

donnez le pouce à l'aide, qui continue à le tenir dressé; disséquez en gardant la graisse jusque près de l'articulation; tranchez le tendon fléchisseur vers le milieu de la phalange. — Rabattez le pouce dans la position horizontale et reprenez-le de la main gauche. Faites fixer le métacarpien et rétracter la peau; vous-même tirez sur le pouce comme pour l'arracher. Ainsi que pour un doigt, avec la pointe du bistouri tenu le manche en l'air, traversez l'articulation de gauche à droite, ne ménageant que le ligament palmaire. Tirez et fléchissez fortement la phalange et, dans l'articulation rendue béante, mettez le milieu de votre tranchant sur les insertions phalangiennes du ligament glénoïdien afin de les couper en sciant, à ras de la face palmaire de l'os, qui bientôt se détache complètement (b).

Notes. — (a) Je conseillerais bien un lambeau plus long qui serait meilleur encore, mais je suis obligé d'indiquer le minimum nécessaire, minimum qu'on est bien heureux de trouver en bon état sur le vivant. On peut faire presque toute cette opération à main posée avec une courte lame tenue comme une plume; je le conseille.

(b) Il faut raser le bord articulaire de la phalange, pour couper le ligament palmaire entre cet os et les sésamoïdes. Quant à la section préalable du tendon fléchisseur, elle pourrait sans grand inconvénient être réservée pour la fin, car ici l'articulation est facilement accessible,

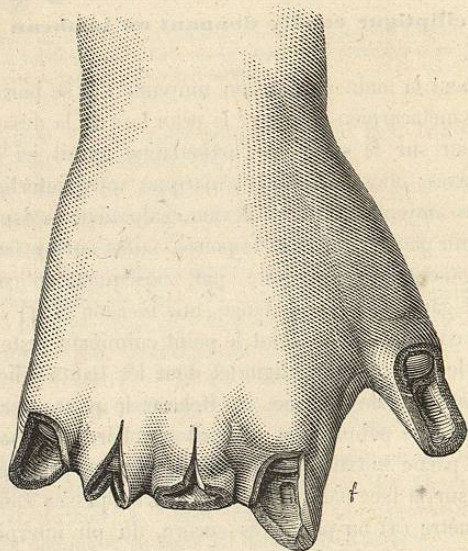


FIG. 165. — Reproduite comme résumé général des procédés d'élection pour désarticuler le pouce, les doigts chefs de file et les doigts du milieu.

ARTICLE III

AMPUTATIONS DES MÉTACARPIENS

Il est évident que le mot *amputation* employé seul ne convient pas très bien ici : *amputer* veut dire enlever à la fois les parties dures et les parties molles coupées un peu plus bas. On ampute le pouce ou un doigt; mais on extirpe un métacarpien, puisque toutes les chairs qui entourent cet os, sur toute sa longueur, doivent être conservées. Mais il n'est que de s'entendre, et plusieurs personnes disent *amputation partielle ou totale* d'un métacarpien ou d'un métatarsien, comme on dit *amputation de jambe* ou *de bras*, ne cherchant à indiquer ainsi que le segment du membre où le squelette est scié ou désarticulé.

Le même procédé et le même manuel opératoire conviennent lorsque, avec le pouce ou l'un des quatre doigts, on est obligé d'enlever une partie, plus ou moins longue, ou la totalité du métacarpien correspondant. Et c'est encore à peu près de la même manière qu'on enlève deux doigts voisins avec leurs métacarpiens.

Mais l'amputation totale simultanée des quatre doigts, l'amputation partielle ou totale, mais simultanée, des quatre métacarpiens des doigts, la désarticulation des cinq métacarpiens, la désarticulation médio-carpienne, forment un autre groupe naturel et seront brièvement décrites ultérieurement. (Voy. AMPUTATIONS TRANSVERSALES DE LA MAIN.)

A. — AMPUTATION DU POUCE AVEC EXTIRPATION PARTIELLE OU TOTALE DE SON MÉTACARPIEN

Indications cliniques et opératoires. — L'amputation du pouce avec extirpation partielle ou totale de son métacarpien est une opération pratiquée, fort heureusement, bien plus souvent sur le cadavre que sur le vivant. A l'aide d'ablations partielles, on peut espérer, dans les ostéo-arthrites non infectieuses, conserver à la fois une partie du pouce et du métacarpien.

