

mité palmaire serait gênante. J'ai pu m'en assurer en interrogeant un ouvrier amputé par ce procédé, de la moitié du pouce, et qui ne peut serrer les corps durs.

3° Procédés donnant une cicatrice palmaire.

Malgré tout ce que j'ai dit et qu'il faut retenir, on ne saurait amputer un doigt maintenu dans la flexion forcée par des brides inodulaires, autrement qu'en gardant un lambeau dorsal (Laroche, Walther, Teale), qui don-



FIG. 150. — Tracés des procédés d'exception pour amputations partielles des doigts. — Index, deux lambeaux latéraux arrondis; médus, deux lambeaux carrés dorsal et palmaire; annulaire, deux lambeaux arrondis dorsal et palmaire; petit doigt, lambeau dorsal unique.

nera, il est vrai, une cicatrice palmaire, une infirmité, mais une infirmité inévitable et moins grande que celle qui a déterminé l'opération.

Parage et pansement. — Quel que soit le procédé employé, il est rare qu'on soit obligé de lier les artères collatérales, la compression légère du pansement suffit ordinairement à empêcher une hémorrhagie qui ne saurait être bien grave.

Dans la plaie des amputations partielles des doigts, sur le cadavre, on voit souvent un tendon flottant qu'il faut réséquer au niveau de la base des lambeaux. Il ne faut pas tirer sur le tendon, sous prétexte d'en enlever un plus long bout, et il est bon de faire une section nette et légèrement biseautée aux dépens de la face superficielle.

Si, au moment de fermer la plaie, on s'aperçoit que les chairs sont insuffisantes, il faut rogner l'os, qu'on l'ait scié ou désarticulé.

Le lambeau mis en place est maintenu par quelques bandelettes étroites ou quelques points de suture; on obtient facilement une réunion primitive partielle. Jusqu'en ces derniers temps, il était dangereux de la chercher totale et de fermer complètement la plaie.

Tous les doigts, la main et l'avant-bras sont mollement comprimés et absolument immobilisés.

Quand le malade souffre, le moignon est visité et mis à l'aise s'il y a rétention du pus, fusée ou étranglement. Si la suppuration envahit les gaines ou le tissu cellulaire, le chirurgien incise hardiment et sans tarder.

Pendant la cicatrisation, il faut surveiller et réprimer les bourgeons charnus s'il s'en est formé, comprimer les parties saillantes avec des bandelettes, en un mot, *modeler le moignon*.

ARTICLE II

AMPUTATION TOTALE OU DÉSARTICULATION D'UN DOIGT

Usages du moignon et choix des procédés. — Quel que soit le doigt amputé, le moignon agira par sa face palmaire. Donc, pas de cicatrice palmaire, à moins qu'on ne puisse l'obtenir très enfoncée, absolument linéaire et assez peu étendue pour qu'elle n'atteigne pas la face antérieure de la tête du métacarpien qui pressera les objets saisis dans la main.

D'autre part, si les moignons des doigts du milieu, annulaire et médus, n'ont pas à craindre les chocs de côté, il n'en est pas de même de ceux des doigts chefs de file, index et auriculaire. C'est pourquoi la cicatrice du moignon de l'index doit être rejetée en dedans, vers la racine du médus, et celle du moignon du petit doigt en dehors, vers l'annulaire.

Interligne articulaire. — L'articulation métacarpo-phalangienne d'un doigt quelconque est très facile à trouver. Lorsque les doigts sont fléchis, c'est la tête du métacarpien qui forme seule le sommet arrondi de l'angle: à un bon centimètre au-dessous, de chaque côté du relief du tendon extenseur, on sent très facilement l'interligne articulaire, surtout dans la flexion modérée (voy. fig. 145, p. 237). Lorsque le doigt est étendu, il suffit de tirer dessus pour voir la peau s'enfoncer, souvent avec bruit, dans l'intervalle que laissent les deux os en s'écartant l'un de l'autre.

On remarquera que l'interligne des quatre doigts est loin de correspondre à leur pli digito-palmaire situé à 12 ou 15 millimètres plus bas; de sorte que, si l'on emploie la méthode circulaire, on a, en incisant dans

ce pli, une quantité de peau à peu près suffisante pour recouvrir la tête du métacarpien.

Quand le doigt est très gonflé, on ne sent rien; mais « les jointures des autres doigts peuvent me régler, dit Le Dran, parce qu'elles sont presque parallèles ». Il veut dire au même niveau.

