

c'est-à-dire que le poignet restera dans la pronation et ne pourra être ramené en supination.

Les signes de cette affection sont donc les suivants : Mon enfant, vous diront les parents, présente depuis tel ou tel moment la main tournée en dedans, il est impossible de la ramener en dehors, et, lorsqu'on essaye de le faire, l'enfant pousse des cris : aussi, pour ne pas souffrir, tient-il son bras immobile.

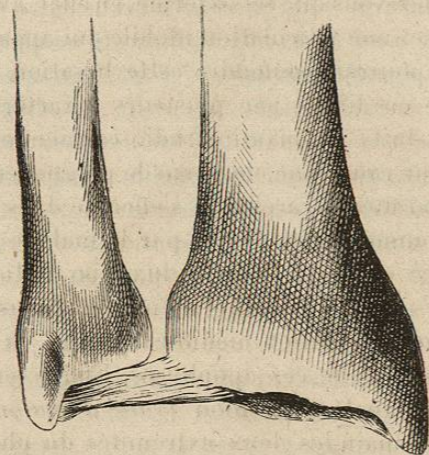


Fig. 71. — Ligament triangulaire de l'articulation radio-cubitale inférieure.

Avec ces renseignements, le diagnostic de cette affection est très facile. Le tout est de la connaître et d'y songer. Avant Goyrand, on avait bien pensé que l'enfant était atteint d'une subluxation, mais on en plaçait sans raison le siège en haut, au niveau de la tête du radius.

Pour réduire, saisissez l'avant-bras d'une main, le poignet de l'autre ; exercez une légère extension, exécutez un mouvement de supination brusque. Vous sentirez un petit craquement, et les parties reprendront aussitôt leur situation normale.

Les *affections inflammatoires* du poignet sont fréquentes. Outre celles qui sont communes à toutes les régions : l'arthrite, la tumeur blanche, on en observe de spéciales qui portent sur les coulisses tendineuses et en particulier sur celles du pouce. Le poignet est aussi le siège d'un phlegmon sur lequel il est utile d'insister.

Arthrites du poignet. — On observe au poignet des arthrites d'origine inflammatoire et des arthrites tuberculeuses.

Les premières peuvent être de nature traumatique, rhumatismale, mais elles sont assez souvent de nature blennorrhagique. L'articulation du poignet est même l'une de celles qui se prennent le plus souvent sous cette influence.

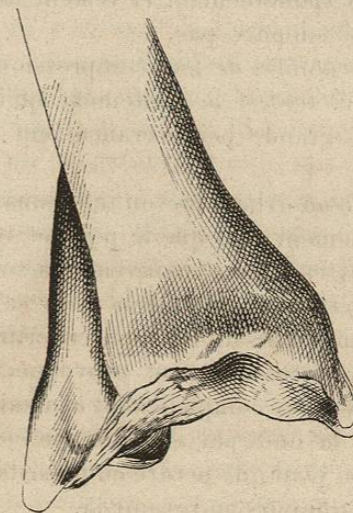


Fig. 72. — Luxation du ligament triangulaire.

Il me paraît inutile d'insister sur les signes offerts par ces affections, dont le diagnostic est, en général, très facile. Je dirai seulement que l'arthrite blennorrhagique du poignet présente une durée exceptionnellement longue et occasionne dans la jointure des désordres graves qui pourraient en imposer pour une tumeur blanche. Le diagnostic entre ces deux affections devient même difficile, et pourtant il y a pour le malade un grand intérêt à ce qu'on ne les confonde pas : la tumeur blanche, en effet, nécessite presque toujours une intervention chirurgicale, tandis que l'arthrite blennorrhagique finit par guérir spontanément, tout en laissant souvent des traces de son passage.

