

amener sous le talon du tranchant la partie droite de la capsule, dernière partie que vous puissiez inciser pour le moment (g).

La main gauche, remontée lestement le long du bras, jette la tête de l'humérus en dehors. — Avant d'engager le couteau par le milieu en dedans de cette tête, préparez cet engagement d'un coup de pointe sur l'insertion humérale de la lèvre capsulaire antérieure, afin de bien raser le col et de ne couper ni l'artère ni le nerf circonflexes postérieurs. Et si l'artère n'a pas été liée, dites à l'aide qui tient les lambeaux, de plonger le pouce de sa main antérieure dans la plaie, les doigts dans l'aisselle (attitude de la figure 268), pour saisir les vaisseaux; dites-lui d'appuyer cette main sur le thorax afin qu'elle ne glisse pas, et d'user au besoin de la seconde qui tenait le lambeau postérieur (h). — Ayant donc engagé le plein tranchant, rasez la face postéro-interne de l'humérus et sortez au niveau de la section cutanée, coupant d'un coup tout le contenu du canal axillaire, la longue portion du triceps et les tendons du grand dorsal et du grand rond.

Après vous être assuré qu'aucune artériole ne donne plus; après avoir réséqué toutes les bribes flottantes, capsulaires ou autres, s'il y en a, raccourci les nerfs trop longs, etc., vous faites le pansement. Voulez-vous réunir? Rapprochez les lèvres antérieure et postérieure de la plaie. Fixez-les en contact, si elles sont suffisantes, en laissant une ouverture inférieure pour le drainage. Par-dessus les moyens d'union, appliquez un tampon qui enfonce mollement les lambeaux dans l'excavation sous-acromiale jusqu'au contact de la cavité glénoïde. Comprimez de même les clapiers axillaires.

Notes. — (a) Pendant ce temps l'aide rétracte la peau si elle est mobile; sinon, l'opérateur commence à un travers de doigt plus bas, car il ne faut pas que l'incision découvre ce futur promontoire osseux.

(b) Dans le cas où il y a doute véritable touchant l'opportunité de la résection ou de l'amputation, il faut faire l'incision un peu plus en avant comme Fleury.

Avec de l'adresse et une attitude du bras calculée, on peut inciser du haut en bas, dans la coulisse bicipitale, et désinsérer du coup le grand pectoral. Il faut, pour atteindre ce but, mettre le doigt dans la plaie quand le deltoïde est fendu, chercher l'origine de la coulisse entre les deux tubérosités, y mettre la pointe du couteau et inciser vigoureusement en descendant le plus possible et côtoyant le tendon bicipital.

(c) Naguère encore, les opérateurs d'amphithéâtre coupaient à plein tranchant la peau et les muscles du même coup, de chaque côté de la fente longitudinale. Ils avaient donc besoin d'une longue fente permettant d'écartier la lèvre postérieure au moment de l'attaque de l'antérieure, et réciproquement. Avec la manière actuelle d'inciser en deux temps et avec la pointe, la moitié inférieure de l'incision longitudinale n'est pas indispensable.

(d) Il suffit de lier au-dessous de l'origine des circonflexes pour parer au plus grand

danger. Rien n'empêche, du reste, de lier ces artères elles-mêmes, immédiatement. En isolant l'axillaire, on déchire souvent le tronc veineux commun des circonflexes ou ses branches placées devant l'artère. Ces veinules saignent assez abondamment; il ne faut pas s'en effrayer.

(e) Il est d'autant plus utile de bien décoller ce lambeau qu'il a plus de largeur, c'est-à-dire qu'on a fait l'incision plus en avant. C'est le cas de la modification de Fleury, qui plaît à beaucoup de chirurgiens. Cela va bien pour commencer, mais quand il s'agit de diviser la partie postérieure de la capsule, il faut que les élèves ne l'oublient pas, la besogne de l'opérateur est rendue plus difficile parce que celle de l'aide, le relèvement du lambeau postérieur, reste toujours imparfaite.

(f) Il faut saisir le coude, parce que, plat et irrégulier, il offre de la prise et obéit à la main gauche, qui peut ainsi imprimer à l'humérus la rotation voulue. Que de fois j'ai vu élèves et maîtres saisir le bras par le milieu, tordre vainement l'enveloppe charnue et mobile de l'humérus sans parvenir à faire tourner celui-ci! En cas de fracture, le davier intervient (voy. fig. 270, p. 579).

