

moyens qui nous permettent de guérir, dans la grande majorité des cas, une affection qui gêne à un haut degré les fonctions des doigts.

Parmi les processus néoplasiques mentionnons encore une affection que l'on observe quelquefois aux ongles et qui consiste dans la transformation de ces derniers en une **corne cutanée**. On a rencontré aussi quelquefois aux doigts l'**exostose sous-unguéal**e que l'on enlève de la même manière que lorsqu'il s'agit des orteils.

Pour ce qui concerne les états atrophiques et hypertrophiques des ongles (psoriasis, onychogryphose, onychomycose etc.), nous renvoyons le lecteur aux manuels et traités de dermatologie, ainsi qu'au livre de VOGT (*Deutsche chirurgie*, livraison 64, p. 26).

F. OPÉRATIONS QUI SE PRATIQUENT SUR LA MAIN ET LES DOIGTS.

§ 136. — Dans notre étude des blessures et des processus inflammatoires de la main nous avons partout insisté sur la nécessité de pousser la conservation aussi loin que possible, et de n'avoir recours à l'amputation que dans les cas où, malgré le pronostic favorable des lésions traumatiques dans cette région, on ne peut aucunement espérer que les parties conservées auront une utilité quelconque. Aussi malgré la fréquence des affections traumatiques et inflammatoires de la main, l'amputation régulière ne se trouve-t-elle que rarement indiquée. En général, dans le cours de notre étude, nous avons déjà posé les indications opératoires autant que faire se pouvait. C'est naturellement dans les cas où il s'agit de néoplasmes malins que le chirurgien doit être le moins conservateur.

Lorsqu'on a le choix entre la *désarticulation* et l'*amputation du métacarpe*, c'est à cette dernière opération que l'on donne habituellement la préférence, car la désarticulation est difficile à cause de la forme irrégulièrement dentelée de l'interligne articulaire, et du danger d'une suppuration du carpe; c'est pourquoi, lorsque les métacarpiens doivent être enlevés, on fera bien, en général, de ne pas conserver les os carpiens et de pratiquer d'emblée la désarticulation du poignet.

Pour l'**amputation du métacarpe** on s'adresse, en général, à la méthode à lambeaux; tantôt on taille un seul lambeau dorsal ou palmaire, tantôt, ce qui est préférable, on dissèque un court lambeau dorsal et un lambeau palmaire plus long.

On commence par circonscrire le petit lambeau dorsal par deux incisions longitudinales commençant sur le métacarpien de l'index du côté radial, et sur le métacarpien du petit doigt du côté cubital, et à la hauteur de la future section osseuse. Ces incisions longues de 2 à 3 centimètres, sont reliées à leurs extrémités inférieures par une incision dorsale dirigée transversalement, puis on dissèque le lambeau cutané ainsi délimité. On circonscrit ensuite de la même manière un lambeau palmaire un peu plus long. Après avoir incisé le périoste et divisé les muscles in-

terosseux, de façon à permettre l'emploi de la scie, on pratique la section des métacarpiens en commençant par celui du médus qui est le plus élevé, lorsque la main repose sur sa face palmaire, et en abaissant ensuite le feuillet de la scie alternativement du côté radial et du côté cubital.

S'agit-il d'amputer *deux métacarpiens*, on procède de la manière suivante: supposons que ce soient les deux métacarpiens internes: on taillera de préférence deux lambeaux dorsaux et deux autres palmaires. On fait dans ce but une incision longitudinale correspondant à l'espace interosseux, et s'étendant jusqu'aux deux têtes métacarpiennes, et à chaque extrémité de laquelle on fait une autre incision perpendiculaire aux métacarpiens à amputer et s'étendant jusqu'aux métacarpiens voisins. Par cette incision on obtient deux valves à bases latérales, et l'on répète la même opération du côté palmaire.

