

l'endroit où l'autre a cessé, et là il réunit les deux incisions. Dans cette section, il ne coupe presque que la peau; alors il plonge le bistouri dans les parties molles, qu'il incise autour de l'os, et il finit en le désarticulant. Il réunit immédiatement.

L'artère radiale est toujours coupée dans la désarticulation du deuxième os métacarpien.

Troisième et quatrième os métacarpiens. La désarticulation de ces deux os peut se pratiquer de deux manières, soit en incisant les parties molles de chaque côté de l'os métacarpien, comme on le fait sur le côté interne du deuxième métacarpien, soit en pratiquant la méthode ovalaire d'après les principes indiqués pour ce dernier os. Dans ces opérations, il est difficile de trouver le lieu précis de l'articulation. On y parviendra en se guidant, pour le troisième métacarpien, sur l'articulation du deuxième, et pour le quatrième sur l'articulation du cinquième.

Cinquième os métacarpien. La désarticulation du cinquième os métacarpien présente une grande analogie avec celle du deuxième; aussi je ne la décrirai pas en détail et je me contenterai de rappeler ce que j'ai dit à propos de ce dernier os. Elle peut être faite par la méthode à lambeau ou par la méthode ovalaire. Dans la méthode à lambeau, on taille le lambeau de dehors en dedans, ou de dedans en dehors, en plongeant le bistouri à sa base. Il faut avoir soin, comme dans la désarticulation du deuxième os métacarpien, de prolonger le sommet du lambeau jusqu'au niveau du repli interdigital, afin de recouvrir les parties molles du quatrième os métacarpien. Quant à la méthode ovalaire, elle se pratique absolument comme sur ce dernier os; et on reconnaît l'articulation à la saillie que forme en dedans l'extrémité supérieure du cinquième os métacarpien, parce qu'elle est immédiatement au-dessus.

Désarticulation simultanée de plusieurs os métacarpiens et carpiens. Des chirurgiens ont proposé de désarticuler simultanément plusieurs os métacarpiens, et même tous les os métacarpiens. Ils ont également proposé de désarticuler avec les os métacarpiens les os du carpe correspondants. Ces opérations sont plutôt des opérations que l'on doit pratiquer sur le sujet mort que des opérations que l'on doit employer sur le sujet vivant. Les difficultés que présentent les désarticulations isolées des os du métacarpe doivent détourner de ces désarticulations simultanées, qui nécessitent la recherche, toujours difficile,

des articulations, et qui obligent à en ouvrir qui communiquent entre elles. Aussi j'engagerai toujours les praticiens à ne pas pratiquer ces désarticulations auxquelles on ne doit, suivant moi, avoir recours que dans certains cas exceptionnels où les avantages immenses qui devraient résulter de la conservation d'une partie de la main pourraient engager à courir les chances fâcheuses qui accompagnent si souvent l'ouverture des petites articulations. Ce que je dis pour les articulations des os du métacarpe avec les os du carpe s'applique encore plus aux articulations des os du carpe. Le chirurgien peut réussir; mais souvent il expose les jours du malade. Dans un cas de plaie du carpe, où j'ai été obligé d'extraire le grand os, j'ai voulu conserver le membre; je n'y suis parvenu qu'avec beaucoup de peine et après un traitement de quatre mois nécessité par les accidents inflammatoires, les abcès et les fûsées purulentes qui étaient survenus. Or, on est exposé à de semblables accidents toutes les fois qu'on désarticule des os du carpe, et souvent ces accidents sont mortels.

5° De l'amputation dans l'articulation du poignet.

Dans les maladies de la main qui exigent l'amputation, lorsqu'il est possible de conserver une assez grande quantité de peau pour recouvrir l'extrémité du radius et celle du cubitus, on doit pratiquer l'amputation dans l'articulation du poignet de préférence à l'amputation de l'avant-bras. Quelquefois aussi on a coupé la main avec succès dans cette articulation sans conserver assez de peau pour couvrir les extrémités des os de l'avant-bras; mais alors la guérison de la plaie a presque toujours été très-longue: dans quelques cas, la cicatrisation n'a été complète qu'au bout de quatre mois. L'amputation du poignet, que j'ai pratiquée plusieurs fois avec succès, s'exécute de la manière suivante.