Le couteau traverse les articulations métacarpo-phalangiennes sans rencontrer d'obstacle; il tranche facilement les tendons des interosseux et

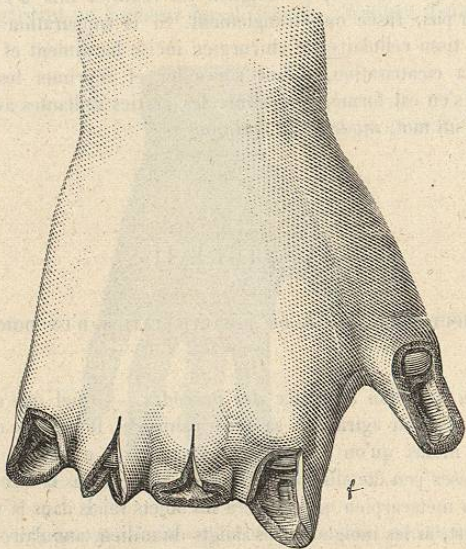


FIG. 151. — Procédés d'élection pour les amputations totales du pouce et des doigts. — Pouce, elliptique coudée à lambeau palmaire; index, lambeau externe et palmaire; médius, circulaire à fente dorsale; annulaire, deux lambeaux latéraux arrondis; petit doigt, lambeau interne et palmaire.

lombrireaux, les ligaments latéraux et le tendon extenseur, pourvu que celui-ci soit retenu en place par le pouce de la main gauche. Le ligament palmaire ou glénoïdien se coupe très près de la phalange; on le désinsère, afin de conserver et d'éviter les os sésamoïdes, s'il y en a. Les tendons fléchisseurs doivent être coupés le plus tôt possible, avant de désarticuler, car leur section rend la traction plus efficace pour séparer les surfaces articulaires et permettre au couteau de traverser l'articulation facilement sans entamer les cartilages.

On l'a vu, l'articulation métacarpo-phalangienne est facile à reconnaître et à aborder par le côté dorsal qui sera aussi le côté passif du moignon.

C'est tout le contraire pour la face palmaire : l'articulation située, comme je l'ai dit, à 12 ou 15 millimètres au-dessus du pli digito-palmaire, est masquée par le tégument matelassé de la paume de la main.

Taille des parties molles. — Toute incision palmaire qui remonterait au-dessus du niveau de l'articulation, découvrirait la tête du métacarpien et donnerait une cicatrice correspondant à la face palmaire de cette tête, très exposée par conséquent à des compressions douloureuses. Si l'opérateur croit devoir inciser la paume de la main, son incision ne remontera pas à plus de 12 millimètres au-dessus du pli, quelque tenté qu'il soit de se mettre à l'aise pour désarticuler et quelle que soit sa foi dans l'utilité problématique d'une telle incision pour le drainage.

Le chirurgien se méfiera des écarts de son bistouri pendant la section du ligament glénoïdien, afin de ne pas blesser les artères collatérales. Il se rappellera que les gaines séreuses des tendons fléchisseurs de l'index, du médius et de l'annulaire sont heureusement interrompues à peu près au niveau de la tête du métacarpien. Quant à la portion palmaire des gaines, dépendance du canal séreux radio-carpien, il faudrait le vouloir pour l'atteindre à la hauteur où elle est placée.

En raison des principes conservateurs que nous avons acceptés pour les mutilations de la main, les amputations des doigts se font presque toujours dans des tissus altérés. Par conséquent, il faut considérer que la peau ne pourra jamais être rétractée sur le malade comme elle le serait sur le cadavre; mais que, néanmoins, après dégorgeement, elle se retirera peut-être beaucoup, car le gonflement des doigts emprunte la peau du dos de la main, de même que le gonflement de la verge emprunte celle du pubis. Sur le cadavre, il faut faire comme sur le doigt malade, supposer la peau infiltrée et immobile, et s'habituer à en garder la quantité nécessaire, c'est-à-dire beaucoup.

Je vais décrire avec de grands détails les deux principales manières d'amputer les doigts (incision circulaire avec fente dorsale — deux lambeaux latéraux), parce que les jeunes chirurgiens ont intérêt à répéter fréquemment ces opérations sur le cadavre. La mobilité et le peu de volume de la partie, le concours nécessaire de l'aide qu'il faut commander, les changements fréquents d'attitude, la collaboration active et coordonnée des deux mains, tout cela fait de ces opérations un *exercice* intellectuel et manuel des plus utiles.

