« Comme l'extrémité antérieure des os du métatarse était à nu, on doit présumer qu'il fallait en attendre l'exfoliation qui est longtemps à venir. Je couvrais les os avec des plumasseaux trempés dans de l'eau-de-vie, et sur les chairs des plumasseaux couverts de styrax, trempés ensuite dans de l'eau-de-vie chaude. Par-dessus un emplâtre de diapalme dissous dans l'huile rosat, des compresses et le bandage. »

Dans la courte réflexion qui suit cette observation, et qui n'a rapport qu'à la longueur de la guérison des maladies qui attaquent les os du pied et de la main, Garengot nous apprend que le malade ne fut complètement guéri qu'au bout de trois mois et demi.

M. Lisfranc propose pour l'amputation simultanée des cinq orteils un procédé fort simple, mais qui n'est applicable qu'au cas excessivement rare où les parties molles qui entourent l'articulation de tous les orteils sont saines. On peut aussi appliquer ce procédé à l'amputation simultanée des quatre derniers doigts. Il s'exécute de la manière suivante. On fait une incision à la peau, depuis le côté radial de l'articulation du doigt indicateur avec le second os du métacarpe, jusqu'au côté cubital de celle du petit doigt avec le cinquième ; cette incision,

qui décrit une légère courbure dont la convexité est tournée en bas, passe immédiatement au-dessus de l'endroit où les doigts commencent à se détacher de la main. On dissèque la peau jusqu'à l'articulation des premières phalanges pour en former un petit lambeau. On coupe les tendons du muscle extenseur et les capsules articulaires ; ensuite on porte la pointe du petit couteau à lame étroite, avec lequel on pratique cette opération, successivement sur les côtés de chaque articulation, et on divise les ligaments latéraux. Alors les articulations sont largement ouvertes, et en abaissant les doigts, on luxe les premières phalanges. On porte la lame du couteau entre leurs bases et les têtes des os du métacarpe, et à mesure qu'il pénètre, on change la direction de la lame en tournant son tranchant vers l'extrémité des doigts. On la fait glisser entre la face antérieure de la base des phalanges et les parties molles qui la couvrent, avec lesquelles on forme un lambeau antérieur, auquel on donne, si l'état de ces parties le permet, une étendue suffisante pour qu'il puisse, conjointement avec le lambeau postérieur, couvrir entièrement les extrémités des os du métacarpe. L'ablation des phalanges achevée, on lie les artères, on ajuste les lambeaux l'un contre l'autre, et on les maintient avec des bandelettes agglutinatives, de la charpie, des compresses et une bande (1).

4^e De l'amputation dans l'articulation des os du métacarpe avec ceux du carpe.

Comme nous l'avons dit précédemment, on ne doit pratiquer cette opération que lorsque la maladie qui la rend nécessaire ne permet pas d'amputer dans la continuité de ces os. Ce précepte est applicable surtout au second, au troisième et au quatrième, dont la désarticulation est beaucoup plus difficile que celle du premier et du cinquième.

— L'amputation du premier os du métacarpe dans son articulation

(1) Le même procédé opératoire s'applique à la désarticulation des quatre derniers doigts de la main. On peut aussi l'employer, avec les modifications convenables et que l'on comprend aisément, pour la désarticulation simultanée de deux ou trois doigts et pour celle de deux ou trois orteils.

BIBLIOTHECA
FAC. DE MED. PARIS

avec le trapèze est facile, et s'exécute de la manière suivante. On fait une incision le long du côté cubital de cet os, depuis son extrémité inférieure jusqu'à la supérieure: la peau du dos et de la paume de la main, le muscle adducteur du pouce et le premier inter-osseux dorsal sont compris dans cette incision. En faisant cette incision, on doit tenir la lame du bistouri le plus près possible de l'os, surtout vers sa partie supérieure, afin d'éviter, si l'on peut, l'artère radiale, la où elle s'engage entre les deux portions du premier inter-osseux dorsal pour se rendre dans la paume de la main. Cette incision faite, on pénètre dans l'articulation, par son côté interne, en coupant la capsule articulaire; on incline le pouce en dehors afin de faciliter le passage du bistouri que l'on conduit de dedans en dehors, entre le trapèze et l'extrémité de l'os que l'on enlève. La lame de l'instrument parvenue au côté externe de l'articulation, on dirige son tranchant en bas, et on la conduit dans cette direction, entre le côté radial de l'os et les chairs correspondantes dont on forme un lambeau le plus long qu'il est possible. L'os abattu, on lie toutes les artères dont le calibre pourrait faire craindre une hémorrhagie; ensuite on applique le lambeau sur la partie correspondante de la plaie, et on le maintient avec des bandelettes agglutinatives. Il est essentiel que le lambeau touche immédiatement la surface articulaire du trapèze pour qu'elle puisse s'y réunir sans suppuration. Si cette réunion n'avait pas lieu, la plaie pourrait rester longtemps fistuleuse. Il convient donc d'exercer sur le lambeau une compression modérée, mais suffisante, pour le mettre en contact immédiat avec la surface du trapèze.