Dans les deux cas, en effet, la région est tuméfiée, empâtée, sans que les téguments présentent des caractères inflammatoires bien marqués ; les mouvements sont douloureux et à peu près impossibles ; on perçoit des craquements qui indiquent une altération des cartilages ; le cubitus est mobile, saillant, comme luxé

sur le radius. Mais, indépendamment de la cause qui vous éclaire sur l'origine probable de la maladie, du mode de début, qui a été brusque, violent, dans l'arthrite blennorrhagique, et insidieux dans l'arthrite tuberculeuse; indépendamment de la santé générale du sujet et de ses antécédents, il existe un signe différentiel très important : l'arthrite tuberculeuse ne tarde pas à donner lieu à des abcès qui s'ouvrent spontanément et restent fistuleux; l'arthrite blennorrhagique ne suppure pas.

Révuision par les pointes de feu, compression ouatée, immobilisation du membre, tel est le traitement qu'il convient d'employer avec la plus grande persévérance tant qu'il ne s'est pas produit d'abcès.

Pour l'arthrite blennorrhagique ou inflammatoire simple, persistez dans ce traitement tant que le poignet n'est pas revenu à son volume normal et que les mouvements sont douloureux. Il y a sans doute un certain tâtonnement pour savoir quand il convient de cesser l'immobilisation; mon critérium est le suivant : lorsque la douleur nécessairement provoquée par les premiers mouvements ne cesse pas complètement à la suite d'un repos suffisant, du repos de la nuit, par exemple, je conseille un nouvel appareil. Le sujet ne peut que perdre en persistant dans ses tentatives, car il faudra toujours en revenir là.

Lorsque la guérison sera définitive, il faudra combattre la raideur par l'exercice gymnastique du poignet et des doigts, par le massage et l'électrisation. Mais, s'il s'agissait d'une arthrite tuberculeuse que vous ayez eu le bonheur de guérir, contentez-vous du résultat obtenu, et gardez-vous bien d'employer ce traitement consécutif, dans le but d'amener des mouvements et de faire aucune manœuvre pouvant déterminer une nouvelle inflammation.

L'arthrite est décidément une tumeur blanche : il existe des abcès, des trajets fistuleux; vous avez longtemps immobilisé le poignet, et l'affection vous déborde : que faire alors ?

Deux opérations se présentent : la résection du poignet et l'amputation de l'avant-bras.

La *résection du poignet* est une opération bien séduisante; malheureusement elle donne rarement de bons résultats, et on le conçoit aisément d'après la disposition de la région. Le malade ne se résout pas du premier coup à se laisser réséquer le poignet, et

le chirurgien est souvent lui-même disposé à temporiser. Or, qu'arrive-t-il pendant ce temps-là? La tuberculose envahit le carpe, le métacarpe, et remonte plus ou moins haut dans l'épaisseur des os de l'avant-bras, de telle sorte que, la résection ne pouvant atteindre la totalité des parties envahies, il survient une récurrence.

Pour mon compte, dans les quelques cas où j'ai pratiqué la résection du poignet (y compris le carpe et une grande partie du métacarpe), après une amélioration passagère, la suppuration reparut et je dus finir par amputer l'avant-bras.

Je ne repousse pas la résection du poignet (opération excellente, s'il s'agit d'un traumatisme), et je sais bien que des résultats heureux ont été obtenus par plusieurs collègues, mais pour être efficace cette opération doit être pratiquée à une époque peu avancée de la maladie. Si la lésion est étendue à tout le dos de la main, faites d'emblée l'amputation de l'avant-bras, à laquelle, selon toute probabilité, vous seriez obligé de recourir plus tard.

Résection du poignet. — Cette opération est facile et n'exige du praticien que du temps et de la patience, surtout avec la bande d'Esmarch, qui met à l'abri de la perte de sang. J'engage même, une fois l'opération terminée, à appliquer un pansement légèrement compressif avant d'enlever le tube, si bien que l'opération se fait à blanc, au grand bénéfice du malade, dont la faiblesse est souvent excessive. Cette manœuvre, imprudente dans les régions où des artères d'un certain volume sont nécessairement ouvertes et mal disposées pour la compression, trouve son application dans la résection du poignet.