Dans les cas où le sacrifice du pouce est nécessaire, cas qui seuls doivent nous occuper ici (voy. RÉSECTIONS), on enlèvera le moins possible de métacarpien, tout en conservant assez de téguments pour bien matelasser le moignon; car ce moignon, mû par l'opposant et peut-être par les autres muscles réinsérés à son extrémité, sera très utile *s'il est indolent*.

Comme l'amputation partielle du métacarpien du pouce n'embarrassera jamais un chirurgien exercé à faire l'amputation totale, je m'occuperai exclusivement de celle-ci avec détails.

Pour le malade, les deux cas sont pourtant bien différents. L'amputation partielle donne un moignon saillant qui doit pouvoir agir : il faut donc tailler la peau en conséquence, écarter à tout prix la cicatrice de la région exposée. Dans l'amputation totale, au contraire, on n'a qu'une préoccupation : garder assez de peau pour envelopper la masse charnue thénarienne, afin d'obtenir une cicatrisation rapide et régulière.

Données anatomiques. — Le métacarpien du pouce est accessible par sa face dorsale qui est sous la peau et regarde un peu en arrière et beaucoup en dehors. L'interligne articulaire trapézo-métacarpien est dirigé en

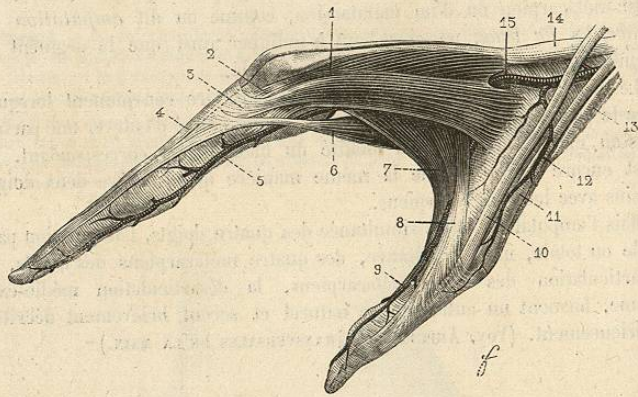


FIG. 164. — Le pouce et l'index droits : rapports de leurs métacarpiens avec l'artère radiale, etc. — 1, muscle premier interosseux dorsal; 2, son insertion phalangienne; 3, son expansion dorsale qui s'unit à 4, le tendon extenseur; 5, l'artère collatérale externe de l'index; 6, muscle lombriçal; 7, adducteur du pouce; 8, son expansion dorsale; 9, artère collatérale interne du pouce; 10, tendon long extenseur; 11, tendon court extenseur; 12, artère dorsale du pouce; 13, tendon long abducteur; 14, tendon premier radial; 15, artère radiale perforant le premier muscle interosseux dorsal.

dedans et en bas, vers la tête du cinquième métacarpien; il est légèrement concave et sa concavité regarde l'ongle. La capsule est lâche, plus forte en dedans. Le seul ligament un peu résistant est le tendon du muscle long abducteur placé en dehors. La synoviale ne communique pas avec la synoviale générale des articulations carpiennes. Il faut néanmoins que le couteau de l'opérateur serre de près l'extrémité supérieure de l'os pour ne pas faire d'échappade du côté interne. Là sont en effet deux parties à ménager : l'une est l'articulation du métacarpien de l'index avec le tra-

pèze, dépendance de la grande et anfractueuse cavité séreuse du carpe; l'autre est l'artère radiale qui descend accolée à la face dorsale du trapèze et plonge immédiatement dans l'espace interosseux, entre les métacarpiens du pouce et de l'index, pour aller à la paume de la main former l'arcade palmaire profonde (fig. 164, 15).

On contourne sans danger la partie interne de la base du métacarpien si, utilisant la laxité de la capsule, la main gauche qui tient l'os transporte cette base fortement en dehors pendant le travail du couteau.

Le corps du métacarpien donne attache, par son flanc palmaire externe, au muscle opposant; par la partie supérieure de son bord interne, au premier interosseux dorsal. Il faut désinsérer ces muscles et non les couper à distance, parce que le moignon ne sera jamais trop volumineux. D'autre part, le meilleur moyen de ne pas ouvrir les vaisseaux des environs, grand danger des amputations partielles de la main et du pied, n'est-il pas de toujours raser les os?

Recherche de l'articulation. — Pour déterminer la situation de l'interligne trapézo-métacarpien, on peut suivre de bas en haut les deux bords latéraux du métacarpien saisi entre le pouce et l'index, jusqu'à ce qu'on sente deux petits tubercules au-dessus desquels est l'articulation. Ce moyen excellent devient impraticable lorsqu'il y a du gonflement. Voici comment on peut faire autrement.