Le cours du sang étant suspendu dans le membre par la compression qu'un aide exerce sur l'artère brachiale ou par le moyen du tourniquet, on fait à la peau deux incisions semi-lunaires, l'une en avant et l'autre en arrière; ces incisions, dont la convexité est tournée en bas, et qui se joignent par leurs extrémités sur les côtés du poignet, doivent, suivant l'épaisseur du poignet, s'étendre plus ou moins au-dessous de l'articulation, afin que les lambeaux de peau qui en résultent aient

assez d'étendue pour recouvrir entièrement l'extrémité des os de l'avant-bras; on dissèque ces lambeaux jusqu'à l'articulation, on les fait relever par un aide, et on coupe au niveau de leur base tous les tendons, les nerfs et les vaisseaux qui entourent le poignet; on divise ensuite les ligaments qui unissent la main à l'avant-bras. Le côté par lequel on doit commencer la section de ces ligaments n'est pas indifférent. Comme la cavité articulaire de l'avant-bras dans laquelle le scaphoïde, le semi-lunaire et le pyramidal sont reçus, a la forme d'un croissant dont les extrémités sont formées par les apophyses styloïdes du radius et du cubitus, si l'on commençait la section des ligaments par la partie antérieure ou postérieure de l'articulation, la lame du bistouri, qui est droite, agirait tout à la fois sur le milieu de l'articulation et sur les apophyses styloïdes du radius et du cubitus, qui arrêteraient son tranchant. L'apophyse styloïde du cubitus descendant plus bas que l'articulation du poignet, et son sommet se trouvant au niveau de l'articulation de la première rangée des os du carpe avec ceux de la seconde, si l'on commençait la section des ligaments par le côté interne ou cubital, on tomberait dans cette articulation, et si on continuait l'opération sans s'en apercevoir, au lieu d'emporter tous les os du carpe, comme on se le propose, on n'enlèverait que la seconde rangée de ces os. J'ai été témoin d'un cas dans lequel cela serait arrivé si l'opérateur ne se fût aperçu à temps de sa méprise. Le sommet de l'apophyse styloïde du radius se trouve juste au niveau du côté externe de l'articulation du poignet, en sorte que le bistouri, porté immédiatement au-dessous de ce sommet, pénètre dans cette articulation. C'est donc par le côté radial que l'on doit commencer la section des ligaments. On coupe d'abord le ligament latéral externe, ce qui donne la facilité de faire entrer la lame du bistouri dans l'articulation; on conduit ensuite cette lame de dehors en dedans, en suivant la ligne courbe de la cavité articulaire de l'avant-bras, et on divise la capsule dans toute son étendue, en inclinant la main vers le côté cubital de l'avant-bras pour luxer le poignet; enfin on coupe le ligament latéral interne. La main enlevée, on fait la ligature des artères; on ramène les lambeaux sur l'extrémité des os de l'avant-bras, et on les y maintient avec des bandelettes agglutinatives; mais comme cette extrémité présente une cavité, avant d'appliquer les bandelettes de diachylon gommé, on doit placer des tampons de charpie sur les lambeaux, afin qu'ils touchent immédiatement toute la surface de cette cavité, et qu'ils

puissent s'y agglutiner par première intention, c'est-à-dire sans suppuration (1).

6^e De l'amputation dans l'articulation du coude.

L'amputation de l'avant-bras dans la jointure du coude ne devant jamais être préférée à celle du bras, lorsque les parties molles qui couvrent cette articulation sont saines, nous croyons pouvoir nous dispenser de rapporter ici les différents procédés imaginés pour cette opération. Cependant il y a un cas dans lequel l'amputation de l'avant-bras doit être pratiquée dans l'articulation du coude : c'est lorsque la maladie a fait, pour ainsi dire, les principaux frais de l'opération, et qu'il ne reste plus pour l'achever qu'à faire la section de quelques parties musculieuses, tendineuses et ligamenteuses; mais alors cette opération ne peut être assujettie à d'autres règles que celles qui sont prescrites par les circonstances mêmes de la maladie (a).

(a) — Boyer dit peu de chose de la désarticulation du coude, parce qu'il rejette avec raison cette opération et qu'il veut qu'on la réserve pour les cas exceptionnels. Cependant je crois devoir remplir la lacune qu'il laisse sur ce sujet.