— La désarticulation du cinquième os du métacarpe est plus difficile que celle du premier. Voici comment on la pratique. On incise le long de son côté radial la peau et les chairs, depuis l'angle qui sépare le petit doigt de l'annulaire jusqu'à l'extrémité supérieure de l'os: on coupe les ligaments qui unissent cette extrémité à celle du quatrième os; ensuite on cherche à pénétrer dans l'articulation de l'os qu'on veut enlever avec l'os crochu; mais comme l'articulation est très-serrée, et que les os du métacarpe se touchent par leur extrémité supérieure, on n'y peut arriver qu'avec la pointe du bistouri qui pourrait se casser si elle n'était pas très-forte. Aussitôt que l'articulation est ouverte, on porte le petit doigt en dedans pour écarter l'extrémité de l'os qu'on ampute de la surface de l'os crochu, et faci-

liter le jeu du bistouri; lorsque la lame de l'instrument a franchi l'articulation, on tourne son tranchant en bas, et on la conduit le long du côté interne de l'os où l'on forme un lambeau auquel on donne, autant que cela est possible, une longueur suffisante pour couvrir la surface opposée de la plaie. On fait la ligature des vaisseaux, et l'on procède à la réunion immédiate, comme dans l'amputation du premier os du métacarpe.

— L'amputation du second, du troisième et du quatrième os du métacarpe, dans leur articulation avec les os du carpe, présente de grandes difficultés, particulièrement celle du second, à cause de la configuration des surfaces articulaires: aussi ne doit-on pratiquer cette opération que dans les cas où il est absolument impossible d'amputer ces os dans leur continuité. Voici la manière de faire cette désarticulation. On sépare des os voisins l'os qui doit être emporté, en pratiquant sur chaque côté de cet os une incision qui doit s'étendre jusqu'à son extrémité supérieure; on coupe en travers la peau, les tendons et les muscles qui correspondent aux parties antérieure et postérieure de cette extrémité; on divise les ligaments qui l'unissent aux os du métacarpe voisins; on cherche à faire pénétrer la pointe du bistouri dans son articulation avec l'os correspondant du carpe. Pour y parvenir plus facilement, s'il s'agit du second os du métacarpe, on attaque l'articulation par son côté externe; par le côté interne, si c'est le troisième; par le côté externe, si c'est le quatrième. Dès que l'articulation est ouverte, on doit abaisser l'os pour faciliter le jeu de l'instrument; mais on ne doit l'abaisser que par degrés et à mesure que l'on coupe les ligaments, afin d'éviter les tiraillements et les déchirements qui pourraient donner lieu à des accidents nerveux très-graves. J'ai vu le tétanos survenir et faire périr le malade à la suite de la désarticulation du troisième os du métacarpe, dans laquelle on avait plutôt déchiré que coupé les ligaments.

L'os enlevé, on lie les artères, on remplit la plaie de charpie, on en couvre le dos et la paume de la main, et on soutient le tout avec des compresses et une bande dont on serre les tours médiocrement. Après cette opération toujours longue, difficile et douloureuse, on a à craindre des accidents nerveux et inflammatoires; il convient donc d'avoir recours aux antispasmodiques et aux antiphlogistiques. Lorsque la suppuration est établie et que les lèvres de la plaie sont bien dégor-

gées, on hâte sa guérison en rapprochant les os du métacarpe par un bandage convenablement serré (a).

(a) — Les opérations propres à faciliter la désarticulation des os du métacarpe et des os du carpe ont été beaucoup multipliées depuis quelques années; quelques-unes même ont été imaginées pour la désarticulation de quelques-uns des os du carpe; je vais entrer dans les détails convenables à la connaissance de ces opérations.