Qu'elle saisisse le coude ou le davier, la main gauche de l'opérateur commence par imposer la rotation à droite, mais elle doit étudier son attitude initiale (extension forcée, fig. 269) afin d'exécuter facilement ensuite la rotation à gauche ou détorsion dans toute l'étendue nécessaire.

(g) Le couteau, pour sectionner la capsule, exécute les mouvements ordinaires de trépidation sur place. Les jeunes opérateurs vont toujours trop vite et passent par dessus la besogne; ils se contraignent ainsi à revenir plusieurs fois sur leurs pas. Le couteau ne doit avancer que lorsque le cartilage est visible dans l'incision. L'humérus tordu à droite reste immobile pendant la section des parties gauche et supérieure de la capsule. Alors seulement que le couteau a divisé le tendon bicipital, la détorsion de l'humérus commence et ne va pas plus vite que le couteau qui travaille sous les yeux de l'opérateur.

(h) Si l'artère n'a pas été liée, l'aide, ayant la main dans l'attitude de la figure 268, p. 577, cherche les battements et, quand il tient le vaisseau, dit à l'opérateur: Allez! L'aide, agissant des deux mains, une devant, l'autre derrière, est plus sûr de ne pas faillir.

Quand même l'artère aurait été liée d'avance, il serait bon, par surcroît de précaution, de faire saisir les vaisseaux pour éviter l'entrée de l'air dans les veines. J'ignore pourtant si cet accident est compatible avec le calme respiratoire des anesthésiés.

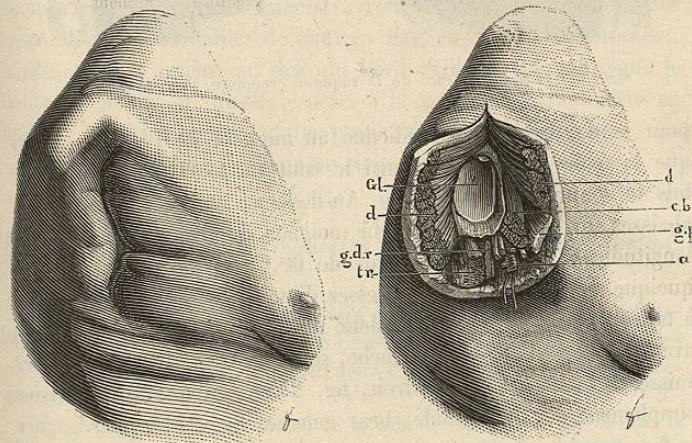


FIG. 271. — Moignon de désarticulation de l'épaule, réunion secondaire.

FIG. 272. — Moignon béant; raquette. Parties désignées par leurs initiales.

Raquette améliorée (croupière).

L'opérateur placé au bout du bras écarté et fléchi au coude peut le tenir et le manœuvrer lui-même. L'avant-bras sera soutenu au besoin par un assistant placé en dedans. L'aide de confiance chargé des lambeaux et des vaisseaux se tient près de la tête.

1^o *Incisions extérieures.* — De la main gauche, empaumez et serrez les chairs de la partie postéro-interne de la racine du bras,

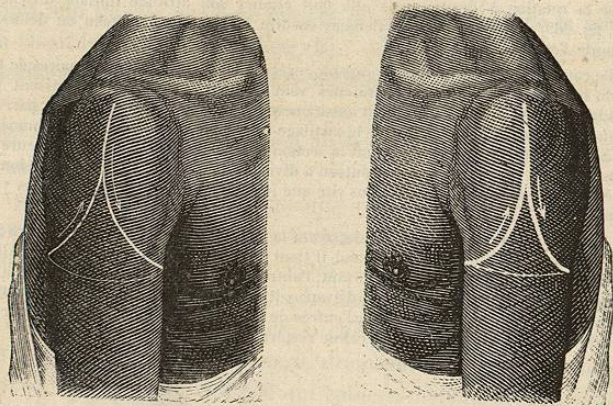


Fig. 275 et 274. — Tracé de la raquette croupière, procédé élégant.