Nous trouvons dans Ambroise Paré, au chapitre 37 du 12^e livre, l'observation d'un soldat auquel il coupa l'avant-bras dans l'articulation du coude, pour une gangrène, suite d'une blessure d'arme à feu. Mais cette opération ne peut pas plus servir pour prouver l'avantage

(1) Boyer n'indique, pour l'amputation dans l'articulation du poignet, que la méthode à lambeau, dans laquelle on taille les lambeaux de dehors en dedans; on peut également la pratiquer en faisant les lambeaux de dedans en dehors. Pour cela, on plonge un couteau très-étroit dans un des côtés de l'articulation, on le fait sortir du côté opposé en rasant les os le plus possible, et on taille successivement un lambeau antérieur et un lambeau postérieur; puis on désarticule. On peut aussi pratiquer la méthode circulaire en faisant l'incision de la peau à trois centimètres au-dessous de l'articulation: on la fait tirer en haut par un aide, ou on la dissèque, et on désarticule d'après les préceptes indiqués.

de l'amputation dans l'articulation humero-cubitale, que pour établir les règles à suivre dans cette amputation.

Cette amputation peut être faite de deux manières, soit circulairement, soit à lambeaux, et on peut indistinctement enlever ou conserver l'olécrâne.

La méthode circulaire offre l'avantage de pouvoir être pratiquée dans les cas où on ne pourrait pas conserver assez de peau pour faire le lambeau. Le chirurgien, placé au côté externe du membre, fait fléchir à demi l'avant-bras. Il pratique à trois travers de doigt au-dessous du pli du coude une incision circulaire qui comprend la peau et l'aponévrose antébrachiale. Un aide les relève aussitôt, et le chirurgien coupe les muscles jusqu'aux os; il les détache de ceux-ci en remontant vers l'articulation, et quand il est arrivé à son niveau, il coupe les ligaments latéraux, ouvre la partie antérieure de la capsule articulaire et termine l'opération soit en détachant le triceps brachial, soit en sciant l'olécrâne.

La méthode à lambeaux a été proposée plus particulièrement pour la désarticulation du coude. Brasdor a le premier donné des principes sur cette opération, et je ne crois pas pouvoir mieux faire que de copier la description du manuel opératoire donné par lui dans le 5^e vol. des *Mémoires de l'Académie de chirurgie*. On étendra l'avant-bras. Un aide empoignera le bras au-dessus de l'articulation et retirera les ligaments vers l'épaule. L'opérateur, placé au côté externe du membre, prendra le couteau droit à deux tranchants qui se trouve dans les caisses d'amputation. Il en appliquera le tranchant principal sur l'olécrâne, un peu moins d'un travers de doigt au-dessous de l'extrémité de cette apophyse: il le détournera en dessous pour venir gagner, en coupant la peau, le condyle interne de l'humérus. Après cette première section, il en fera une seconde en menant le tranchant du couteau, de l'endroit de l'olécrâne où il a commencé, au condyle externe, de manière que l'incision de la peau vienne finir sur le long supinateur, un peu moins de deux travers de doigt au-dessous d'une ligne qui, en parcourant transversalement la circonférence du membre, passerait par l'extrémité de l'olécrâne (je suppose la stature d'un adulte), l'instrument se trouvant vis-à-vis la jonction du radius avec le condyle externe. On l'enfoncera jusque dans cette articulation, en abaissant le manche pour épargner dans cette coupe transversale les chairs du pli du bras. Cela fait, l'opérateur plongera

la pointe du couteau entre les chairs et le radius, lui fera continuer sa route par devant et le plus près qu'il sera possible de cet os et du cubitus. La pointe en étant sortie, il en inclinera le tranchant pour finir obliquement la coupe et former un lambeau d'environ deux travers de doigt. L'articulation paraît alors à découvert. On separe facilement le cubitus d'avec l'humérus, et l'on finit par la section de l'attache de l'olécrâne, ou du tendon des muscles extenseurs de l'avant-bras.

