

arrière, la méthode ovale serait encore indiquée : on placerait la petite extrémité de l'ovale sur le côté externe du métacarpien, et la grosse extrémité au pli palmaire de la commissure. L'os serait scié, comme nous l'avons dit, dans une direction oblique de dehors en dedans.

Cinquième métacarpien. La méthode ovale est seule applicable à l'amputation du cinquième métacarpien, dont l'extrémité antérieure n'en est pas isolée comme celle du pouce. Le procédé s'exécute de la même manière, mais l'os est scié de haut en bas et de dedans en dehors.

Deuxième métacarpien. La méthode ovale convient également à l'amputation du deuxième métacarpien : il faut avoir l'attention de faire partir le sommet de l'Y du côté externe de l'os, et de fléchir le pouce dans la paume de la main pendant l'opération.

Le même procédé servirait pour les troisième et quatrième os du métacarpe ; seulement on ferait partir le sommet de l'incision de la face dorsale, et il ne faudrait presque pas sacrifier de peau ; autrement la plaie serait difficilement fermée, en raison de l'écartement permanent des os voisins.

Le procédé suivant a aussi été décrit pour ces amputations : on traverse la main de part en part et d'arrière en avant avec un bistouri droit, en rasant une des faces latérales de l'os, et coupant contre soi toutes les parties molles jusqu'au delà de la commissure digitale. Reportant alors l'instrument dans l'angle supérieur de la plaie, on contourne l'autre côté du métacarpien, et l'on fait sortir le bistouri par l'incision palmaire, en ménageant complètement les téguments ; on divise, comme la première fois, toutes les chairs interosseuses, ainsi que la commissure ; il ne reste plus qu'à isoler l'os au point où doit porter la scie, et à le couper obliquement. M. Courty propose une simple incision dorsale, qui sert à conduire une scie à chaîne autour de l'os, de manière à ménager complètement la face palmaire de la main.

Si les artères collatérales, leur tronc commun ou les arcades palmaires étaient lésés, on en ferait la ligature. Le pansement consiste à rapprocher doucement les parties ; on évite les violences sur les articulations carpo-métacarpiennes, dont on prévient ainsi l'inflammation.

Amputations carpo-métacarpiennes. Tous les os du métacarpe peuvent être séparés du carpe, soit isolément, soit en totalité. Les deux premiers et le cinquième se désarticulent le plus fréquemment.

Désarticulation du métacarpien du pouce. L'extrémité supérieure du premier métacarpien *a* (fig. 239) présente en arrière une surface légèrement convexe et de forme triangulaire, qui s'articule avec le trapèze *b*, et est à peine séparée par un intervalle de 0^m,002 à 0^m,003 du second métacarpien *d*, reposant lui-même sur le côté interne du trapèze *b* et sur toute la face inférieure du trapézoïde *c*. L'articulation du premier métacarpien *a* avec le trapèze *b* (fig. 240) n'offre pas, à la face palmaire, les mêmes dispositions qu'à la face dorsale. Au lieu d'être sous-cutanée, elle est profondément recouverte par les muscles de l'éminence thénar. Le sommet du triangle, ou plutôt de la ligne courbe à convexité supérieure interne que présente l'extrémité du métacarpien, s'étend plus haut vers le carpe, et est incliné beaucoup plus en dedans, de sorte que le couteau du chirurgien doit la contourner dans ce sens pour diviser le ligament capsulaire, que l'on tend facilement en portant le pouce en dehors et en arrière pour l'éloigner du second métacarpien *d*, dont on risquerait autrement d'ouvrir la jointure avec le trapèze, jointure qui communique par une synoviale commune avec celle du trapézoïde *c*. Le doigt du chirurgien, promené de bas en haut le long de la face externe ou postérieure du premier métacarpien, reconnaît aisément le tubercule qui le

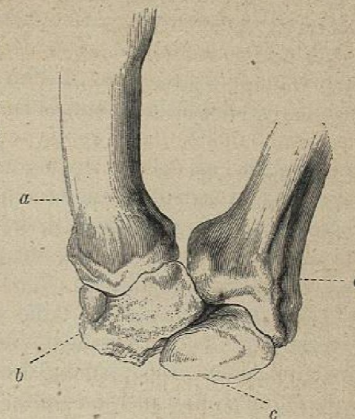


Fig. 239.

termine en dehors. Si les téguments étaient le siège d'une tuméfaction considérable, on se guiderait sur l'apophyse styloïde du radius, qui est à 0^m,03 au-dessus de l'extrémité correspondante du premier métacarpien.

L'artère radiale, après avoir contourné la face externe et postérieure du poignet, vient s'engager entre les extrémités des deux

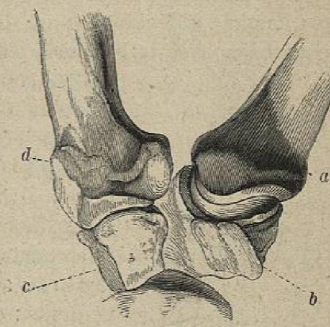


Fig. 240.

premiers métacarpiens, et peut être ouverte. On doit chercher à obtenir des lambeaux épais, bien disposés pour la réunion, et une cicatrice linéaire dorsale, moins accessible aux contacts et aux pressions qu'à la face palmaire.