pour tendre la peau deltoïdienne au moment de l'attaque. Alors que la main droite a déjà saisi le couteau, touchez une dernière fois le sommet de l'acromion. Au-dessous, enfoncez la pointe et abaissez sur la partie externe du moignon de l'épaule une incision longitudinale profonde et longue de 9^m,05. A partir de ce point, quoique descendant toujours, cessez d'inciser à fond et commencez à tourner à droite. Ne divisez donc maintenant que la peau tendue avec intelligence par votre gauche, soit que vous ayez à croiser les vaisseaux axillaires (bras droit, fig. 275), soit que vous incisiez simplement sur le deltoïde (bras gauche, fig. 274), pour gagner la face postérieure du membre. Arrivé là, vous ne pouvez aller plus loin; vous devez être à 0^m,10 au-dessous du niveau de votre point

de départ, beaucoup plus ou un peu moins suivant le volume de l'épaule. — Par-dessus le membre, reprenez sur le bord postérieur de l'aisselle, la partie terminale de la première incision et la ramenez convexe, ascendante et symétrique dans la terminaison de la partie longitudinale, à 0^m,05 du bec acromial. En commençant cette reprise, que ce soit dans l'aisselle (bras gauche, fig. 274) ou même sur le deltoïde (bras droit, fig. 275), ne coupez que la peau attentivement et sous vos yeux.

2^o *Section des muscles antérieurs.* — Dans la plaie courbe antérieure, vous apercevez les faisceaux deltoïdiens antérieurs confondus en bas avec le tendon grand pectoral. Divisez le tout de haut en bas pendant que le membre est dans la rotation externe, ayant soin de longer la coulisse bicipitale. Faites relever le lambeau et découvrez bien la partie antérieure de la capsule. — Comme le poids du membre fatigue la gauche de l'opérateur, je lui conseille de le confier à un aide et de mettre la main gauche au lambeau pour diviser les chairs antérieures pectoro-deltoïdiennes après les avoir pincées et soulevées et pour refouler ensuite le lambeau vers la clavicule.

3^o *Voulez-vous lier l'artère?* — Si oui, découvrez-la en coupant le faisceau coraco-bicipital comme il a été dit plus haut. Si non :

4^o *Entaille du deltoïde postérieur.* — Dans la plaie courbe externe et postérieure complétez l'incision musculaire déjà amorcée. Si vous n'employez votre gauche à rétracter la peau, commandez votre aide afin d'entailler de haut en bas, en creusant légèrement. N'allez pas en arrière au delà du bord axillaire : il suffit que le lambeau deltoïdien, disséqué grâce à la rotation de l'humérus en dedans, découvre bien la partie postérieure de l'articulation.

5^o *Désarticulation.* — Comme ci-dessus, p. 579 et suiv.

Remarques sur quelques manières d'inciser les parties molles.

Dans les procédés qui viennent d'être décrits et figurés, à quoi sert l'incision longitudinale? 1^o A permettre l'exploration de l'articulation dans les cas douteux; 2^o à faciliter singulièrement l'entaille des chairs et la désarticulation.

Mais on peut s'en passer, même de la moitié supérieure qui forme la queue de la raquette; pourvu que les téguments et les muscles aient assez de flaccidité et se laissent rétracter facilement. Ce devient alors une inci-

sion ovale à bords convexes dont l'angle culminant est situé à 0^m,05 (trois doigts) du sommet de l'acromion. Le résultat est magnifique. Seulement il ne s'obtient pas facilement sur les sujets musclés; je conseille donc

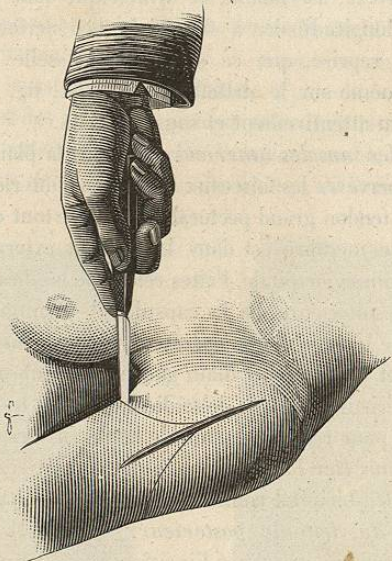


FIG. 275. — Désarticulation de l'épaule *gauche*. — Raquette. L'incision longitudinale de 0^m,10 est faite, mais pourrait ne l'être pas; le couteau ayant coupé en dedans du bras en tirant, va faire l'incision oblique antérieure.