Il est probable que Brasdor proposa cette manière de faire l'amputation à lambeau, afin de ne pas ouvrir les vaisseaux dans le premier temps de l'opération, et de ne pas avoir à craindre une hémorrhagie. Depuis l'époque à laquelle Brasdor écrivait, les chirurgiens ont appris à redouter beaucoup moins l'écoulement de sang dans les opérations; aussi ont-ils proposé une autre manière de faire, qui ne diffère de celle de Brasdor que par le moment de l'opération où l'on pratique les diverses incisions. Sabatier l'attribue à Dupuytren. Elle a été rendue publique, en 1803, dans la thèse de Vacquier. On la pratique de la manière suivante. Le bras étant au tiers fléchi, le chirurgien, placé au côté externe du membre, reconnaît avec la main gauche la position exacte des tubérosités de l'humérus, et il enfonce, transversalement au-dessous d'elle et au devant de l'articulation, un couteau à deux tranchants, avec lequel il traverse les parties molles en rasant les os le plus possible. Il taille un lambeau, qu'il fait relever par un aide, il ouvre l'articulation, désarticule, coupe le tendon du triceps brachial, et la peau de la partie postérieure de l'avant-bras.

Le chirurgien peut agir autrement; il peut, après avoir formé le lambeau, couper circulairement la peau de la partie postérieure de l'avant-bras, puis ouvrir l'articulation et désarticuler.

La meilleure manière de pratiquer cette opération est la suivante. Le malade étant assis ou couché, et la compression de l'artère brachiale étant faite, le bras malade est étendu et mis dans la supination. Le chirurgien saisit avec la main gauche la masse des muscles de la partie antérieure et supérieure de l'avant-bras, et il les traverse de dehors en dedans pour le bras gauche, et de dedans en dehors pour le bras droit, en plongeant le couteau au-dessous des tubérosités humérales, et il taille un lambeau plus ou moins grand en raison du volume du membre. Il fait relever ce lambeau et il coupe circulairement la peau de la partie postérieure de l'avant-bras. Des que cette section est faite, il désarticule en coupant les ligaments antérieurs et latéraux,

et exerçant une légère traction sur l'avant-bras, il fait descendre l'olécrâne, qu'il isole en coupant ses attaches aux parties molles et au muscle triceps. Je pense que cela vaut mieux que de scier l'olécrâne. Après avoir lié les vaisseaux, le chirurgien réunit le lambeau immédiatement.

7° De l'amputation du bras dans son articulation avec l'omoplate.

Cette opération, qui suppose dans le chirurgien autant d'adresse que de courage, ne doit être pratiquée que dans le cas où il est absolument impossible d'amputer le bras dans la continuité de l'humérus. En effet, amputer le bras dans l'articulation scapulo-humérale, lorsqu'on peut le faire dans la continuité de l'humérus, c'est exposer le malade à une opération très-douloureuse et à des accidents beaucoup plus graves que ceux qui accompagnent ordinairement l'amputation du bras dans sa continuité.

On lit dans les Opuscles de Morand, 2^e partie, p. 212, que c'est Morand père qui a fait le premier à l'hôtel des Invalides l'amputation du bras dans l'article, et que c'est à tort que quelques-uns l'ont attribuée à Le Dran père, chirurgien-major des gardes françaises. Cependant c'est à Le Dran que l'on a fait l'honneur de cette invention dans le second volume des *Mémoires de l'Académie de chirurgie*, sans doute parce que la première description de cette opération se trouve dans les Observations de Le Dran, qui dit l'avoir trouvée parmi les papiers de son père. La maladie pour laquelle Le Dran pratiqua cette opération était une exostose avec carie et verrouillage, qui s'étendait depuis la partie moyenne jusqu'à la tête de l'humérus. Voici de quelle manière il fit l'amputation en présence de plusieurs de ses confrères. Il passa d'abord de la partie antérieure du bras à la postérieure, le plus près possible de l'aisselle qu'il put, une aiguille droite enfilée d'un fil fort, en plusieurs doubles et ciré, raclant l'os avec l'aiguille; il embrassa avec cette ligature les vaisseaux, toutes les chairs et la peau qui les couvre. Il mit une petite compresse entre les deux chefs de la ligature, et il les serra le plus qu'il lui fut possible. Il reconnut que les vaisseaux étaient bien pris, parce que le pouls cessa de battre. Pour lors, avec un couteau droit et étroit, il coupa la peau et le deltoïde transversalement jusqu'à l'articulation, où il coupa de même le tendon du muscle sus-épineux et le ligament orbiculaire.