Lorsqu'on veut **désarticuler les deux métacarpiens externes**, c'est-à-dire le 4^e et le 5^e, ou les deux internes, c'est-à-dire le 2^e et le 3^e (la main étant en pronation), on fait une incision longitudinale sur le bord correspondant de la main, par conséquent sur le bord cubital du 5^e métacarpien, s'il s'agit de l'annulaire et du petit doigt, et sur le bord radial du 2^e métacarpien si l'on veut désarticuler l'index et le médus avec les métacarpiens, correspondants. A chaque extrémité de cette incision longitudinale on fait deux autres incisions, l'une dorsale et l'autre palmaire, dirigées perpendiculairement sur la première. On a ainsi circonscrit deux lambeaux, l'un dorsal et l'autre palmaire, que l'on détache ensuite des parties profondes.

Veut-on amputer *un seul métacarpien*, on aura recours à des procédés différents, suivant qu'il s'agit d'un métacarpien intermédiaire (3^e et 4^e) ou d'un métacarpien libre (2^e et 5^e). Dans le premier cas, on taille en général, du côté dorsal, deux lambeaux latéraux par une incision en Y, et l'on en fait autant du côté palmaire.

L'extrémité supérieure de l'incision en Y pratiquée d'abord du côté dorsal, correspond à l'endroit où doit être pratiquée la section de l'os, tandis que les deux branches de bifurcation passent sur les côtés du doigt à enlever. Une fois l'incision dorsale terminée, on fait du côté palmaire, sur le même métacarpien, une incision longitudinale bifurquée inférieurement, de façon qu'elle se continue au niveau des commissures avec les deux branches de bifurcation de l'incision dorsale. Des deux côtés on détache les parties molles de la surface de l'os en écartant les doigts sains, et en introduisant dans l'espace interosseux la lame du bistouri, qui doit raser la surface du métacarpien malade jusqu'à l'endroit où ce dernier sera scié. Quant à la section de l'os, on l'opère soit avec une scie étroite (scie passe-partout), soit à l'aide d'un ostéotome.

S'agit-il d'amputer l'un des deux métacarpiens libres, le procédé le plus simple consiste à pratiquer une incision en forme de raquette.

Sur le bord radial du métacarpien de l'index, ou sur le bord cubital du cinquième métacarpien, on fait une incision longitudinale commençant à l'endroit où l'os doit être scié, et descendant jusque dans le voisinage de l'articulation métacarpo-phalangienne, puis on contourne en arc de cercle la face dorsale de l'articulation jusque dans la commissure, et l'on termine la raquette par une seconde incision en arc de cercle passant par la face palmaire. La partie ovale de l'incision a ainsi son ouverture dirigée en dehors.

De même que, comme nous l'avons déjà fait remarquer plus haut, on évite, autant que possible, la désarticulation de tout le métacarpe, de même on ne désarticule pas volontiers isolément l'un ou l'autre des os qui le composent, surtout s'il s'agit du troisième ou du quatrième métacarpien ; en effet, grâce au renflement que présentent ces os à leur base, la désarticulation laisse une plaie étendue et irrégulière, qui se complique facilement d'une suppuration des articulations du carpe. C'est la désarticulation du métacarpien du pouce qui se présente dans les conditions les plus favorables sous ce rapport, car l'articulation de cet os avec le trapèze ne communique pas avec les articulations voisines. La désarticulation du métacarpien du petit doigt offre aussi plus de chances de succès.

Pour la désarticulation du premier et du cinquième métacarpiens, on fait, autant que possible, une incision ovale avec l'ouverture de l'ovale tournée latéralement. Au pouce, on commence par faire une incision longitudinale partant à environ un centimètre de l'apophyse styloïde du radius pour se diriger le long de la partie externe de la face dorsale du pouce, à peu près jusqu'à la portion moyenne du métacarpien, d'où elle se bifurque en deux arcs de cercle passant l'un sur la face dorsale et l'autre sur la face palmaire de l'articulation métacarpo-phalangienne, pour se rencontrer au niveau de la commissure, près de la face interne de la première phalange. On saisit alors le pouce d'une main, et, à l'aide du bistouri, on détache du métacarpien toutes les parties molles qui l'entourent ; enfin on ouvre l'articulation à la partie supérieure de la plaie, et l'on achève la séparation du métacarpien. Dans cette opération, on peut avoir à lier la branche profonde de l'artère radiale.