On va voir quel grand rôle joue la main gauche fixant, arrachant et tordant le doigt malade; on l'arme d'un davier, dans le cas de rupture du squelette, pour saisir la grande phalange qui seule a besoin d'être fixée, arrachée et tordue.

A. — DÉSARTICULATION D'UN DOIGT DU MILIEU

Incision circulaire avec fente dorsale (a).

(Cicatrice termino-dorsale).

Temps de l'opération : 1^o incision circulaire au niveau du pli digito-palmar; 2^o incision longitudinale dorsale abaissée du niveau de l'articulation sur l'incision circulaire; 3^o dissection des lambeaux angulaires; 4^o ouverture de l'articulation et section des ligaments latéraux et dorsal; 5^o torsion du doigt et désinsertion du ligament glénoïdien.

Un aide tient la main malade [en pronation; il efface et fléchit

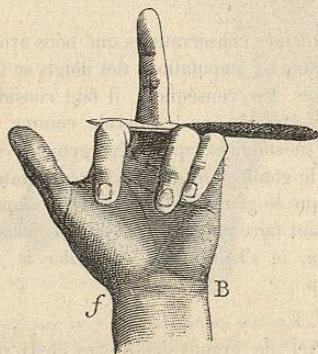


FIG. 52. — Désarticulation totale d'un doigt du milieu. Attaque à plein tranchant du pli digito-palmar.

les doigts sains et présente le doigt malade dont vous cherchez et marquez l'articulation.

1^o Vous saisissez ce doigt par le bout, entre le pouce gauche pour un moment placé dessous et l'index placé dessus; vous le relevez verticalement, et l'aide suit le mouvement. Vous avez alors devant les yeux la face palmaire du doigt à amputer, abordable grâce à la flexion maintenue des doigts voisins (fig. 152). Portez le milieu du tranchant en travers sur la racine du doigt, dans le pli

digito-palmar, et coupez jusqu'à l'os par des mouvements de va-et-vient, empiétant le plus possible sur les côtés et ne retirant le couteau qu'après avoir senti que le tendon fléchisseur était complètement divisé. — Le doigt et la main étant alors rabattus dans la position horizontale, y resteront jusqu'à la fin de l'opération. Vous avez maintenant sous les yeux la face dorsale. Inclinez le doigt vers la droite pour apercevoir l'extrémité gauche de l'incision palmaire : mettez-y le talon du bistouri, la pointe en bas; en tirant, attaquez doucement les téguments dorsaux en travers, seulement les téguments; continuez en inclinant le doigt vers la gauche pour découvrir l'extrémité droite de l'incision palmaire, que vous allez rejoindre en abaissant le manche de l'instrument (b).

2^o Le doigt est légèrement fléchi par votre main gauche : portez la pointe du couteau à un demi-centimètre au-dessus de l'articulation marquée d'avance et explorée de nouveau au besoin; abaissez une incision médiane perpendiculaire à l'incision circulaire, avec laquelle elle forme deux lambeaux ou angles droits.

3^o Confiez le doigt à l'aide, qui l'écarte d'abord à droite pendant que vous saisissez le lambeau gauche avec les ongles ou avec des griffes et le disséquez jusqu'à l'articulation, laissant à la peau sa graisse et à l'os les parties fibreuses. Faites incliner ensuite le doigt à gauche et disséquez de même le lambeau droit sans toucher au tégument palmaire (c).

4^o A ce moment, l'articulation est abordable par sa face dorsale et par ses faces latérales. Reprenez le doigt à pleine main gauche, le pouce dessus près de l'incision, prêt à chercher l'interligne, prêt à pousser le tendon extenseur du côté du tranchant. Tirez sur le doigt, afin de séparer les surfaces articulaires, de rendre l'interligne plus sensible et de faire place au couteau. — D'autre part, élevez le coude droit et, de la main droite pendant en pronation forcée, tenez le couteau vertical, la pointe en bas et le tranchant dirigé en avant. Engagez un centimètre de pointe entre la phalange et le lambeau gauche que l'aide écarte en faisant glisser la peau, et que le plat de la lame ne saurait blesser (fig. 153); avancez jusqu'à l'interligne où semble tomber le couteau après avoir contourné le tubercule phalangien. Tournez alors le tranchant à droite sur le premier ligament latéral; coupez en appuyant latéralement et secouant prudemment le couteau toujours vertical (fig. 153); tra-

versez la jointure pendant que votre main gauche tire sur le doigt et que, du bout du pouce, elle luxe à gauche le tendon extenseur qu'elle empêche ainsi d'échapper à l'instrument. Pour sortir de l'articulation et ne pas blesser le lambeau droit que l'aide écarte à son tour, ramenez le tranchant vers vous (fig. 155) et coupez le