L'articulation ouverte autant qu'il était nécessaire, l'aide qui tenait le bras fit sortir l'os de la cavité de l'omoplate, en le poussant en haut, ce qui donna à Le Dran la facilité de passer son couteau entre l'os et les chairs; il le fit couler de haut en bas, en tenant toujours le tranchant un peu tourné du côté de l'os; ainsi il descendit peu à peu, en coupant ce qui se trouvait sur son chemin, jusqu'au-dessous de l'endroit où il avait fait la ligature des vaisseaux. Il acheva l'opération en divisant le reste des chairs. Comme il restait un grand lambeau de chairs inutiles, il fit une nouvelle ligature avec une aiguille courbe, le plus haut vers l'aisselle qu'il lui fut possible, en embrassant assez de parties molles, et coupa au-dessous ce qu'il y avait de chairs superflues; dans celles-ci se trouva la première ligature que la seconde rendait inutile. Il remplit la cavité de l'omoplate avec de la charpie sèche, ce qu'il continua à tous les pansements. Il ne se fit aucune exfoliation, la cavité se remplit peu à peu de bonnes chairs; les ligatures tombèrent, et la plaie fut guérie en moins de deux mois et demi.

A peine cette opération fut-elle rendue publique, que plusieurs chirurgiens français firent de l'amputation du bras dans l'article l'objet de leurs méditations, et qu'ils cherchèrent à perfectionner cette opération. Garengot, dans la première édition de son *Traité des opérations*, décrit l'amputation du bras dans l'article d'après Le Dran, sans le nommer, et y joint quelques perfectionnements imaginés par J.-L. Petit. Ces perfectionnements consistent premièrement à se servir d'une aiguille très-courbe, et tranchante sur les côtés, pour faire la première ligature; secondement, à couper avec un bistouri droit, à deux ou trois travers de doigt au-dessous de l'acromion, la peau après l'avoir retirée vers le cou, puis le muscle deltoïde; troisièmement, à former un lambeau triangulaire dont la base regarde l'aisselle et la pointe cadre avec le lambeau du muscle deltoïde; quatrièmement enfin, à relever le lambeau inférieur et à baisser la portion du deltoïde conservée, après avoir fait une seconde ligature et ôté la première. Telles sont les modifications apportées par J.-L. Petit, selon Garengot, au procédé qui avait été suivi par Le Dran. Ces modifications peuvent être regardées jusqu'à un certain point comme des perfectionnements à ce procédé; mais La Faye y a beaucoup ajouté en rendant l'opération plus facile, plus courte, plus sûre et moins douloureuse. Sa méthode a été généralement adoptée jusqu'à ces derniers temps; et comme plusieurs praticiens recommandables la préférèrent encore au-

aujourd'hui aux procédés récemment imaginés, nous la décrivons ici, et pour n'y rien changer, nous transcrivons les propres expressions de La Faye.

« Je fais, dit cet habile chirurgien, avec un bistouri droit ordinaire, à la distance de trois à quatre travers de doigt de l'acromion, une incision transversale qui divise le muscle deltoïde, et pénètre jusqu'à l'os. J'en fais deux autres longues de deux à trois travers de doigt, l'une à la partie antérieure, l'autre à la partie postérieure, de manière qu'elles tombent perpendiculairement sur la première, et qu'elles forment avec elle une espèce de lambeau, sous lequel, après l'avoir séparé, je porte le bistouri pour couper les deux têtes du muscle biceps, et la capsule de l'articulation. Il m'est facile après cela de tirer à moi la tête de l'os et de la dégager par le moyen du bistouri avec lequel je coupe d'un côté et de l'autre, et que je porte entre l'os et les chairs qui sont sous l'aisselle et qui soutiennent les vaisseaux. J'observe de diriger le tranchant de l'instrument du côté de l'os. Je fais ensuite la ligature des vaisseaux le plus près de l'aisselle qu'il est possible, et j'achève de séparer le bras, en coupant les chairs à un travers de doigt de la ligature. J'abaisse le lambeau qui s'ajuste parfaitement à la partie et qui couvre toute la cavité glénoïdale de l'omoplate, en sorte qu'il ne reste qu'une plaie demi-circulaire. Enfin je laisse sortir par la partie inférieure de la plaie les extrémités du lien qui a servi à faire la ligature. »