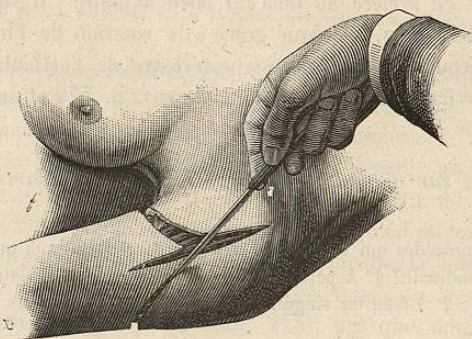


FIG. 276. — Désarticulation de l'épaule *gauche*. — Raquette. Attitude de la main droite de l'opérateur pour pratiquer commodément l'incision oblique postérieure commencée par une reprise derrière le bras.

d'ajouter une queue longitudinale de 0^m,05, c'est-à-dire remontant jusqu'au-dessous du bec de l'acromion (incision de Guthrie).

Quant à la division des téguments, suivant un tracé de raquette amé-

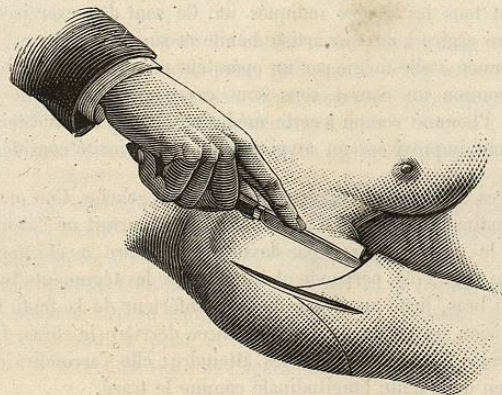


FIG. 277. — Désarticulation de l'épaule *droite*. — L'incision longitudinale de la raquette est faite, mais pourrait ne l'être pas. — Le chirurgien, placé près de la tête, après avoir coupé en dedans du bras en tirant le couteau, est en train de pratiquer l'incision oblique antérieure.

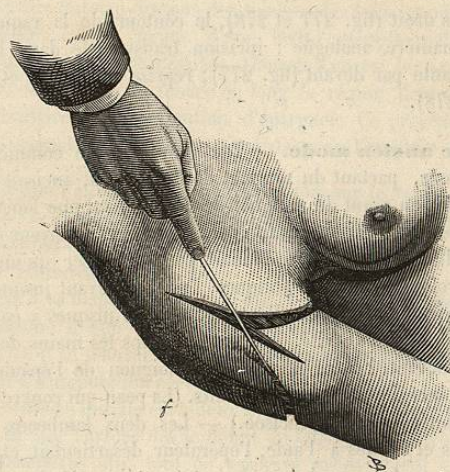


FIG. 278. — Désarticulation de l'épaule *droite*. — Raquette. Le chirurgien, placé vers la tête, fait de la main droite, en supination, l'incision oblique postérieure qu'il a commencée par une reprise derrière le membre.

liorée ou croupière, il n'est pas indispensable de descendre l'incision qu'on fait à sa droite et de remonter celle qu'on fait à sa gauche. On peut le voir en étudiant les figures précédentes, 275, 276, 277 et 278.

Ceux qui ont des cadavres à discrétion feront bien de s'assouplir le poignet en répétant tous les modes indiqués ici. Ce sont des exercices à faire par celui qui aspire à devenir artiste habile et sûr. Une main exercée, fût-elle abandonnée à elle-même par un opérateur préoccupé, va toute seule et va bien, comme un cheval sous son cavalier endormi. Et n'oubliez jamais que l'homme rompu à cette médecine opératoire éducatrice a pour les opérations improvisées ou atypiques une supériorité considérable.

Les figures 275 et 276 représentent l'épaule gauche. Une grande incision longitudinale exploratrice a été faite, mais pourrait ne l'avoir pas été.

Ensuite le couteau passé par-dessus le membre a été appliqué, la pointe basse (fig. 275), perpendiculairement sur les téguments internes de la racine du bras, juste au niveau du bout inférieur de la fente longitudinale. L'incision suivie de l'œil, commencée derrière le bras, tirée avec légèreté, croise les vaisseaux sans les atteindre; elle s'arrondira et rejoindra le milieu de la fente longitudinale comme le tracé.

Enfin (fig. 276), la main droite, en pronation, l'index appuyé au talon mousse de l'instrument, tranchant en l'air, reprend sous le bras l'extrémité initiale de l'incision précédente et trace en dehors le deuxième arc de la raquette courbe, convexe et symétrique au premier.

Sur le bras droit (fig. 277 et 278), le contour de la raquette peut se faire d'une manière analogue : incision transversale dans l'aisselle, arquée ascendante par devant (fig. 277); reprise en arrière et trajet symétrique (fig. 278).