Le chirurgien palpe avec le pouce et l'index gauches la région de l'articulation cherchée, un de ces doigts sur le dos de la main malade, dans le premier espace interosseux, l'autre au côté de la racine de l'éminence thénar; en même temps, de son autre main, il a saisi le pouce étendu et le porte alternativement de l'abduction dans l'adduction et *vice versa*. Lorsque le pouce est rapproché de l'index, l'extrémité supérieure du premier métacarpien, à demi luxée en dehors, devient très saillante et révèle facilement aux doigts explorateurs le siège de l'articulation qui est au-dessus. Quand, au contraire, le pouce est dans l'abduction comme aussi dans l'opposition forcée, le trapèze devient saillant sur la face dorsale : c'est au-dessous qu'est l'articulation cherchée.

Des mouvements de rotation imprimés au pouce pendant la palpation de la région contribuent aussi à faire reconnaître le siège de l'interligne articulaire.

Si le bout du doigt peut sentir l'extrémité supérieure du premier espace interosseux, c'est assez pour indiquer par cela même le niveau de l'interligne qui est situé, dernière donnée, à 25 ou 50 millimètres de la pointe du radius lorsque la main n'est déviée ni d'un côté ni de l'autre. Rappelons que l'on peut toujours reporter les mesures de la main saine sur la main défigurée par le gonflement.

Procédé d'élection. — C'est l'incision ovulaire modifiée, c'est-à-dire

L'incision en raquette ou *en croupière*. L'incision longitudinale dorsale sera courte; elle commencera au-dessus de l'interligne, dans la tabatière, très près des tendons réunis court extenseur et long abducteur, pour fuir l'artère radiale. L'ovale de la raquette entourera obliquement, non pas la racine du pouce, ce serait laid, mais la tête du métacarpien, passant du côté externe, à cinq millimètres au-dessous du pli d'opposition, suivant, de l'autre côté, un trajet tout à fait symétrique (fig. 165 et suiv.).

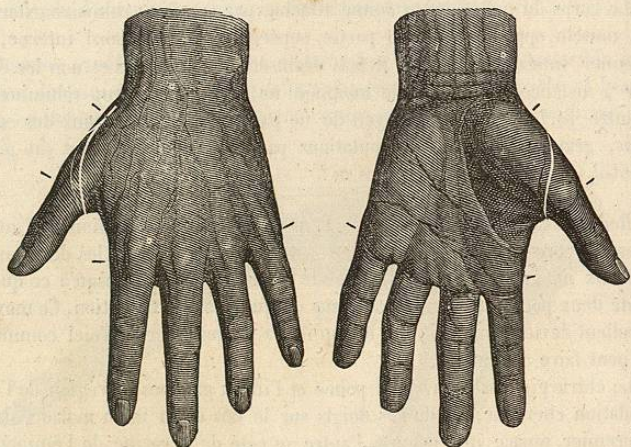


FIG. 165. — Tracé de la raquette améliorée ou croupière pour la désarticulation du premier métacarpien. La queue a seulement 2 centimètres.

FIG. 166. — Même tracé du côté palmaire, parallèle et *sous-jacent* au pli d'opposition. Les tirets indiquent les interlignes.

Repère cutané. — Le pli d'opposition est le sillon qui va se creuser, profond et oblique, sur les faces externe et palmaire de la tête du premier métacarpien, si vous portez le bout du pouce à la rencontre du bout du petit doigt. On retrouve sa trace, quelle que soit la position du pouce; par conséquent, on le côtoie facilement avec le couteau. Mais, pour faire sur les faces interne et dorsale une incision symétrique, il est bon de l'avoir tracée d'avance avec une teinture colorée quelconque.

Lorsque, dans les descriptions suivantes, je conseillerai la *position moyenne*, cela voudra dire : tenez la main dans l'attitude intermédiaire à la pronation et à la supination (fig. 167 et 168).

Amputation totale du pouce et de son métacarpien.

Incision en raquette améliorée.

Les trois temps de cette brillante opération sont : 1° incision et mobilisation des téguments; 2° section des muscles et dénudation du métacarpien; 3° désarticulation.