Dans cette opération, il est avant tout nécessaire de conserver les nerfs qui animent les doigts et les tendons qui les meuvent. Il est facile de conserver les nerfs ainsi que les artères, mais il n'en est pas de même des tendons. Je ferai à cet égard une observation qui mettra, je pense, le praticien plus à son aise.

Deux ordres de tendons passent au poignet : les uns fléchissent ou étendent les doigts; les autres impriment à la main un mouvement de totalité, les radiaux, par exemple, ou meuvent le poignet : le cubital antérieur, le long supinateur. Or, après la résection, il est évident que le but à atteindre ou du moins celui qu'on atteindra en cas de guérison est l'ankylose du poignet, et par conséquent les mouvements de totalité de la main et du poignet

seront abolis : donc il importe peu de conserver les agents de ces mouvements. Il faut surtout respecter les tendons fléchisseurs et extenseurs des doigts, ce qui est relativement facile avec un peu d'attention.

Voici le procédé opératoire que je conseille :

1° Incision verticale sur le bord cubital du poignet et sur la saillie formée par le cubitus, descendant au-dessous de l'apophyse styloïde : dénudez l'os sur toutes ses faces avec une rugine et divisez-le avec une pince de Liston à la hauteur voulue, 2 ou 3 centimètres au-dessus de l'apophyse styloïde. Saisissez l'os avec un davier, attirez-le hors de la plaie en le faisant basculer de haut en bas et désarticulez.

2° Incision verticale sur le bord radial remontant sur la face externe du radius : à l'aide d'une rugine, décollez la face antérieure de cet os en soulevant en avant tout le paquet des fléchisseurs dans lequel sont compris les vaisseaux et nerfs. Faites communiquer vos deux incisions interne et externe. Même manœuvre sur la face postérieure du radius.

3° Entre le paquet des tendons et chaque face de l'os introduisez une mince lame métallique et pratiquez la section du radius avec une scie de Larrey. On pourrait aussi passer une scie à chaîne.

4° Saisissez l'os avec un davier et luxez-le de haut en bas en le faisant sortir le plus possible hors de la plaie ; détachez avec soin les tendons extenseurs de leurs coulisses et désarticulez.

5° Examinez le carpe que vous faites saillir dans la plaie et enlevez l'un après l'autre avec une pince coupante ou un davier ceux qui vous paraissent malades. En agrandissant par en bas l'incision latérale externe au fur et à mesure des besoins, vous pouvez ainsi retrancher tout le carpe et le métacarpe.

Drainez, suturez et faites le pansement ainsi que j'ai dit ci-dessus.

Inflammation des coulisses tendineuses du poignet. —

Ces inflammations se rencontrent particulièrement chez les travailleurs et sont d'origine traumatique. Elles occupent de préférence la gaine du long extenseur et du court abducteur du pouce. Aucune gaine d'ailleurs n'en est exempte.

L'affection se traduit d'abord par de la douleur et de la gêne dans les mouvements des doigts, puis surviennent du gonflement, quelquefois de la rougeur. Il y a un bruit de frottement spé-

cial, très perceptible au toucher lorsque le malade meut le pouce. C'est la ténosite crépitante, désignée encore sous le nom d'*ai*.

Cette affection est légère et cède en général à quelques jours de repos. Un bon moyen de hâter la guérison est l'application d'un vésicatoire volant taillé sous forme de bande et appliqué sur le trajet du tendon malade. On le renouvelerait au besoin deux ou trois fois.

La grande synoviale des fléchisseurs peut subir une inflammation d'une autre nature qui a reçu le nom de *synovite fongueuse*, mais j'y reviendrai à propos des kystes à grains riziformes du poignet, dont il y a intérêt à la rapprocher.