Raquette ancien mode. — Tout étant disposé comme je l'ai indiqué, l'opérateur, partant du sommet de l'acromion, incisait à fond, soit en dehors, soit en avant du moignon de l'épaule, sur une longueur de 6 ou 8 centimètres. — Il faisait ensuite partir, du tiers inférieur de cette incision longitudinale, qu'il entre-bâillait pour n'inciser qu'une lèvre à la fois, deux profondes entailles obliques, l'une en avant jusques y compris le bord antérieur de l'aisselle, l'autre en arrière jusques y compris le bord postérieur de la même cavité. Pendant ce temps les mains de l'aide, appliquées, l'une devant, l'autre derrière le moignon de l'épaule, exerçaient une traction énergique sur les téguments. (La peau qui couvre les vaisseaux devait être ultérieurement incisée.) — Les deux lambeaux triangulaires étant décollés et confiés à l'aide, l'opérateur désarticulait et engageait le milieu de son couteau en dedans de la tête et bientôt du col chirurgical qu'il rasait pour éviter les vaisseaux. — A ce moment, le pouce de l'aide enfoncé en dehors et en arrière du faisceau musculaire coraco-brachial,

profondément, sentait l'artère et la saisissait. Le couteau, continuant à marcher vers le coude, arrivait bientôt aux limites inférieures des incisions obliques; son tranchant se tournait alors vers l'aisselle et sortait à travers tout le paquet vasculo-nerveux, les muscles et la peau jusqu'ici épargnés.

Avec la précaution de faire les entailles obliques en deux temps, c'est-à-dire de sectionner d'abord la peau, puis, après sa rétraction, les muscles, ce procédé donne un bon résultat. Cependant les téguments de l'aisselle ne sont pas toujours bien coupés en terminant.

C'est pour cela sans doute que certains opérateurs, après avoir fait la queue de la raquette, essayaient d'en faire tout l'ovale d'un seul coup. Ils passaient à cet effet le couteau sous le membre, la pointe haute, et l'amenaient jusque devant le deltoïde, pour attaquer la lèvre antérieure de l'incision longitudinale, lèvre poussée par la main gauche sous le tranchant. Ils incisaient d'abord à fond la peau, le deltoïde et le grand pectoral; puis superficiellement la peau seule, dans l'aisselle, en croisant les vaisseaux; puis encore à fond, la peau et le deltoïde, en terminant par l'incision oblique postérieure. Le reste de l'opération comme ci-dessus.

Autres procédés.

L'incision circulaire pure (fig. 502, p. 405), qui, pour donner assez de peau, devrait être faite au-dessous des tendons des muscles adducteurs, n'est pas à conseiller; car, à moins d'une laxité exceptionnelle des parties molles, la capsule reste inaccessible. Alanson s'en est bien aperçu: il nous en avertit en conseillant de fendre en long la région deltoïdienne que la méthode circulaire a la prétention d'épargner. Ce procédé rentre dans le mode en raquette et plaît aux simplistes: on l'emploie assez souvent.

Le procédé que Félizet a employé quatre fois sur le vivant, à son entière satisfaction — *la raquette à queue axillaire* — est au point de vue du moignon, comparable à la fois à la méthode circulaire oblique en bas et en dehors et au lambeau externe.

Félizet avait à sa disposition le deltoïde et les téguments de tout le pourtour du membre; il s'en est servi de la manière la plus raisonnable, une fois accordé qu'il se trouvait dans des conditions où la désarticulation doit être préférée à l'amputation cervicale.

Sa fente axillaire initiale est à deux fins toutes deux importantes. D'abord elle permet de lier l'artère dès le début de l'opération: Félizet lie au-dessous des circonflexes afin, tout en assurant suffisamment l'hémostase, de laisser perméable la nourricière du deltoïde. Plus tard il s'applique à ménager le nerf pour conserver au moignon un pédicule vasculo-nerveux intact. Enfin, après dessin et entaille du contour de la raquette, section

de l'artère, de la veine liée et des nerfs, la fente axillaire rend possible la désinsertion des muscles adducteurs, le relèvement complet de l'épaulette deltoïdienne et par conséquent la découverte et la section de la capsule.