La main du malade repose horizontale et en position moyenne

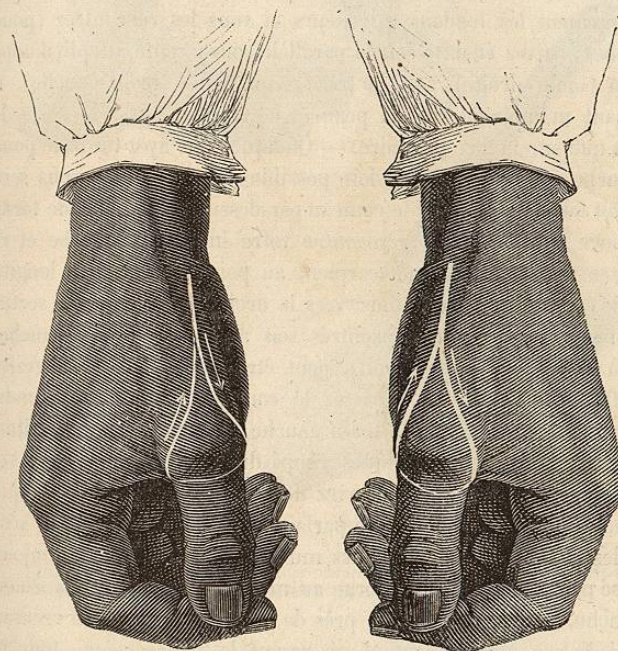


FIG. 167 et 168. — Amputation du pouce avec extirpation totale de son métacarpien. Méthode ovalaire, croupière d'élection. Flèches indiquant la marche du bistouri sur l'une et l'autre main.

dans les mains d'un aide qui va prendre et écarter les doigts afin de vous présenter le bout du pouce.

1° Après avoir fait les explorations et les tracés nécessaires, vous saisissez le pouce, de la main gauche, et le tenez bas pour en avoir

la face dorsale sous les yeux. Vous savez ce que vous avez à faire et vous le simulez une fois ou deux pour l'exécuter ensuite sans la moindre hésitation.

Portez la pointe du couteau à un doigt au-dessous de l'apophyse styloïde radiale, c'est-à-dire à 0^m,01 au-dessus de l'article, sur les tendons qui limitent la tabatière en dehors (a); tirez une incision appuyée, profonde et longitudinale, de 0^m,02 au moins, qui, après avoir croisé l'articulation, se trouve sur la face dorsale du premier métacarpien, près de son bord externe. Inclinez alors peu à peu votre incision à droite et, dans ce mouvement, en sciant au besoin, coupez obliquement les tendons extenseurs si vous les rencontrez (pouce gauche); suivez ensuite soit la parallèle sous-jacente au pli d'opposition (main droite), soit le tracé symétrique (main gauche), ne coupant maintenant que la peau et la graisse, aussi bien sur les côtés que sur la face palmaire. — Quoique vous ayez tordu le pouce à gauche pour aller le plus loin possible sous la paume, vous serez bientôt forcé de reporter le couteau par-dessus le membre, de tordre le pouce à droite, pour reprendre votre incision à gauche et remonter sur le dos du métacarpien, au point où l'incision longitudinale commençait à s'incliner vers la droite (b). Comme la section des tendons extenseurs rencontrés soit au début (pouce gauche), soit à la reprise (pouce droit), peut être incomplète et la graisse insuffisamment divisée, repassez le couteau dans toute l'étendue de la plaie. — Alors de la main gauche relevez le pouce (attitude de la fig. 169), et de quelques coups du tranchant mobilisez soigneusement la peau que vous avez devant les yeux, jusqu'à ce que, rétractée par l'aide, elle laisse parfaitement découverts les os sésamoïdes et les insertions de leurs muscles. Le pouce étant toujours dressé par vous, coupez la gorge au métacarpien à plein tranchant, à gauche, en face et à droite, près de la peau rétractée, en creusant pour diviser obliquement et en rasant le métacarpien, tous les muscles phalangiens (fig. 169). — Il ne reste plus alors qu'à détacher les muscles opposant et interosseux avant de désarticuler. Ayant rabattu le doigt malade sous et dans la main gauche (attitude de fig. 170), votre pouce et votre index s'avancent dans la plaie, chacun de son côté, entre l'os et la chair. L'un de ces doigts écarte donc ce que l'on peut appeler la lèvres droite; décollez cette lèvre, du périoste, avec la pointe du bistouri, jusqu'au niveau de

l'interligne articulaire; chemin faisant, inclinez votre instrument de manière à dégager le flanc palmaire du métacarpien en le rasant de très près et jusqu'à l'articulation (c). — Votre autre doigt va écarter à présent la lèvre gauche de la plaie (fig. 170), et vous allez compléter la dénudation de l'os en décollant cette lèvre à son tour.