Phlegmon du poignet. — Le poignet est assez fréquemment atteint d'une inflammation phlegmoneuse dont le siège est toujours situé très profondément sous la masse des fléchisseurs, au devant du ligament interosseux et du carré pronateur. C'est en ce point qu'il apparaît, c'est là qu'il en faut pratiquer l'ouverture, mais il ne s'y développe pas primitivement. Son point de départ est la main, et en particulier le petit doigt et le pouce.

L'inflammation se propage-t-elle au poignet par la voie des vaisseaux lymphatiques, ou bien est-ce une synovite de la gaine du pouce et du petit doigt qui gagne de proche en proche la synoviale générale des fléchisseurs, dont celle des doigts n'est qu'une émanation? Malgré l'opinion de Dolbeau, avec lequel je me suis souvent entretenu jadis de ce sujet, je pense que la grande probabilité est en faveur de la propagation par la séreuse.

L'anatomie normale nous enseigne en effet que les bourses séreuses du pouce et du petit doigt remontent jusqu'au-dessus de l'articulation radio-carpienne, tandis que celles des trois autres doigts s'arrêtent dans la paume de la main : or le phlegmon du poignet reconnaît presque toujours pour cause première une blessure du pouce ou du petit doigt. La séreuse des fléchisseurs s'arrête à deux travers de doigt environ au-dessus de l'interligne articulaire : or le phlegmon est toujours d'abord limité à cette région. S'il s'étend au delà, c'est une complication qui prouve que le cul-de-sac synovial a cédé.

Autre preuve plus convaincante ; tous les praticiens ont observé le fait suivant : blessure profonde du pouce ; propagation à l'avant-bras ; après quelques jours, propagation au petit doigt resté sain jusqu'alors ; intégrité complète des trois autres doigts. Cette

marche de l'inflammation n'a-t-elle pas la valeur d'une véritable expérience physiologique ?

Peu nous importe d'ailleurs la théorie, le fait est qu'on voit apparaître au-dessus du ligament annulaire antérieur du carpe un gonflement occupant la hauteur de deux ou trois travers de doigt environ, accompagné d'une douleur intense et de phénomènes généraux graves. Plusieurs jours se passent ainsi ; il survient de l'œdème. On recherche la fluctuation, mais la recherche de ce signe est rendue fort difficile par l'épaisseur des parties qui recouvrent le foyer inflammatoire, et, s'il est utile d'ouvrir aussitôt que l'on est certain de la présence du pus, on ne doit pas, à moins d'indications tout à fait spéciales tirées de l'état général du sujet, faire d'incision prématurée.

Enfin, après sept ou huit jours, on perçoit la fluctuation, mais elle est profonde et il faut, je l'avoue, posséder une assez grande habitude de ces sortes de recherches pour en affirmer l'existence.

Il convient alors, sans plus tarder, d'ouvrir largement le foyer sans attendre que la fluctuation devienne plus superficielle : en gagnant la peau, le pus pourrait encore envahir les couches profondes de l'avant-bras et aussi l'articulation radio-carpienne.

Cette ouverture nécessite un appel aux souvenirs anatomiques, car il faut traverser toute l'épaisseur de la région antibrachiale antérieure et ménager, bien entendu, les importants organes qu'elle renferme, surtout le nerf médian. Rappelez-vous que ce nerf siège un peu en dehors de l'axe de l'avant-bras : par conséquent le lieu d'élection pour l'ouverture des abcès profonds du poignet est situé légèrement en dedans de la ligne médiane.

Pratiquez à ce niveau une incision verticale longue de 4 à 5 centimètres et divisez successivement, couches par couches, comme pour une ligature d'artère, toutes les parties molles de l'avant-bras, jusqu'à ce que vous arriviez dans le foyer.

S'il existait à la main un foyer communiquant avec celui du poignet par-dessous le ligament annulaire antérieur du carpe, il serait nécessaire de le drainer, peut-être même de faire une contre-ouverture, mais je reviendrai sur ce point en étudiant les abcès de la paume de la main.