On peut aussi tailler un lambeau dans la région thénar ; toutefois ce procédé ne vaut pas celui que nous venons de décrire, car le lambeau subit volontiers un certain degré de rétraction. On écarte fortement le pouce, on place la lame du bistouri sur la commissure, près du pouce, et l'on divise toutes les parties molles, c'est-à-dire les téguments et les muscles compris entre le pouce et l'index jusqu'à l'articulation trapézo-métacarpienne. On ouvre alors cette dernière par le côté cubital, c'est-à-dire à la partie supérieure de l'incision, on met à nu la base du métacarpien, et l'on introduit la lame du bistouri entre le côté radial de l'os et les parties molles, que l'on divise en tirant à soi l'instrument, de façon à former un lambeau aux dépens de l'éminence thénar, tout en enle-

vant le métacarpien et le doigt correspondant. Le lambeau est ensuite suturé aux bords de la plaie située du côté radial de l'index.

La désarticulation du cinquième métacarpien s'opère par le même procédé. Lorsque, malgré les inconvénients signalés plus haut, on veut désarticuler le second, le troisième ou le quatrième métacarpien, le procédé opératoire qui cause le moins de désordres, est celui qui consiste à pratiquer une incision en forme de raquette, avec l'ouverture de l'ovale dirigée du côté dorsal.

On a opéré aussi quelquefois la *désarticulation simultanée des quatre derniers métacarpiens* ; mais, le plus souvent, on donnera la préférence à l'amputation trans-métacarpienne, car la plaie qui en résulte est plus simple et peut être recouverte avec moins de parties molles. Pour la désarticulation, on peut avoir recours à une incision transversale divisant les téguments de la face palmaire, au niveau du pli de flexion inférieur. On dissèque les parties molles, puis on ouvre les articulations, et finalement, on fait du côté dorsal une incision transversale à la même hauteur que la précédente (méthode circulaire). La *méthode à lambeau* est préférable. Tantôt on se sert d'un double lambeau, c'est-à-dire qu'après avoir pratiqué l'incision circulaire, on fait une incision latérale, sur le bord radial du métacarpien de l'index et une autre sur le bord cubital du cinquième métacarpien, tantôt on ne taille qu'un seul lambeau dans la région palmaire. Dans ce dernier cas, on fait tout d'abord une incision transversale sur le dos de la main, à quelques millimètres au-dessus des articulations, puis on ouvre ces dernières après avoir divisé les tendons extenseurs. Avec un couteau à longue lame, on détache ensuite les téguments palmaires, que l'on divise au-dessous du pli de flexion des doigts. Enfin, on suture le lambeau palmaire avec les bords de l'incision dorsale.

§ 137. — Dans les **amputations des doigts**, le chirurgien doit pousser la conservation aussi loin que possible, et c'est sur ce principe qu'il se basera le plus souvent pour décider, dans un cas donné, s'il aura recours à l'amputation ou à la désarticulation, soit d'une phalange, soit du doigt tout entier. Souvent on fait ici les incisions dans des tissus infiltrés, qui ne sont, par conséquent, pas tout à fait sains, et l'on renonce, par le fait, à obtenir la guérison par première intention. C'est surtout à la première phalange que l'on pratique de préférence l'amputation, car l'ouverture de l'articulation métacarpo-phalangienne constitue toujours une lésion plus grave, et la forme de la plaie n'est pas alors aussi favorable.

Il va sans dire que, dans ces opérations, on peut avoir recours, soit à la méthode circulaire, soit à la méthode à lambeau, que l'on varie suivant les circonstances. Lorsqu'on a le choix, on donne, en général, la préférence à un lambeau palmaire, car c'est ce dernier qui convient le