

En suivant d'avant en arrière le bord externe et postérieur de l'os *b*, qui est sous-cutané (*fig. 249*), on rencontre une saillie distincte, appartenant à l'extrémité carpienne du métacarpien; l'articulation est derrière, et se trouve sur la même ligne transversale que celle du pouce, à 0^m,024 ou 0^m,028 au-devant de l'apophyse styloïde du radius.

La première surface articulaire appartient au trapèze *f*, et est fortement oblique d'avant en arrière et de dehors en dedans, dans la direction d'une ligne qui irait tomber sur l'extrémité inférieure du cubitus.

En dedans, une seconde surface articulaire intermétacarpienne *b*, *c* est également oblique de dehors en dedans, mais beaucoup moins cependant que la précédente.

Tout à fait en arrière, une troisième facette articulaire, à concavité antérieure, se joint au trapézoïde *g* (*fig. 249*), et se prolonge de dehors en dedans, pour constituer un quatrième point d'articulation très-étroit avec le grand os *h*.

Des ligaments nombreux affermissent toutes ces jointures, et un ligament interosseux très-fort unit les deux métacarpiens correspondants; mais le ligament le plus important est l'antérieur, qui assujettit l'espèce d'apophyse antérieure interne formée par le second métacarpien entre le grand os et le trapézoïde. Tant que ce ligament n'est pas coupé, la désarticulation est impossible, et si l'on n'était prévenu de cette difficulté, on pourrait être fort embarrassé.

Deux méthodes d'amputation ont été conseillées: celle à lambeaux et l'ovulaire.

Lambeau externe. On peut le tailler par transfixion ou de dedans en dehors, mais ce procédé a tous les inconvénients déjà signalés, pour le premier et le cinquième métacarpiens.

Méthode ovulaire. Appliquée par Langenbeck et décrite par M. Scoutetten, j'ai eu l'occasion de la pratiquer pour un spina-ventosa avec ramollissement gélatiniforme central du corps du second métacarpien droit. Le procédé suivant fut prompt et facile, et suivi d'un succès complet.

La main du malade tenue en pronation, et le pouce et le médius suffisamment écartés, l'incision fut commencée sur le dos du poignet *d* (*fig. 250*) dans la direction et au-dessus du métacarpien, à 0^m,016 environ

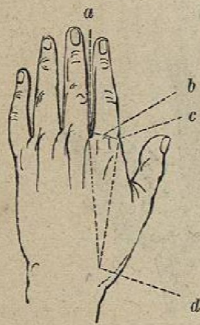


Fig. 250.

en avant du niveau de l'apophyse styloïde du radius. Cette incision fut continuée jusqu'au côté interne de la base de la première phalange du doigt indicateur *b*, que l'on rasa de très-près, afin de ménager une plus grande étendue de téguments; dirigeant le bistouri sur le pli digito-palmaire *c*, je le ramenai en dehors sur la face dorsale de la main, où je terminai l'incision sur l'extrémité de la première, au niveau de l'articulation métacarpo-phalangienne. On voit que nous n'enlevons de cette manière aucune partie des téguments de la face dorsale de la main, où nous ne pratiquons qu'une simple incision linéaire sans perte de substance; modification que nous apportons constamment au procédé ovulaire qui a seul été représenté (*fig. 250*).

Les lèvres de la plaie écartées, on place la pointe du bistouri sur le milieu de la longueur du métacarpien, qu'on contourne en partie de dedans en dehors et d'arrière en avant pour la faire saillir du côté opposé, et l'on divise d'un seul coup les muscles et les tendons, restés intacts, en retirant à soi l'instrument.

Dirigeant alors le bistouri le long de l'os, dont on suit le bord interne, on arrive sur l'union des deux métacarpiens, et, tournant l'instrument en dedans, dans la direction d'une ligne qui tomberait sur l'extrémité du cubitus, on coupe facilement le ligament interosseux.

La même manœuvre est répétée sur le côté externe de l'os, dont il faut contourner avec grand soin le tubercule externe, pour ne pas intéresser l'articulation du trapèze avec le pouce qui se trouve à 0^m,004 en dehors. Le bistouri est alors dirigé fortement de dehors en dedans pour ouvrir l'articulation de la facette externe du second métacarpien avec le trapèze.

Les ligaments antérieurs et postérieurs restent seuls à diviser. Les premiers sont, comme nous l'avons dit, difficilement atteints; on y parvient en portant sur eux la pointe de l'instrument à 0^m,008 environ de l'union des troisième et deuxième métacarpiens, pendant que de la main gauche on cherche à luxer l'os en arrière, ce qui arrive au moment où les ligaments ont été atteints; on coupe quelques minces trousseaux fibreux de la face dorsale, et l'opération est terminée.

Malgré la complication apparente de ces divers temps opératoires l'amputation est rapide; la plaie est pansée par première intention, à l'exception du point correspondant aux surfaces osseuses,

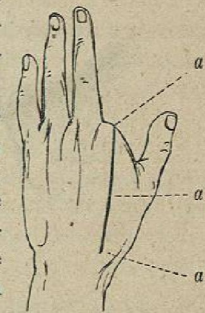


Fig. 251.