Les lésions organiques spéciales à la région du poignet ne nous présentent guère à étudier que les kystes.

Kystes du poignet. — Ces kystes constituent deux espèces très distinctes : tantôt c'est une tumeur généralement petite, bien limitée, saillante à la surface de la peau et dont le lieu d'élection est la face dorsale du poignet ; on la désigne encore improprement sous le nom de ganglion. La seconde espèce est située profondément sous les fléchisseurs, au devant du ligament interosseux, et contient ordinairement dans son intérieur des concrétions ressemblant à des grains de riz cuits : ce sont les kystes à grains riziformes.

Le *ganglion* est anatomiquement constitué par un diverticulum d'une séreuse tendineuse ou articulaire qui s'est peu à peu distendu jusqu'au point d'acquérir le volume d'une noisette et même d'une grosse noix : on peut donc le rencontrer sur tout le pourtour du poignet. Mais dans la très grande majorité des cas le ganglion se développe aux dépens de la synoviale de l'articulation médio-carpienne et plus spécialement au niveau de la tête du grand os.

Cette tumeur est très ferme et ne présente ordinairement ni rénitence ni fluctuation ; en ne s'en rapportant qu'aux signes cliniques, on la prendrait volontiers pour une tumeur solide, quelquefois même pour une exostose. En général indolente, elle provoque cependant quelquefois de la gêne et même de la douleur, surtout dans les parties avoisinantes.

Le traitement le plus habituellement employé est l'écrasement à l'aide du pouce, mais la paroi résiste quelquefois aux plus fortes pressions. Ayez recours alors à la piqûre de la poche avec une aiguille à cataracte et dilacérez la paroi pour permettre la sortie du liquide, dont la consistance est celle de la gelée de groseille. La tumeur s'affaisse et quelquefois ne reparait plus, mais le plus souvent elle se reproduit et il faut recommencer.

Si la tumeur prenait un volume considérable au point de constituer une véritable difformité, ou bien si elle entravait d'une façon quelconque les fonctions de la main, on pourrait l'exciser en totalité après dissection de la peau. Outre que la communication primitive avec la séreuse tendineuse ou articulaire n'existe peut-être plus, j'estime que même dans le cas contraire cette opération faite avec les précautions de la méthode antiseptique n'offrirait aucun danger.

Le *kyste à grains riziformes* est une affection qui occupe la

synoviale générale des fléchisseurs du poignet. Ce siège n'est peut-être pas aussi constant qu'on l'admet généralement, car j'ai tout dernièrement ouvert un de ces kystes qui m'a semblé être absolument indépendant des fléchisseurs et de leur gaine; c'est un détail d'anatomie pathologique à élucider et dont l'intérêt pratique est d'ailleurs secondaire.

Ces kystes se présentent avec des caractères absolument typiques : à la face antérieure du poignet existe une tuméfaction diffuse; les fléchisseurs sont légèrement soulevés, le creux de la main est également tuméfié, et le gonflement se continue parfois sur le trajet du pouce ou du petit doigt.

Si, appliquant une main sur l'avant-bras et l'autre dans la paume de la main, l'on exerce des pressions alternatives, les deux régions se soulèvent ou s'affaissent successivement sous la pression. En même temps on perçoit le plus souvent une crépitation spéciale, un bruit de frottement facile à rapporter à des corps qui se déplacent et se portent d'une région dans l'autre en passant par le canal radio-carpien.

Le kyste peut n'exister qu'en dehors sur le trajet du long fléchisseur du pouce, ou seulement en dedans dans la gaine cubitale et sur le trajet du petit doigt (1).