Premier os métacarpien. Le procédé opératoire indiqué par Boyer a été modifié diversement par quelques chirurgiens; je ne crois pas devoir parler ici de ces modifications qui n'ont rien d'important.

La méthode ovulaire donne un mode opératoire qui me paraît préférable à la méthode à lambeaux. Deux incisions en triangle descendent de l'articulation de l'os métacarpien avec l'os trapèze, et elles viennent se terminer aux extrémités du pli que présente la peau de la face palmaire du pouce vis-à-vis l'articulation de l'os métacarpien avec la première phalange, et elles sont réunies dans cette ligne. On peut faire successivement ces trois incisions, ou les faire d'un seul trait en descendant sur l'os métacarpien, contournant le pouce et remontant sur l'os métacarpien regagner le point de départ de la première incision. Ensuite, on désarticule l'os, on le détache des parties profondes en le rasant avec le bistouri; puis on réunit immédiatement. On obtient ainsi une seule cicatrice linéaire.

M. le professeur Roux a enlevé le premier os métacarpien en conservant le doigt. Pour pratiquer cette opération, il faut appuyer la main sur un plan solide, et la faire bien maintenir par un aide. Le chirurgien pratique une incision sur le bord externe de l'os, le long des muscles de l'éminence thénar, et il dépasse les articulations carpiennes et phalangiennes de l'os. Il coupe ensuite les muscles en rasant bien exactement la surface de l'os, surtout du côté cubital pour éviter la lésion de l'artère radiale; puis il désarticule le pouce dans son articulation carpienne, et le saisissant avec des pinces, il le soulève et termine par la désarticulation métacarpo-phalangienne. Il réunit immédiatement. Cette opération, à laquelle on attribue le grand avantage de conserver le pouce, est loin de mériter les éloges qu'on

lui a donnés. Le pouce se rapproche du carpe, et forme un moignon souvent incommode; il ne se produit pas entre le trapèze et la première phalange une production fibreuse qui, ainsi qu'on l'avait dit, remplace l'os métacarpien.

Deuxième os métacarpien. La désarticulation du deuxième os métacarpien peut se faire de plusieurs manières. Boyer n'indique cette opération que très-succinctement. En suivant la méthode qui consiste à faire un lambeau externe, on peut le tailler en commençant l'opération ou en la finissant; dans l'un et l'autre cas, on peut le faire en coupant les parties de dehors en dedans, d'abord sur le dos de la main et ensuite à la paume de la main, ou plonger le bistouri à la base du lambeau, et tailler celui-ci de dedans en dehors. Quel que soit le procédé que l'on suive, il faut se rappeler que le sommet du lambeau doit être au niveau du repli cutané interdigital, et remonter presque jusqu'au niveau de l'articulation de la première et de la seconde phalange, parce qu'autrement la plaie des parties molles qui correspondent au troisième os métacarpien n'est pas recouverte par le lambeau. L'articulation métacarpo-carpienne doit être ouverte par sa partie postérieure, puis par ses parties latérales, et enfin, les ligaments antérieurs seront coupés. Des chirurgiens veulent qu'on pénètre dans l'articulation, soit par le côté externe, soit par le côté interne; je pense que cette pratique, très-applicable au sujet mort, ne doit pas l'être au sujet vivant, parce qu'elle peut présenter trop de difficultés et nécessiter trop de tiraillements.

La méthode ovulaire se pratique de la manière suivante. Le chirurgien, saisissant avec sa main gauche la main malade mise dans la pronation, applique le doigt indicateur gauche sur l'extrémité carpienne de l'os qu'il veut enlever; puis il promène le doigt indicateur droit sur cet os, et, remontant vers le carpe, il trouve une saillie au-dessus de laquelle est un enfoncement qui correspond à l'articulation du deuxième os métacarpien avec le trapézoïde. Il place sur ce point le doigt indicateur gauche; il prend de la main droite un bistouri dont il enfonce la pointe à une ligne au-dessus de l'articulation, et il abaisse la lame de l'instrument pour couper les parties molles par une incision oblique qui va gagner le pli palmaire de la base du doigt et qui se termine au milieu de ce pli. Il reporte alors l'instrument au lieu où il a commencé l'incision, et il en fait une semblable de l'autre côté de l'os métacarpien, et il la continue jusqu'à