L'incision elliptique (fig. 504, p. 405), passant, en dedans à 40 centimètres du niveau du sommet acromial, et en dehors à 6 seulement, n'a jamais embarrassé Marcellin Duval ni ses élèves : je le crois volontiers, car le prudent chirurgien dissèque d'abord la peau pour la relever en manchette comme autrefois Velpeau, et coupe ensuite les muscles de la manière que j'ai conseillée d'après lui. Ce procédé évite l'incision longitudinale, c'est quelque chose ; mais cela, quoi qu'on dise, ne facilite pas la désarticulation. L'incision elliptique est fort simple, c'est un avantage ; mais les deux lèvres ou lambeaux qu'elle donne en définitive, au moment de la réunion, ne sont pas convexes, et c'est un petit inconvénient. Sans parler des cas rares où la résection est en balance avec la désarticulation, l'opérateur qui aime ses aises ne se privera pas de l'incision longitudinale plus ou moins longue. Il faut être bien malhabile pour la commencer si haut que l'acromion saille ensuite à travers la plaie.

Celui qui, sûr de lui et rompu aux difficultés de la désarticulation, veut le bien purement et simplement, peut pratiquer l'incision elliptique. Le raffiné préférera, je crois, l'incision ovale à bords convexes, ou plutôt son dérivé, la raquette à courte queue, la croupière : rien n'est plus beau ni plus facile.

La méthode à deux lambeaux, antérieur et postérieur, avait été vulgarisée par Lisfranc (fig. 296, p. 401). Le résultat n'est pas mauvais et se rapproche beaucoup de celui des dérivés de la méthode ovale. Aujourd'hui, si l'on voulait exécuter deux lambeaux, on les dessinerait d'abord et on les entaillerait ensuite de la superficie vers la profondeur. Leurs contours seraient les tracés mêmes de l'incision en raquette à bords convexes, un peu plus fortement recourbée du côté de l'aisselle. Le temps n'est plus où la transfixion si prestement exécutée par Lisfranc et ses élèves, de l'aisselle au défaut acromio-coracoïdien, ou inversement, à travers la cavité articulaire, créait de véritable lambeaux.

Cependant, à Lyon, en 1881 si j'ai été bien informé, dans un concours, la désarticulation de l'épaule par le procédé de Lisfranc a dû être exécutée par un candidat.

Ce procédé à deux lambeaux (fig. 296, p. 401), que j'ai souvent pratiqué dans les mois d'été, alors qu'on n'a rien de mieux à faire des cadavres, est difficile, mais très rapide. Je ne pense pas que personne soit jamais tenté d'y avoir recours sur le vivant. Je dirai donc : Le cadavre est assis sur une chaise, le bras tenu légèrement écarté du tronc et de manière à relâcher toutes les chairs postérieures de l'épaule, qu'il s'agit de tailler

en lambeau par transfixion. — Le chirurgien, placé derrière, met les doigts sur le défaut acromio-coracoïdien et, du bout du pouce, accroche le bord postérieur de l'aisselle devant lequel s'engage un couteau long et étroit qui, presque parallèle à l'humérus, traverse la partie postérieure de la capsule articulaire et sort devant le tendon bicipital, dans le triangle acromio-coracoïdien. Un coup de poignet fait subitement mordre la pointe pour la dégager en dehors du bec acromial ; et le plein du tranchant taille, en sortant, un lambeau arrondi qu'un aide relève immédiatement.

Le couteau, toujours la pointe haute pour le bras gauche, mais la pointe basse pour le bras droit, retourne à l'articulation largement béante, la traverse, contourne la tête humérale, rase le col et forme en sortant, après qu'un aide a saisi l'artère, le lambeau antéro-inférieur.

Parmi les procédés qui ont été fréquemment employés, il en est un qui paraît encore, pour quelques chirurgiens étrangers, le procédé d'élection. Il consiste à tailler avec le deltoïde un grand lambeau externe qui retombe comme un rideau sur la plaie qu'il cache, mais ne comble pas, car il flotte à distance de la cavité glénoïde ; comme aussi le lambeau postérieur de la circulaire à fente antérieure de Fleury. D. Larrey a critiqué ce procédé, reprochant au lambeau de mal s'adapter, d'être mal nourri, froid, paralysé, etc. S. Cooper a montré, avec des faits, qu'il ne fallait pas craindre de l'employer chaque fois qu'il était indiqué par la forme de la blessure, lorsqu'une balle, par exemple, a perforé l'épaule d'avant en arrière. Tel qu'on le pratiquait au début du siècle (Paroisse, 1800 ; Grosbois, 1805 ; Ch. Bell, 1808) et encore au temps de Dupuytren, qui n'aimait pas à s'en servir et qui pourtant lui a donné son nom, le procédé à lambeau externe avait un mérite bien peu prisé de nos jours, celui de la rapidité (fig. 290, p. 597). On pouvait dire de lui ce que Richerand écrivait sur le procédé de Lisfranc : il demande le temps de lever l'aile d'une perdrix.