Quelle est la nature de ces kystes? On n'avait formulé aucune opinion à cet égard lorsque dernièrement M. Nicaise émit cette idée tout d'abord assez surprenante qu'ils étaient d'origine tuberculeuse: il avait trouvé des bacilles dans les concrétions riziformes. Je suis tout disposé à accepter cette manière de voir, et voici un fait qui la confirme. Un homme avait eu dans son enfance des abcès froids du thorax; je le soignai il y a huit ans avec succès pour une ostéite tuberculeuse du poignet droit qui est resté ankylosé, et je l'ai opéré récemment d'un kyste à grains riziformes du poignet gauche. L'examen histologique a démontré que les concrétions renfermaient des bacilles.

Il est donc vraisemblable que ces kystes doivent être rattachés à la tuberculose, et ce fait nous conduit à une conséquence pratique importante.

(1) Je rappelle qu'il existe normalement au poignet deux gaines synoviales, l'une externe, radiale, spéciale au long fléchisseur du pouce; l'autre interne, cubitale, commune à tous les fléchisseurs et se prolongeant sur le tendon du petit doigt. Séparées seulement l'une de l'autre par le nerf médian, ces deux séreuses communiquent parfois entre elles et n'en font qu'une.

J'ai dit plus haut que la synoviale des fléchisseurs était parfois atteinte de dégénérescence fongueuse, c'est-à-dire tuberculeuse, affection très grave nécessitant ordinairement l'amputation de l'avant-bras. Or, si la synovite fongueuse peut débiter d'emblée, il est possible aussi qu'elle ne soit qu'une extension du kyste, qu'une seconde étape de cette dernière affection, idée qui n'est pas purement théorique, car j'en ai observé cette année un exemple dans mon service de l'Hôtel-Dieu. C'est donc une raison pour agir et ne pas abandonner ces kystes à eux-mêmes. D'ailleurs les malades en arrivent à éprouver une telle gêne dans les mouvements des doigts qu'ils réclament une intervention.

Faut-il opérer les kystes à grains riziformes du poignet? Il y a peu d'années encore, on répondait sans hésitation par la négative. Nélaton, qui avait vu des accidents formidables survenir à la suite de ces opérations, les repoussait absolument et se contentait de la compression, évidemment incapable de guérir.

Nous disons aujourd'hui: oui, il faut opérer, et pour plusieurs raisons. La première, c'est que cette opération a perdu toute sa gravité; ensuite le malade, ne pouvant guérir autrement, se trouve voué à l'impuissance presque complète de la main; de plus c'est un foyer de tuberculose locale qu'il faut détruire au plus tôt, car il peut se répandre dans les parties voisines et conduire à la perte du membre, ou même envahir la constitution tout entière et déterminer la mort.

Voici comment l'opération doit être conduite :

Pratiquez une incision verticale au niveau de la saillie formée par le kyste au-dessus du ligament annulaire et observez les règles que je formulais tout à l'heure pour l'ouverture des abcès profonds. Ouvrez largement la poche kystique, évacuez le contenu, qui se compose en général d'un peu de liquide séreux au sein duquel nagent les concrétions hordéiformes. Attendez-vous cependant à ne pas toujours rencontrer ces concrétions à l'état de liberté dans le kyste, bien que vous ayez perçu la crépitation, car elles peuvent être adhérentes à la paroi et constituer de véritables fongosités mollasses.

Introduisez dans la poche un pinceau imbibé de la solution phéniquée forte; passez au-dessous du ligament annulaire, afin de nettoyer complètement le compartiment palmaire aussi bien que le compartiment antibrachial. Frottez vigoureusement la paroi de façon à bien enlever toutes les concrétions développées à sa

surface ; employez au besoin la cuiller tranchante et terminez par un lavage jusqu'à ce que le liquide ressorte clair et n'entraîne plus de corps étranger.

Portez un drain jusque dans la paume de la main et suturez la plaie. Le drain sera retiré lorsqu'il ne donnera plus lieu à aucun écoulement de liquide.