Les avantages de cette méthode sur celle de Le Dran, modifiée par Petit et par Garengot, sont incontestables. Comme on ne fait la ligature des vaisseaux que lorsqu'on est près de détacher le bras, on épargne au malade les douleurs d'une ligature dans laquelle la peau est traversée deux fois. La situation du lambeau à sa partie supérieure rend son application sur la cavité glénoïde de l'omoplate plus facile, en même temps qu'elle favorise l'écoulement du pus, s'il survient une suppuration un peu abondante. Ajoutez à cela que l'épaisseur de ce lambeau et la grande quantité de vaisseaux qui s'y distribuent doivent faciliter sa réunion avec les parties sur lesquelles il est appliqué. Cependant la méthode de La Faye n'est pas entièrement exempte d'inconvénients. En effet, comme l'artère axillaire est entourée du plexus brachial, il est bien difficile de ne pas passer l'aiguille au travers de quelque une des grosses branches de ce plexus, ce qui peut donner lieu à des accidents. Le Dran, dans son *Traité des opérations*,

conseille de couper le lambeau inférieur avant de faire la ligature, de saisir aussitôt le tronc artériel avec le pouce et l'indicateur de la main gauche, et de le lier au moyen d'une aiguille enfilée de trois ou quatre brins de fil cirés, et unis ensemble. Ce procédé n'est pas sans inconvénient; car si l'on ne saisissait pas assez vite l'artère, le malade pourrait éprouver une hémorrhagie dangereuse. Mais on peut l'éviter par un moyen bien simple, que j'ai indiqué dans un mémoire sur la meilleure forme des aiguilles propres à la réunion des plaies et à la ligature des vaisseaux, et sur la manière de s'en servir dans le cas où leur usage est indispensable, présenté en 1791 à l'Académie royale de chirurgie, et qui a été inséré depuis dans le 3^e volume des *Mémoires de la Société médicale d'émulation*. Deux ans auparavant j'avais employé ce procédé sur un malade extrêmement faible, et qui n'aurait pu perdre sans le plus grand danger la moindre quantité de sang. Appelé pour seconder l'opérateur, je m'étais chargé des moyens de prévenir l'hémorrhagie. Je fis donc comprimer l'artère axillaire derrière la clavicule sur la première côte pendant l'opération. Mais, comptant peu sur ce moyen, lorsque la tête de l'humérus fut désarticulée et le lambeau interne détaché de l'os, avant la section de ce lambeau, je le saisis avec l'indicateur et le doigt du milieu placés sur la peau et le pouce appuyé sur l'artère du côté de la plaie; de cette manière je me rendis facilement maître du sang, pendant que l'opérateur acheva de couper le lambeau; l'artère, dont l'orifice était très-apparent, fut saisie avec une pince à dissection et liée immédiatement. Le malade ne perdit pas une goutte de sang par l'artère principale, et celles qui étaient moins considérables, ayant été liées au moment où elles venaient d'être coupées, n'en versèrent pas une once. Mais le malade était excessivement épuisé; il succomba au bout de quelques jours. L'idée de ce procédé ne nous appartient pas; l'intérêt de la vérité nous oblige de dire que nous l'avons puisé dans le passage suivant du traité des opérations de Brandi: « D'autres conseillent, lorsque la tête de l'humérus est retirée hors de l'incision, de serrer fortement les vaisseaux avec le pouce qu'on applique dessus et le doigt indicateur et celui du milieu dessous, pour que le sang ne puisse plus passer; ensuite de couper au-dessous les chairs et les téguments, et de ne faire la ligature des vaisseaux qu'après cette manœuvre. » Brandi ne dit point quels sont les auteurs qui ont donné ce précepte.

Sharp, Bromfield et plusieurs autres, dans la vue de perfectionner

la méthode de La Faye, y ont apporté des modifications. Mais comme ces modifications ne rendent l'opération ni plus sûre ni moins douloureuse, ni d'une exécution plus facile, nous croyons devoir les passer sous silence.