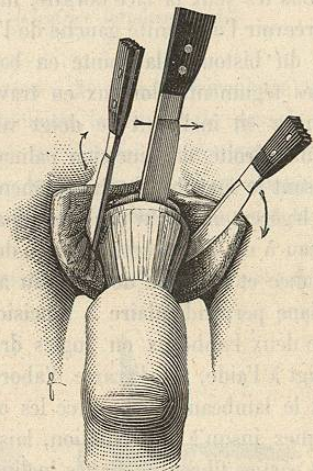


FIG. 155. — Désarticulation métacarpo-phalangienne. Les trois positions successives du bistouri pour trouver le joint, le traverser et en sortir.

deuxième ligament latéral en abaissant à moitié le manche du couteau, sans dégager la pointe.

5° Laissez la pointe du couteau où elle est....; commandez à l'aide de mieux écarter le lambeau droit avec un crochet ou une érigne et, de votre main gauche, tordez à gauche le doigt légèrement *fléchi*. Commencez alors à détacher de la face palmaire de la phalange le ligament glénoïdien et la coulisse tendineuse, à petits coups de pointe; rasez l'os, tirez et tordez *toujours dans le même sens*, à gauche, jusqu'à ce que le doigt vous reste dans la main (d).

Notes. — (a) Je choisis ce procédé que Günther attribue à Luppi, parce qu'il est *très simple, très sûr et très bon*. Vidal l'a figuré sans insister; Sédillot le recommande en l'appelant d'un autre nom : incision ovale modifiée. Il a, sur l'incision circulaire pure conseillée par Cornuau et Chassaignac, l'avantage d'être possible. Je ne recommande pas l'incision en raquette ordinaire, parce qu'elle sacrifie trop de peau (voy. plus loin, *INCISION EN RAQUETTE AMÉLIORÉE*), et je rejette l'incision ovale qui laisse absolument à nu la tête du métacarpien.

(b) Il n'est pas toujours facile de faire ainsi l'incision circulaire; mais cela importe peu, pourvu qu'elle soit faite où il convient, dût-on faire autant de reprises que le doigt présente de faces. Il faut couper entièrement les tendons fléchisseurs. Au contraire, il vaut mieux, à moins qu'on ne veuille faire une désarticulation intra-capsulaire, épargner d'abord la coiffe fibreuse que forment les tendons réunis des muscles lombrireaux, interosseux et long extenseur, pour ne la couper qu'en traversant l'articulation.

La *désarticulation intra-capsulaire* ou *sous-périostée* consiste à faire l'incision circulaire et la fente dorsale jusqu'à l'os, par conséquent à inciser le périoste et la capsule. On énuclée ensuite la phalange à l'aide du grattoir qui en décolle laborieusement et la capsule et le périoste, excellente doublure adhérente aux lambeaux.

(c) On peut faire écarter les lambeaux par l'aide, mais il vaut mieux le faire soi-même; dans tous les cas, il ne faut pas les saisir avec des pinces ordinaires qui les meurtrissent et les gangrènent, et auxquelles ils échappent facilement.

Si, en disséquant les lambeaux, on prévoit que, vu leur rigidité et leur fixité, l'espace manquera pour désarticuler, on peut allonger la fente médiane sur la tête du métacarpien. Cette partie de la plaie, sans perte de substance, sera facilement réunie par première intention.

(d) En tordant à gauche, il faut tirer et abaisser le doigt, c'est-à-dire fléchir; il ne faut pas tordre plus vite qu'on ne coupe, mais seulement à mesure que la pointe avance dans son travail.

Il est bien plus facile de désarticuler à main posée qu'à main levée. C'est pourquoi il vaut mieux, dans la pratique, saisir le petit couteau par la lame et près de la pointe, comme une plume à écrire, et prendre sur le malade un point d'appui avec les derniers doigts, comme lorsqu'on écrit. On évite ainsi le tremblement et les échappades; on a de la précision.