Lambeau externe.

Pour le pratiquer suivant le mode ancien, vous feriez asseoir le malade, le bras tenu horizontalement écarté, à angle droit. Vous auriez ce membre à votre gauche, empoigneriez la masse deltoïdienne pour la soulever, et transperceriez sa base d'arrière en avant (bras gauche) ou d'avant en arrière (bras droit). En rasant la tête, puis le col et le corps de l'humérus, vous tailleriez de toute la longueur du deltoïde un lambeau arrondi relevé à l'instant par votre gauche qui le confierait à l'aide. Saisissant le coude, de cette

même main gauche devenue libre, et le rapprochant du tronc, vous désarticuleriez comme d'habitude, passeriez le couteau en dedans de la tête et du col, feriez saisir l'artère et sortiriez enfin à travers l'aisselle.

Il vaut mieux tailler le lambeau de dehors en dedans en le dessinant d'abord avec la pointe du couteau qui, dans son premier passage, n'intéresse que la peau. On incise ensuite le muscle et, le tout étant relevé, l'on coupe attentivement les téguments des bords et du creux de l'aisselle en se rapprochant du bras plutôt que du thorax. La désarticulation vient alors, suivie de la division des muscles, vaisseaux et nerfs axillaires.

Le contour du lambeau et l'incision interne ressemblent à deux anses en U, fixées aux mêmes points, mais tombant, l'une en dedans du bras, l'autre en dehors, celle-ci plus bas que la première.

La branche antérieure de l'U qui forme le contour du lambeau commencera *en dedans du bec coracoïdien*; la postérieure, *en dedans de l'angle* postérieur de l'acromion.

Le lambeau externe sera très long (fig. 288, 289 et 290, p. 397), car avec le temps il se raccourcit beaucoup. La largeur de sa base est égale à peu près à tout ce qu'on peut embrasser entre le bout du pouce et le bout des doigts.

La formation d'un lambeau externe implique la section des vaisseaux et nerfs circonflexes postérieurs. Il est bon de lier ou de pincer l'artère circonflexe, aussitôt qu'elle est coupée, et de tâcher de ne pas l'ouvrir une seconde fois, au moment où le couteau, après avoir désarticulé, descend à ras du col chirurgical de l'os.

J'arrive maintenant, c'était indispensable, aux *procédés de nécessité*.

Sharp, au milieu du dix-huitième siècle, incisa verticalement depuis le défaut de l'épaule acromio-coracoïdien jusque dans l'aisselle, pour chercher et lier l'artère; puis il désarticula et découpa en sortant un grand *lambeau postérieur* (fig. 305, p. 405). Il faudrait, en cas de force majeure, chercher un pareil résultat, mais en découpant le lambeau de dehors en dedans et le gardant le plus large possible.

Le procédé de Delpech est la contre-partie du précédent (fig. 506, p. 405). Il consiste à entrer en arrière, directement dans l'articulation, sans garder de chairs postérieures, et à la traverser pour tailler en sortant, un grand *lambeau antéro-axillaire*. En 1857, à Heilbronn, Sicherer

fut obligé d'opérer ainsi un blessé dont la partie postérieure du deltoïde était détruite. Malgré la gangrène d'une partie du lambeau et plusieurs abcès consécutifs, la guérison eut lieu.

Le procédé dit à *lambeau axillaire* ou *brachial interne* est celui de Ledran l'ancien, de Garangeot, de Langenbeck, de Blasius, etc. (fig. 279, 280, 281, 282, p. 395). Commode pour ouvrir l'articulation, qu'on attaque comme l'aile d'un poulet, il donne un tel résultat qu'il n'est pas permis de l'employer, sinon lorsque les téguments qui couvrent le deltoïde sont détruits à la fois en avant, en dehors et en arrière. Dans une telle occurrence, il faudrait, sur le deltoïde, imiter le plus possible l'incision de Blasius et scier l'acromion au besoin. Le lambeau axillaire est peu vivace, difficile à tenir relevé, et tellement favorable à la rétention des liquides et à la formation des abcès dits axillaires, si fréquents à la suite de la désarticulation de l'épaule, que Sander crut devoir ouvrir préventivement le cul-de-sac qu'il forme avec la paroi thoracique. Aujourd'hui les drainages de précaution se pratiquent couramment et systématiquement.