Desault, à qui la chirurgie doit des découvertes utiles et qui a élevé à un haut degré de perfection plusieurs de celles qui étaient déjà faites, a imaginé une méthode pour l'amputation du bras dans son articulation avec l'omoplate, qui diffère essentiellement de celle de La Faye. Dans cette méthode, on conserve deux lambeaux, l'un antérieur et l'autre postérieur. Comme ces lambeaux correspondent aux extrémités du plus petit diamètre de la cavité glénoïde de l'omoplate, ils s'appliquent plus facilement sur cette cavité, et la recouvrent plus exactement que les lambeaux dont l'un est supérieur et l'autre inférieur; la suppuration, si elle est abondante, n'est point retenue par les lambeaux entre lesquels elle s'écoule aisément. Desault pratiquait ainsi cette opération. Le malade situé convenablement, et l'artère axillaire comprimée par un aide derrière la clavicule sur la première côte, il enfonçait perpendiculairement un couteau droit, dont le dos était tourné en haut, dans la partie antérieure du moignon de l'épaule, immédiatement au devant de l'articulation de la clavicule avec l'acromion, au travers du deltoïde, jusqu'à la tête de l'humérus : il faisait glisser la pointe du couteau autour de cette éminence, ensuite ramenant cet instrument à sa première direction, il continuait de l'enfoncer au travers des chairs, pour en faire sortir la pointe près du bord postérieur de l'aisselle; il conduisait le couteau de haut en bas entre les chairs et l'os, en tournant un peu le tranchant vers ce dernier dont il rasait la face interne pour ne point intéresser les vaisseaux. Parvenu à l'endroit où le lambeau devait se terminer, il dirigeait le tranchant vers les chairs pour achever la section de ce lambeau. Quoique l'artère axillaire fût comprimée, comme Desault n'avait pas une entière confiance dans cette compression, aussitôt que la section du lambeau était achevée, un aide intelligent devait le saisir avec les trois premiers doigts, et le tenir jusqu'à la fin de l'opération. Le lambeau antérieur étant formé et relevé par l'aide qui l'avait saisi, si l'articulation n'était pas ouverte, Desault faisait porter le bras en arrière par un aide pour rendre saillante au côté interne de la cavité glénoïde la tête de l'humérus, sur laquelle il coupait avec un bistouri droit à pointe mousse le tendon du muscle sous-scapulaire et le ligament orbiculaire qui

lui est intimement uni. Il était facile alors de luxer l'humérus en dedans, de conduire le couteau entre la tête de cet os et la cavité glénoïde, pour couper le reste du ligament orbiculaire et les tendons des muscles sus-épineux, sous-épineux et petit rond; ensuite, de conduire l'instrument de haut en bas, entre le côté externe de l'os et le deltoïde, pour former le lambeau auquel on devait donner une étendue proportionnée au lambeau interne. Le membre enlevé, on saisissait l'artère axillaire avec une pince à dissection, et un aide en faisait la ligature immédiate. On liait de la même manière toutes les autres artères dont on pouvait apercevoir les orifices; on nettoyait la plaie avec une éponge, on ramenait les lambeaux sur la cavité glénoïde, et on les y maintenait avec des bandelettes agglutinatives, de la charpie, des compresses, et le bandage appelé spica de l'épaule.

Cette méthode a quelque chose de séduisant par la facilité et la promptitude de son exécution sur le cadavre, mais son application sur le vivant, outre qu'elle n'est pas toujours possible, à raison des altérations que la maladie peut avoir fait éprouver aux parties, a des inconvénients qu'il est facile d'apercevoir. Comme on ne peut compter entièrement sur l'effet de la compression de l'artère axillaire pour prévenir l'hémorrhagie, on est obligé de faire saisir le lambeau antérieur par un aide au moment où il vient d'être coupé; or, si cet aide n'a point assez d'intelligence pour s'acquitter convenablement de cette fonction, ou s'il vient à se troubler, le malade pourra éprouver une hémorrhagie dangereuse. Ajoutez à cela que, quelque habile que soit le chirurgien, il est presque impossible qu'il donne aux deux lambeaux la même étendue et la même forme; en sorte que leur réunion ne pourra se faire avec l'exactitude convenable. Desault ne se dissimulait pas ces inconvénients: aussi, tandis qu'il enseignait cette méthode dans ses cours, et que moi-même, qui étais chargé de la direction de son amphithéâtre, j'apprenais à ses élèves à l'exécuter sur le cadavre, cet habile maître pratiquait la méthode de La Faye sur le vivant.

Cependant la méthode de Desault est assez généralement adoptée aujourd'hui, mais avec des modifications qui ont fait disparaître les inconvénients dont nous venons de parler. Ces modifications consistent à terminer l'opération par le lambeau antérieur, à faire comprimer ce lambeau par un aide avant d'en achever la section, afin de se rendre maître du sang, et à faire la ligature immédiate de l'artère lorsque le