Sur le cadavre, il faut opérer comme je l'ai indiqué, à main levée, tenant le couteau comme un couteau; il faut s'exercer à faire le plus pour être sûr de pouvoir le moins.

Variantes du procédé à cicatrice termino-dorsale.

Les derniers temps du procédé que je viens de décrire, à savoir : la dissection des lambeaux, l'ouverture de l'articulation et la section du ligament palmaire, se pratiquent toujours de la même façon, quelle que soit la forme de l'incision cutanée, toutes les fois que cette incision respecte le tégument de la paume de la main. Je n'ai donc plus qu'à indiquer les différentes manières d'inciser la peau pour en avoir fini avec les *procédés à cicatrice termino-dorsale*.

Je commencerai par le meilleur de ces procédés.

Incision en raquette améliorée ou croupière (fig. 154, annulaire).

La main malade est en pronation et horizontale, un aide tient les doigts sains, il les écartera au commandement du chirurgien et fera suivre à la main les mouvements de rotation que celui-ci imprimera au doigt.

L'opérateur a sous les yeux la face dorsale du doigt à amputer; il le saisit, le fléchit si c'est possible, et commence, non pas sur le dos ni

même sur le point culminant de la tête métacarpienne, mais simplement sur le bout, à un demi-centimètre au-dessus de l'articulation, une incision longitudinale qui descend médiane dans l'étendue d'un petit travers de doigt; qui s'incline ensuite faiblement à droite en s'arrondissant, jusqu'au niveau du pli digito-palmar, vers lequel elle se dirige alors et dans lequel elle s'engage transversalement. Si l'aide sait écarter le doigt voisin, et si le chirurgien, en tordant le doigt malade vers la gauche, en a rendu visible et accessible la face palmaire, le couteau peut mordre profondément le pli digito-palmar et trancher les tendons fléchisseurs. Alors, ne pouvant aller

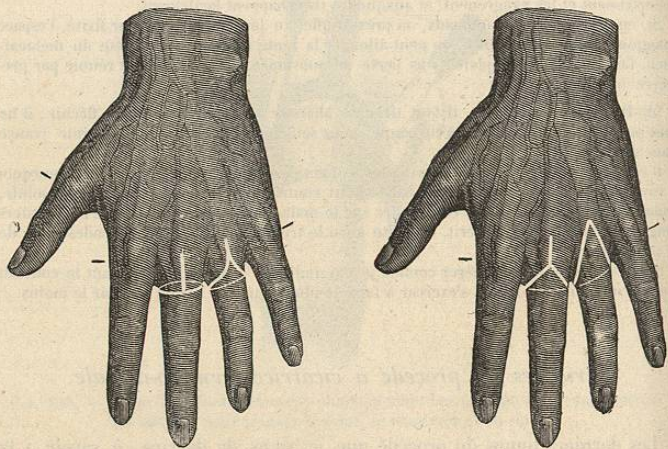


FIG. 154. — Désarticulation totale des doigts. — Sur l'annulaire, raquette améliorée en croupière; sur le médius, circulaire à fente dorsale, 1.

FIG. 155. — Désarticulation totale des doigts. — Sur l'annulaire, méthode ovale primitive; sur le médius, raquette primitive de Malgaigne.

plus loin vers la gauche sans blesser les doigts voisins, bien que fortement étendus, l'opérateur retire son instrument. — Il ramène le doigt dans sa position première et le tord ensuite vers la droite, afin de découvrir son flanc gauche et l'extrémité de l'incision, ou tout au moins celle du pli digito-palmar où il engage le talon du couteau ramené par-dessus la main malade et tenu la pointe en bas. L'incision ainsi reprise, puis terminée avec la pointe, est d'abord transversale, ensuite ascendante et arrondie sur le modèle de celle du côté opposé, qu'elle rejoint juste au moment où celle-ci quittait la ligne médiane pour s'incliner et gagner, presque par le chemin le plus long, le pli digito-palmar (fig. 154, annulaire). On dissèque la peau de chaque côté et l'on désarticule comme ci-dessus (fig. 155, p. 250).

Remarques. — Cette incision donne, sur le dos de la racine du doigt,

deux lambeaux arrondis un peu moins étendus que les deux lambeaux angulaires du procédé précédent; mais s'il n'y a que les sommets des angles en moins, l'étoffe est encore suffisante.