Procédés opératoires. Grand lambeau externe. Taillé après ou avant la désarticulation.

a. Dans le premier cas, le chirurgien porte à plein tranchant un bistouri droit sur la commissure interdigitale et coupe devant lui les parties molles jusqu'au carpe, pendant qu'un aide soutient la main, et tire en dehors les téguments. Après cette première incision, le chirurgien, ayant reconnu le siège de l'articulation, renverse le pouce en arrière, divise la capsule articulaire en avant, suivant la courbe de l'extrémité antérieure du métacarpien, luxe l'os en l'écartant du trapèze pour inciser plus facilement les portions intactes de la capsule, et taille en terminant un lambeau cutané externe, qui doit être prolongé de 0^m,012 au moins au-delà de l'articulation métacarpo-phalangienne.

b. On arrive au même résultat en commençant l'amputation par le lambeau radial, taillé soit de dehors en dedans et du sommet vers sa base, soit par ponction de la base au sommet et de dedans en dehors; dans ce cas, on tire fortement les téguments en dehors, et, plongeant au niveau du trapèze la lame d'un bistouri étroit, on forme le lambeau cutané, auquel on donne la même longueur que dans la première opération. Le lambeau, renversé de bas en haut, laisse l'article à découvert; on divise la capsule en avant, et, contournant l'os avec le bistouri, en dehors, on traverse la jointure

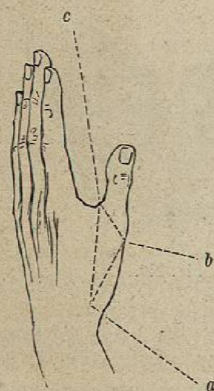


Fig. 241.

et l'on coupe en dedans les parties molles jusqu'au delà de la commissure, en ménageant avec soin la peau.

Ce procédé est moins favorable que le premier; il est difficile de donner au lambeau assez de largeur, et les bords en sont presque constamment irréguliers. La méthode à lambeau *a* en outre ici d'assez graves inconvénients: elle produit une plaie très-étendue, suivie d'une double cicatrice, dorsale et palmaire, et le lambeau, nécessairement mince et sans soutien, tend à se rouler sur lui-même, à se rétracter, et est mal disposé pour la réunion.

Méthode ovulaire. Elle a été depuis long-

temps décrite par Lassus, Béclard et Richerand. Voici comment l'exécute M. Scoutetten:

Main gauche. La pointe du bistouri est portée à 0^m,02 au-dessus de l'articulation *a* (fig. 241); l'incision *c*, dirigée de haut en bas, arrive à la commissure du pouce, contourne ce doigt, et remonte sur la face dorsale du métacarpien *b*, pour former, en se réunissant à la première *c*, un angle d'environ trente degrés. On divise les fibres musculaires adhérentes à l'os; on coupe les tendons extenseurs et long abducteur; puis on ouvre l'articulation et on détache l'os, en divisant quelques fibres musculaires et capsulaires.

Procédé décrit par Velpeau. Une incision dorsale, étendue de l'apophyse styloïde du radius à la commissure des deux premiers doigts, comprend les téguments, le tendon du long extenseur avec une partie du premier muscle interosseux et met l'articulation à découvert. Pendant qu'un aide écarte les lèvres de la plaie, le chirurgien divise la capsule, luxe l'os, et l'enlève en conservant une assez grande portion de l'éminence thénar.

Dans le procédé de M. Scoutetten (fig. 242), la surface traumatique présente le tendon du long extenseur du pouce *a*, celui du long abducteur *b*, la surface articulaire du trapèze *c*, les débris de la capsule *d*, l'artère radiale *e*, les fibres du muscle court abducteur *f*, celles du muscle opposant *g* et du court fléchisseur *h*, le tendon du long fléchisseur *i*, les fibres du muscle abducteur *j*, et enfin celles du premier interosseux dorsal *k*.

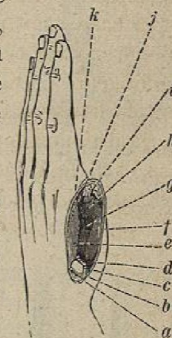


Fig. 242.

Les avantages de ce procédé sont évidents. On obtient une plaie petite et régulière, dont les lèvres sont bien soutenues, doublées de chairs, faciles à maintenir en contact, et donnant une cicatrice linéaire placée sur le côté postérieur externe de la main.

Incision antérieure. Un autre procédé, encore plus rapide, a l'inconvénient d'une cicatrice plus antérieurement placée.

La main droite du malade placée en supination, maintenue par un aide, et le pouce écarté en dehors, on fait sur l'éminence thénar, à 0^m,008 au-devant et au-dessus du trapèze, une incision profonde qu'on termine à la commissure digitale; tous les muscles insérés en dedans du métacarpien et de la première phalange sont divisés, et l'articulation carpo-métacarpienne du pouce mise à nu; on l'ouvre avec la pointe du bistouri, dont la lame contourne l'extrémité de l'os qu'on luxe, et, introduisant l'instrument en arrière de la tête du métacarpien, on enlève ce dernier par une incision à