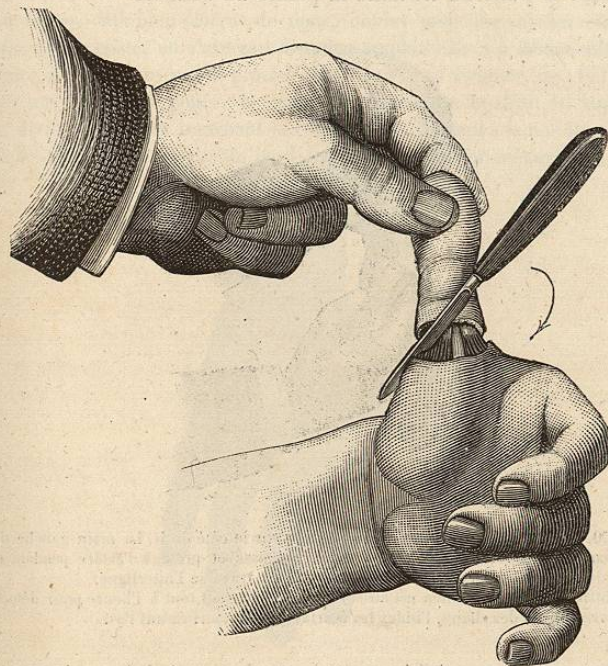


FIG. 169. — Désarticulation du premier métacarpien. — Commencement du second temps, section oblique des muscles thénariens autour du col de l'os.

3^o Lorsque la pointe du couteau, suivant et sentant les sinuosités du métacarpien bien décharné, sera tombée dans l'interligne (fig. 170), vous la tournerez brusquement pour entrer de gauche à droite dans l'articulation et la traverser, en coupant seulement la partie dorsale de la capsule et le tendon du long abducteur. Au moment de sortir de la jointure, vous ramèneriez le tranchant vers vous, ne risquant pas le moindre écart (d). — Vous pourriez facilement compléter la désarticulation par torsion et arrachement. Il vaut

mieux cependant user du couteau, la main gauche se bornant à tirer et tordre pour en faciliter l'action. Vous tordrez donc le pouce *en dehors*, de manière à commencer par dégager le côté du métacarpien qui répond à l'artère radiale; et, tout en tordant, vous abaisserez la tête de l'os afin de faire saillir, de luxer sa base et d'élargir le puits où travaille la pointe du bistouri.

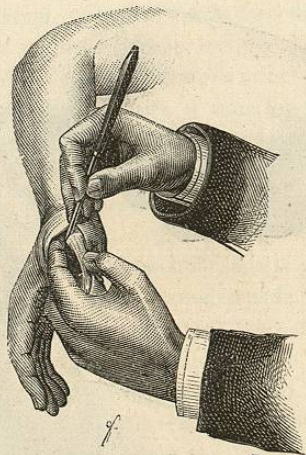


FIG. 170. — 5^e et dernier temps de l'opération sur le côté droit. La main gauche tient et écarte le pouce; le bout de son index repousse et protège l'artère pendant que la pointe, limitée dans sa pénétration, ouvre et traverse l'interligne. L'attitude ici représentée est aussi celle qui convenait tout à l'heure pour détacher la lèvre gauche des chairs, l'index les écartant, le bistouri rasant l'os.

Notes. — (a) C'est en réalité entre les deux tendons accolés du long abducteur et du court extenseur qu'il faut porter la pointe du couteau. C'est facile et il faut s'habituer à le faire, car il importe beaucoup de ne pas couper l'artère radiale dans la tabatière, et l'on a d'autant plus de chances de commettre cette faute qu'on s'approche davantage du tendon isolé long extenseur et que l'on commence l'incision plus haut.

(b) Sur la main droite, les tendons extenseurs, épargnés d'abord par le couteau qui ne les a pas croisés, ne se font couper qu'en terminant l'incision. D'un côté comme de l'autre, s'ils ont été incomplètement divisés par le premier trait, un nouveau coup de tranchant en a bientôt achevé la section, moyennant le concours fixe d'un doigt de la main gauche. Les maladroits sont obligés de les diviser en les chargeant sur le couteau, en les prenant par dessous; ce n'est pas du reste à blâmer.

(c) Si l'on n'est pas habile de la main gauche, on fait tenir et manœuvrer le pouce par un aide, pendant que l'on pince entre le pouce et l'index et que l'on écarte chacune des lèvres de la plaie successivement. Mais la règle est toujours là: le bistouri chemine entre le métacarpien qu'il rase à plat et l'un des doigts gauches de l'opérateur, profondément introduit dans la plaie pour écarter les chairs, les décoller, les protéger tout au moins, et préparer la voie à l'instrument.