Chassagnac, préoccupé à juste titre de se débarrasser le plus tôt possible des tendons fléchisseurs, commençait par couper dans le pli digito-palmar, comme nous l'avons fait pour l'incision circulaire. Il faisait ensuite deux reprises pour prolonger les extrémités de sa première incision sur les côtés du doigt et les réunir ensemble sur la ligne médiane dorsale au voisinage de l'articulation. On peut l'imiter sans crainte; la seule chose qui importe, c'est de garder la peau qui revêt les côtés de la racine du doigt.

Si, après avoir fait l'incision longitudinale médiane dorsale par laquelle j'ai indiqué de commencer, l'opérateur se porte brusquement et en ligne droite dans le pli digito-palmar, il fait l'*incision en raquette* (fig. 155, médius) telle qu'elle est encore décrite et figurée dans les livres d'hier; il ne garde pas assez de peau pour couvrir la tête du métacarpien.

L'*incision ovale pure* (fig. 155, annulaire) qui commence sur le dos de la tête du métacarpien pour gagner de chaque côté, par le plus court chemin, le pli digito-palmar, découvre absolument le métacarpien.

Elle doit être rejetée, à moins qu'on ne veuille réséquer la tête de l'os à la manière de Dupuytren pour faciliter ultérieurement le rapprochement des doigts voisins. Cette pratique avait conservé des partisans à l'étranger; en France, on en proclamait volontiers, sinon le danger, du moins l'inutilité. Mais quelques faits récents de Guernonprez tendraient à faire admettre qu'il vaut mieux toujours réséquer la tête et le col du métacarpien, quel que soit le doigt amputé.

Deux lambeaux latéraux (a).

(Cicatrice terminale, dorso-palmar.)

Ce procédé consiste : 1° à tracer et disséquer, de chaque côté, un lambeau arrondi dont la base réponde à l'interligne articulaire et dont le sommet descende, sur le côté du doigt, *au moins* jusqu'au niveau du pli digito-palmar; 2° à traverser l'articulation de droite à gauche avec le talon du couteau.

Le doigt malade vous est présenté étendu horizontalement par l'aide, qui tient écartés les doigts voisins et s'appête à suivre vos mouvements; vous avez sous les yeux le dos du doigt et son arti-

culatation, cherchée et marquée; de la main gauche, pouce dessous, doigts dessus, vous tenez l'extrémité unguéale.

1^o Pour le *premier lambeau* ou *lambeau droit* : portez la pointe du couteau sur le bout de la tête du métacarpien, à un demi-centimètre au-dessus de l'interligne; descendez en coupant la peau sur la ligne médiane, dans l'étendue de 15 millimètres (un travers de doigt); inclinez alors insensiblement votre incision sur le flanc droit, de manière à descendre, en arrondissant, à quelques millimètres au-dessous du niveau du pli digito-palmar que vous apercevrez en tordant le doigt à gauche et le relevant peu à peu. Croisez obliquement ce pli et, avec la pointe du couteau, entamez le tégument de la paume de la main pour descendre (le doigt est relevé) suivant le prolongement de l'axe du doigt jusqu'au niveau de l'articulation, à 12 ou 15 millimètres (b). — Sans changer la position du malade, faites écarter le lambeau et décollez-en la face profonde avec la partie convexe du tranchant, jusqu'au delà du tubercule phalangien, c'est-à-dire jusqu'à l'articulation (c).

Pour le *second lambeau* ou *lambeau gauche* : au-dessus de la main malade, redevenue horizontale, relevez le coude et l'avant-bras gauches pour, de la main gauche pendante, tenir encore le bout du doigt à amputer. Vous aurez sous les yeux, par-dessous votre poignet gauche, le commencement de votre première incision. Portez-y le couteau et, du point où elle commence à s'incliner vers la droite, faites partir une deuxième incision, symétrique, qui s'arrondisse sur le flanc gauche du doigt, un peu au-dessous du niveau du pli palmaire et (le doigt étant de nouveau relevé verticalement) s'abaisse pour rejoindre la première au commencement de sa partie palmaire (d). — Sans changer la position du malade, confiez le doigt dressé à l'aide qui l'incline à droite; de la main gauche écartez vous-même le lambeau et décollez-le comme le premier, laissant à la peau sa graisse et à l'os les tissus fibreux. — Donnez alors un coup de couteau en travers sur les tendons fléchisseurs; coupez-les bien, jusqu'à l'os (e).