L'*amputation du poignet* ne mérite pas une longue description, car elle est si rarement indiquée que c'est plutôt un exercice d'amphithéâtre. Une carie de la main en effet entraîne l'amputation de l'avant-bras. Quant aux traumatismes, ou bien la main est totalement broyée, et c'est encore l'avant-bras qu'il faut sacrifier ; ou bien il reste des tronçons de main, et il ne faut alors jamais amputer.

Si par hasard cette opération devenait nécessaire, c'est à la méthode circulaire qu'il faudrait sans doute avoir recours, car il n'est pas supposable que dans un broiement de la main tel que le sacrifice de la partie s'impose il reste encore assez de téguments sains pour trouver un lambeau palmaire. On en serait réduit à prendre de la peau là où il s'en trouve, et aucune règle précise ne peut être utilement formulée à cet égard. D'ailleurs l'amputation au tiers inférieur de l'avant-bras ne laissant aucune gaine synoviale ouverte et fournissant à la prothèse un excellent moignon, me paraît de beaucoup préférable à celle du poignet. On pourrait cependant recourir à cette dernière dans les cas d'épithélioma ou de lésion organique de la main, pourvu que l'affection bien limitée occupe la face dorsale et permette de prendre un lambeau antérieur.

CHAPITRE VI

AFFECTIONS CHIRURGICALES DE LA MAIN.

La main se divise en deux portions : la portion métacarpienne et la portion digitale ; nous en étudierons successivement les affections.

1° AFFECTIONS DE LA PORTION MÉTACARPIENNE DE LA MAIN.

La main, dans sa portion métacarpienne, est très fréquemment atteinte de traumatismes divers, d'inflammations variées et de quelques lésions organiques.

Traumatismes de la main. — On observe à la main des plaies, des fractures et des luxations.

Les *plaies* de la main sont différentes suivant qu'elles atteignent la face dorsale ou la face palmaire.

Les premières n'ont d'intérêt qu'en raison de la blessure de l'un des tendons extenseurs, et nous avons déjà vu à propos du poignet la conduite qu'il convient de suivre dans ces circonstances.

En raison des nombreux organes qui occupent la face palmaire, les secondes présentent un intérêt tout particulier et sont désignées en général sous le nom de *plaies de la paume de la main*.

Un instrument piquant ou tranchant peut sans doute traverser la main, mais les plaies les plus fréquentes sont les plaies contuses produites par la pression d'une roue de voiture, la chute d'une pierre, par une machine industrielle, etc., ou par une arme à feu. L'habitude assez commune d'appliquer la main sur le bout du canon d'un fusil explique pourquoi ces dernières occupent presque toujours le même siège, le centre de la main, et présentent la même physionomie.

Les désordres que produisent ces plaies sont parfois si considérables que l'on peut tout de suite songer à une amputation, mais retenez bien qu'à part les cas où la main est séparée à peu près complètement de l'avant-bras, *il ne faut jamais amputer primitivement*. Du moment où l'amputation n'est pas en quelque sorte faite d'avance, il faut s'abstenir. Ce précepte domine l'histoire des plaies contuses de la main, surtout aujourd'hui que la méthode antiseptique nous permet d'éviter les graves complications si communes jadis à la suite de ces plaies. Songez que la conservation du pouce seul avec un petit moignon de main sera plus utile au blessé que le meilleur de tous les appareils prothétiques.

J'en rapporterai un seul exemple, parmi beaucoup d'autres. Une femme venait d'avoir la main droite prise dans un engrenage et se présentait à l'hôpital dans les conditions suivantes : le médius, l'annulaire et le petit doigt, étaient hachés, ainsi que le métacarpe et le carpe correspondants à ces doigts. L'index était dépouillé à sa face interne ; seul le pouce était intact. La première idée en voyant cette main était de pratiquer une amputation du poignet ou de l'avant-bras, mais l'état du pouce me fit agir autrement. J'amputai dans le poignet, mais seulement la partie correspondante aux trois derniers doigts, et conservai le pouce