(d) Cela semble écrit surtout pour l'amputation du premier métacarpien gauche, dans laquelle le bistouri allant toujours de gauche à droite, relativement à l'opérateur, traverse l'articulation de dehors en dedans, c'est-à-dire en se dirigeant vers le danger. J'ai déjà dit qu'en luxant la base du métacarpien en dehors, on l'éloigne de l'artère.

Anciens procédés.

Au temps, déjà bien éloigné de nous, où les procédés rapides étaient encore de nécessité, on s'exerçait dans les amphithéâtres à désarticuler le premier métacarpien, par le procédé dit à *lambeau externe* (fig. 171).

Les uns, tenant le pouce, le gauche en pronation, le droit en supination, divisaient à plein tranchant la commissure, fendant à la fois la paume et le dos de la main, à ras du bord interne du premier métacarpien jus-

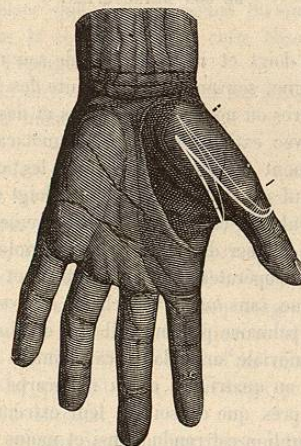


FIG. 171. — Tracé d'un lambeau externe pour la désarticulation du premier métacarpien. Les incisions palmaires (gros traits), après s'être réunies, remontent moins haut que les incisions dorsales. Les tirets indiquent les interlignes.

qu'au trapèze. Arrêté par cet os, l'étroit couteau traversait alors l'articulation de dedans en dehors, pendant que la main gauche luxait l'os et pinçait les parties molles externes pour les attirer en dehors et permettre au plein tranchant de revenir, entre elles et le bord externe du métacarpien, terminer le lambeau vers le milieu de la première phalange.

Les autres, ponctionnant la partie externe de l'éminence thénar, formaient d'abord le lambeau par transfixion; puis, retournant à l'articulation, ils la traversaient de dehors en dedans, menaçant l'artère, et reve-

naient à la racine du pouce, en séparant du métacarpien les chairs de la commissure.

Aujourd'hui, si nous devons recourir au lambeau externe, nous le désinçerions d'abord, pour l'avoir suffisant et régulier, et nous le détacherions par dissection, véritable désossement. Nous séparerions de même les chairs de la commissure. La désarticulation ainsi rendue très facile serait le dernier temps de l'opération.

Ce procédé serait acceptable, moyennant une précaution : ne pas faire remonter l'incision palmaire aussi haut que l'incision dorsale, la terminer à un doigt au-dessous de l'articulation, comme le montre la figure 171.

B. — AMPUTATION DE L'UN DES DOIGTS AVEC EXTIRPATION PARTIELLE OU TOTALE DE SON MÉTACARPIEN.

L'amputation d'un doigt et d'une partie de son métacarpien est une opération facile, bénigne, souvent utile à la suite des traumatismes et des affections inflammatoires ou néoplasiques des os et des articulations. L'amputation d'un doigt avec extirpation totale du métacarpien correspondant est difficile et rarement indiquée. Autrefois, les complications graves étaient fréquentes, sauf pourtant pour le petit doigt et le cinquième métacarpien dont l'articulation carpienne est relativement isolée et le corps facile à énucléer sans blesser de nombreuses artérioles.

Il est possible, à un opérateur exercé, d'isoler et de désarticuler un métacarpien quelconque, sans *hacher* les chairs interosseuses et palmaires, sans blesser l'arcade palmaire profonde. Il lui est impossible de ne pas ouvrir la grande synoviale articulaire carpienne, lorsqu'il extirpe les deuxième, troisième ou quatrième os du métacarpe. On doit préférer la section de ces os, si près que ce soit de leur extrémité supérieure, à la désarticulation : l'opération est rendue ainsi et moins grave et plus facile.

Dans les deux cas, on découvre l'os par une longue incision dorsale qui, arrivée à la racine du doigt, en fait le tour et prend la forme de *raquette*.

Extirpations partielles. — L'incision dorsale et la dénudation des os remontent moins haut si l'ablation doit être partielle ; voilà toute la différence pour les parties molles.

Quant aux métacarpiens, il faut les scier ou les couper.