2^o — A ce moment, l'aide abaisse légèrement la main qui était dressée; il tient les doigts sains étendus et écartés pour écarter aussi les lambeaux. — De la main gauche reprenez le doigt et tenez-le incliné à gauche, de telle façon que vous puissiez voir facilement dessus et dessous (f). Cela fait, portez le *dos du talon* de l'étréit

couteau, pointe en l'air, entre le lambeau droit et la phalange, franchissez le tubercule phalangien, et vous sentirez, par l'intermédiaire de l'instrument, l'interligne articulaire dont la traction sur le doigt exagère la profondeur et la largeur. Tournez alors votre tranchant vers l'articulation, c'est-à-dire à gauche, le dos du couteau refoulant à droite le lambeau, et entrez dans la jointure en coupant le ligament latéral (voy. fig. 156). En ce moment, le talon du couteau, c'est-à-dire le premier centimètre du tranchant, est dans l'articulation; ne le faites pas avancer imprudemment, car il entaillerait votre lambeau gauche. Tordez plutôt et luxez le doigt vers la droite, le tendon dorsal ira se couper sur le tranchant; tordez ensuite à gauche tout en luxant encore à droite, le ligament glénoïdien s'offrira au couteau, sans danger pour le lambeau gauche, dont le bord palmaire ne peut rencontrer, du reste, que la partie encore mousse de la lame (g). Au moment de sortir de l'articulation en coupant le dernier ligament latéral, luxez toujours la phalange à votre droite et ramenez vers vous le tranchant afin qu'il sorte entre l'os et le lambeau gauche, le dos maintenant la peau, et le taillant rasant le tubercule phalangien.

Notes. — (a) On peut mettre ici, après le nom de J.-L. Petit, ceux de Le Dran, Gouraud, Walther, Boyer, Lisfranc, sans parler des contemporains qui ont tous plus ou moins altéré ou amélioré le procédé primitif.

(b) Ces chiffres peuvent être faibles pour les grands doigts et les doigts enflés; je les donne pour que le chirurgien ne prolonge jamais son incision sur la face palmaire de la tête du métacarpien.

(c) En disséquant les lambeaux, il ne faut pas aller trop loin, ni fouiller les espaces interosseux avec la pointe du bistouri dangereuse pour le tronc des artères collatérales qui serait ensuite fort difficile à lier.

(d) La peau du cadavre est souvent assez flasque pour que le tracé des lambeaux soit très difficile si l'aide ne s'efforce pas de fixer la peau avec intelligence. Sur le malade, la peau est bien plus facile à tailler.

(e) En coupant les tendons fléchisseurs à ce niveau, c'est-à-dire un peu au-dessous de l'articulation, on ne risque pas d'ouvrir la partie palmaire de la gaine. En outre, ils se retirent bien assez pour qu'on n'ait pas à les recouper en faisant la désarticulation, qui est ainsi rendue beaucoup plus facile.

(f) La main gauche va manœuvrer et tirer le doigt malade; mais il faut qu'elle ait de la prise sur la première phalange, ce qui n'a plus lieu lorsque le doigt est fracturé ou tronqué par une opération préalable. Dans les deux cas, il faut user d'un davier droit qui saisisse et meuve la phalange ou le tronçon de phalange à désarticuler.

(g) Il n'en serait pas de même si l'opérateur engageait le milieu du tranchant, et il n'en est pas de même du côté dorsal; mais ici le tendon est facile à couper, la peau, plus mobile, peut être mieux écartée, et d'autant mieux que l'incision médiane qui sépare les lambeaux remonte toujours au-dessus de l'articulation, au contraire de ce qui a lieu sur la face palmaire.

Est-il besoin de dire qu'on peut désarticuler avec la pointe, à main levée ou à main

posée, comme on le fait en exécutant les procédés qui respectent la paume de la main? C'est affaire de goût et d'habitude. Il est bon de varier les exercices quand on le peut; ce n'est point du temps perdu pour l'éducation de la main.