On scie le deuxième et le cinquième, après avoir passé dessous une lamelle qui protège les chairs et joue le rôle de la sonde de Blandin, beaucoup trop épaisse pour être ici d'un bon emploi. On les scie un peu obliquement, de manière à émousser le plus possible l'angle saillant du moignon.

Guermonprez n'a pas trouvé difficile de diviser les troisième et qua-

trième métacarpiens avec la scie à chaîne. D'autres préféreraient les couper en travers avec une bonne cisaille à mors solides, quoique suffisamment pointus pour s'engager assez profondément dans les espaces interosseux. La cisaille coupe bien les épiphyses et les os ramollis, mais elle fait quelquefois éclater la diaphyse. C'est un inconvénient que l'on n'évite qu'en entretenant avec soin les tranchants, et en coupant le plus loin possible du milieu du corps de l'os. Il est bon d'incliner un peu l'instrument d'un côté ou de l'autre, afin que l'un des tranchants des mors s'appuie sur une face, pendant que l'autre pénètre dans le bord opposé. Malgré ces précautions, la cisaille fait souvent des esquilles, et l'opérateur se trouve dans la nécessité de les extraire ou de régulariser la coupe.

Il n'oubliera pas que l'arcade palmaire profonde croise les métacarpiens et passe à un centimètre de l'articulation carpo-métacarpienne.

La pince rogne-du-bout ou dent de castor rend des services et permet de ne laisser en place que la base même du métacarpien. Cela n'est point indifférent, car la conservation de cette base diminue les dangers et les difficultés de l'opération.

Ce que je viens de dire me permettra de ne plus revenir sur les amputations partielles des métacarpiens.

Extirpations totales ou Désarticulations. — Je vais m'en occuper longuement. Il faut savoir les exécuter pour bien faire les amputations partielles que pratique plus souvent le chirurgien. C'est pour cela que ces désarticulations sont, à bon droit, des opérations d'examen et de concours. « Je ne connais pas, dit Paulet, de meilleur exercice pour rompre les commençants à toutes les difficultés de la pratique opératoire. » (*Anat.*, p. 825.) Faire parcourir au couteau la sinueuse articulation carpo-métacarpienne, trancher les liens de la base d'un métacarpien quelconque, c'est un jeu pour celui qui sait bien l'anatomie ; pour celui qui l'ignore, c'est une impossibilité absolue.

Les articulations métacarpiennes, dans l'ensemble comme dans le particulier, seront toujours découvertes et attaquées par le côté dorsal. Les tendons et ligaments dorsaux seront donc toujours faciles à diviser, si on le veut faire, pourvu que la pointe du couteau suive l'interligne. Quant aux liens interosseux et palmaires des métacarpiens, ils ne peuvent être coupés que par des manœuvres spéciales. C'est pourquoi il faut savoir, pour chaque métacarpien, où sont ses ligaments et comment on peut les atteindre. Étudions donc successivement l'*interligne dorsal*, les *ligaments interosseux* et les *ligaments palmaires*.

Etude de l'interligne. — Si, sur la figure 172, aussi exacte que je l'ai pu faire, on parcourt l'interligne articulaire avec la pointe d'un couteau, en commençant du côté du petit doigt, on voit qu'il faut se porter en dehors et un peu en bas, puis tout à fait en dehors, et que l'on ne rencontre d'obstacle sérieux qu'au sortir de l'articulation du troisième méta-

carpien avec le grand os. Là, en effet, se trouve l'apophyse styloïde couverte à l'état frais par le tendon du deuxième radial qui s'attache à sa base R'. Après avoir franchi cette saillie, on tombe dans la fourche du deuxième métacarpien qui reçoit le coin du trapézoïde et qui s'enclave elle-même entre le grand os et le trapèze.

Cet interligne articulaire dorsal du deuxième métacarpien doit être, sur la même figure 172, parcouru dans le sens contraire. Supposons donc la pointe du couteau appliquée en dehors de la base de cet os, prête à ouvrir son articulation trapézienne : elle pénètre en haut et en dedans, bute