Remarques opératoires. — Les deux valves du moignon qui résulte de l'opération que je viens de décrire sont symétriques et égales. Leur commissure dorsale est incisée et peut être incisée plus loin que leur commissure palmaire. Celle-ci ne doit jamais laisser voir la tête du métacarpien quand on regarde la paume de la main avant de rapprocher des lambeaux. En la fendant profondément comme on le faisait autrefois, la désarticula-

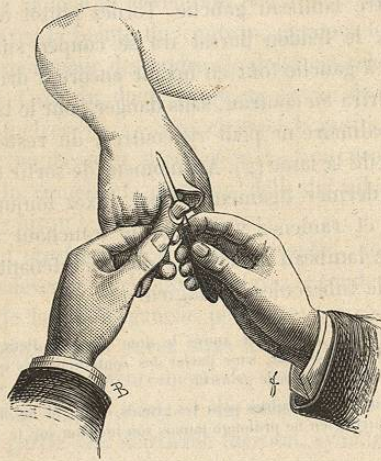


FIG. 156. — Ancienne manière de désarticuler un doigt, méthode à deux lambeaux latéraux. — Le lambeau droit a été seul disséqué; le talon du couteau, tenu vertical, s'engage dans l'articulation, la traverse et termine le lambeau gauche en sortant.

tion devient un jeu; il vaut mieux que ce soit une œuvre d'art, facile du reste, que de faire courir au malade les risques d'une cicatrice tendre et douloureuse, ne le fût-elle que pendant six mois. Les cicatrices de la main, exposées aux pressions, ne sont pas toutes douloureuses; mais il en est qui cessent de l'être en raison d'une attitude instinctive qui condamne la région mutilée au repos, et par conséquent fait perdre au malade une partie de sa force.

Je ne conseillerai à personne de tailler les lambeaux par transfixion, comme Rossi; ni même, après avoir tracé et disséqué le premier, d'entrer dans l'articulation et de tailler le second en sortant, comme Boyer, Lisranc et Chassaignac (celui-ci faisait le second lambeau plus long que le premier) (fig. 156). C'est le vieux jeu qui a fait des chirurgiens de 1850

de si habiles découpeurs, mais qui n'est plus de mise, aujourd'hui qu'avec le chloroforme, l'habileté consiste à faire bien plutôt qu'à faire vite.

Baudens faisait chaque lambeau latéral angulaire à l'aide de deux coups de bistouri se rencontrant à angle obtus.

Garangeot et Sharp ont recommandé, dans leur temps, de faire deux lambeaux carrés, l'un dorsal et l'autre palmaire plus ou moins long.

La nécessité peut forcer quelquefois à ne garder qu'un seul lambeau latéral, dorsal ou palmaire. Décrire la manière de faire chacun de ces

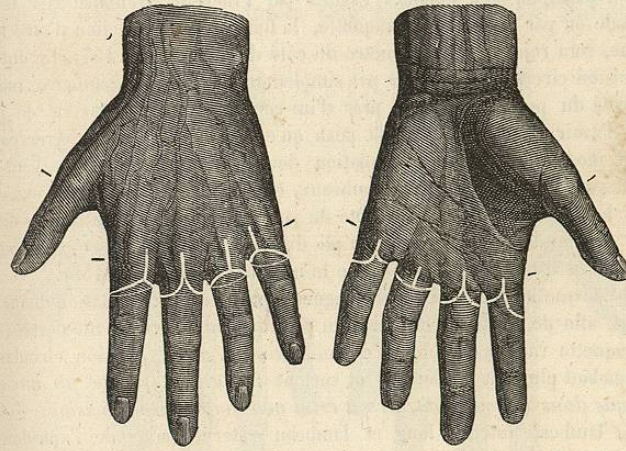


FIG. 157. — Adaptation de l'incision en raquette à la désarticulation des différents doigts. Index : incision dorsale rejetée vers le médius, circulaire oblique descendant plus bas en dehors. — Petit doigt : disposition analogue mais inverse. — Médius, annulaire : croupière ou T, au choix.

FIG. 158. — Adaptation du procédé à deux lambeaux latéraux à la désarticulation des différents doigts. Index : lambeau externe plus long que l'interne. — Petit doigt : lambeau interne plus long. — Annulaire et médius : lambeaux égaux carrés ou mieux arrondis, au choix.

lambeaux serait, après ce qui précède, supposer le lecteur absolument dépourvu de coup d'œil et d'initiative.

Pour terminer cet article, voici un moyen à la portée de tout le monde d'amputer convenablement un doigt par la méthode à deux lambeaux latéraux carrés taillés d'après les principes de Ravaton. On fait une incision circulaire allant jusqu'à l'os, dans le pli digito-palmaire, une longue fente dorsale et une courte fente palmaire. On dissèque les lambeaux, puis on tire sur le doigt pour séparer les surfaces articulaires et, avec des ciseaux courbes à pointes mousses, on tranche d'un coup ou de plusieurs la capsule et les ligaments.