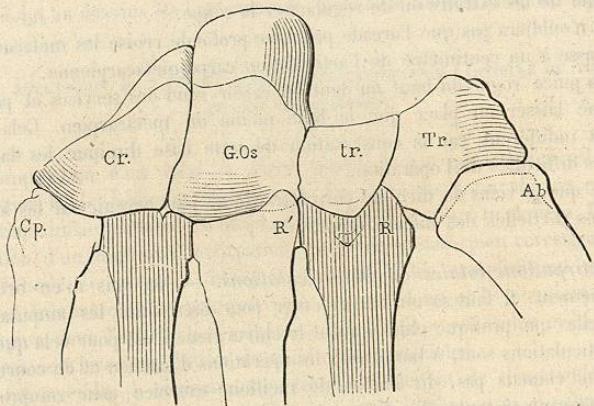


FIG. 172. — Interligne carpo-métacarpien dorsal, main droite. — Tr, trapèze. — tr, trapézoïde. — G. Os, grand os. — Cr, os crochu. — Cp, insertion du tendon cubital postérieur. — R', insertion du deuxième radial. — R, insertion du premier radial. — Ab, insertion du long abducteur du pouce.

contre le trapézoïde, contourne un angle droit pour descendre en bas et en dedans au fond de la fourche qui l'arrête, remonte en haut et en dedans, touche le grand os et, tournant un nouvel angle droit, redescendrait finalement en bas et en dedans, si elle n'était tout de suite arrêtée par la styloïde du troisième métacarpien. La vue postérieure de la base du deuxième métacarpien ressemble à deux accents circonflexes juxtaposés.

Sachez-le bien, lors même que l'interligne carpo-métacarpien dorsal est ouvert, que tous les ligaments et tendons dorsaux sont coupés, l'articulation reste étroite et close, les métacarpiens immobiles.

Il y a quelque chose de plus important à connaître que l'interligne : ce sont les ligaments *intermétacarpiens*, soit interosseux, soit palmaires, et les ligaments *carpo-métacarpiens* palmaires.

Etude des ligaments. — Un coup d'œil jeté sur la figure 175 montrera la situation des solides et courtes fibres qui unissent les faces latérales des

bases des quatre métacarpiens des doigts, et fera comprendre comment on ne peut diviser ces fibres qu'en insinuant la pointe du couteau, de champ, entre les os qui s'écartent à peine assez pour faire place à l'épaisseur de l'instrument.

Si l'on remarque la forme curviligne de l'articulation des deuxième et troisième métacarpiens, on devinera que la lame rectiligne du bistouri ne pourra s'y engager à fond, d'emblée. Mais en faisant pénétrer la pointe du côté dorsal, d'abord à 10 millimètres de profondeur seulement, elle coupera les premières fibres accessibles ; puis, grâce à l'écartement léger

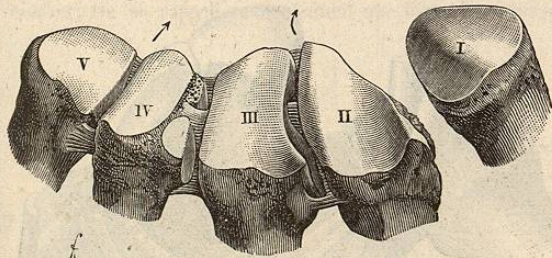


FIG. 175. — Vue d'ensemble des bases des métacarpiens, légèrement écartées pour montrer les ligaments interosseux supposés extensibles, main droite. — Entre II et III l'interligne est curviligne comme l'indique la flèche.

que l'on obtiendra ainsi, elle s'engagera davantage, à 15 millimètres environ, et achèvera la section du ligament interosseux.

Il existe aussi, à la face palmaire, des ligaments intermétacarpiens et carpo-métacarpiens. Les premiers (fig. 174, 2, 2, 2) se coupent par la même manœuvre qui sert à trancher les ligaments interosseux, en enfonçant le couteau un peu plus profondément. On le fait sans grand danger, car on opère à quelques millimètres au-dessus de l'arcade palmaire profonde ; il faut cependant que la pointe joue serré.

Quant aux ligaments carpo-métacarpiens palmaires, l'examen de la figure 174 suffira à montrer leur disposition générale. Ceux qui sont forts semblent partir exclusivement des carpiens extrêmes pour aller, à la rencontre l'un de l'autre, s'insérer devant la base du troisième métacarpien, tout en laissant des fibres aux métacarpiens croisés en route.

En réalité, le troisième métacarpien, aussitôt qu'on l'a séparé des deuxième et quatrième, n'est plus retenu du côté palmaire, car il n'est rattaché au grand os que par des fibres insignifiantes. Les quatrième et cinquième sont plus solidement unis et à l'os crochu et au tendon du cubital antérieur par ses prolongements pisi-métacarpiens. Mais ils le sont assez lâchement pour que, une fois les fibres interosseuses, c'est-à-dire intermétacarpiennes, coupées, on ne soit pas embarrassé pour les extirper.