Moins le lambeau axillaire est long, mieux il tient et mieux il vit; par conséquent, si l'on pouvait garder en même temps un rudiment de lambeau externe, il n'y faudrait pas manquer.

Il me reste à parler d'une manière d'exécuter la désarticulation proprement dite de l'épaule, qui me paraît recommandable. C'est la même que celle que j'ai osé proposer à la Société de chirurgie pour la désarticulation de la hanche. M. Ollier, à qui j'eus l'occasion d'en parler, m'a répondu immédiatement : « Pour l'épaule, je le recommande et je l'ai fait. »

Il s'agit tout simplement, une fois la capsule découverte, de la fendre en long, puis de détruire successivement les insertions humérales de chacune de ses lèvres, avec le grattoir, la serpette ou le couteau, absolument comme dans la résection sous-capsulo-périostée.

Le procédé suivant, véritable désossement, *désarticulation sous-capsulo-périostée*, serait à mon avis hémostatique et excellent. Il est, dans sa première partie, imité de Poyet (1757) (fig. 301, p. 405).

1° Par une longue fente latérale ou antérieure, la capsule serait découverte, incisée et détachée; la tête luxée comme dans la résection, mais un peu plus que dans la résection (voy. *Résection de l'épaule*).

2° Une véritable amputation circulaire oblique comme le commanderait l'état des parties molles, avec temps successifs pour diviser la peau, les muscles, découvrir et lier les vaisseaux, terminerait l'opération.

Non seulement il est permis d'obéir à l'indication qui peut se présenter d'enlever l'extrémité de la clavicule, l'acromion, la coracoïde et la cavité glénoïde avec le bras, mais les cas déjà très nombreux d'arrachement du membre supérieur en totalité, suivis de guérison, autorisent les chirurgiens

à tenter l'amputation interscapulo-thoracique, dans des cas de traumatisme ou de tumeurs malignes.

J'imagine qu'un opérateur habitué aux procédés de désarticulation du bras, de résection de l'omoplate et de la clavicule, ne sera jamais embarrassé pour tracer, en toutes circonstances, un plan d'ablation totale et l'exécuter. Néanmoins, je donnerai plus loin un procédé élaboré avec P. Berger, procédé type qui doit servir pour les exercices cadavériques et dont il faut se rapprocher le plus possible en opérant sur le vivant.

Atlas historique.

Quelques mots sur le petit atlas historique des divers procédés de désarticulation de l'épaule, qui va remplir les sept pages suivantes. Cet atlas n'est pas complet, quoique plus que suffisant. Tel quel, il présente au lecteur 28 figures dessinées aussi juste que me l'ont permis les documents authentiques :

1° Quatre manières d'opérer condamnées par l'expérience et qui consistent essentiellement à attaquer l'épaule en dehors pour garder un lambeau axillaire (p. 395) ;

2° Huit procédés différents, mais réalisant tous un lambeau externe plus ou moins long, plus ou moins avantageux, taillé soit par transfixion, soit par entaille et dissection (p. 395 et 397) ;

3° Six modes à lambeaux antérieur et postérieur, plus la raquette de D. Larrey et un procédé bâtard de Rust (p. 399 et 401) ;

4° Les désarticulations ovalaires de Guthrie et de Scoutetten (p. 405) ;

5° Les procédés circulaires de Pojet et d'Alanson (p. 405) ;

6° Les incisions elliptiques de Sanson et de Duval (p. 405) ;

7° Le lambeau postérieur de Sharp et l'antérieur de Delpech (p. 405).

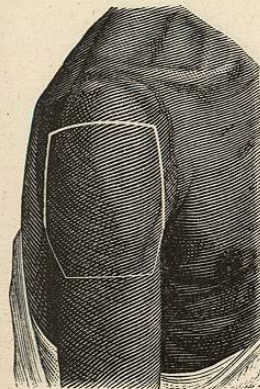


FIG. 279. — Lambeau axillaire. 1^{re} opér. de Ledran père, 1715. — Obs. de chir., n° 45, et *Traité des op.* de Ledran fils.

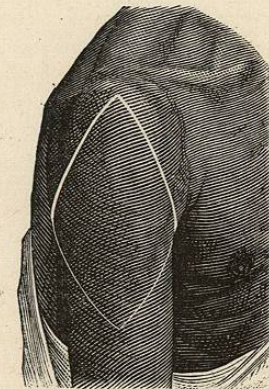


FIG. 280. — Lambeau axillaire de trois doigts de long. Incision losangique de Blasius. (*Der Schrägschnitt*, 1858.)

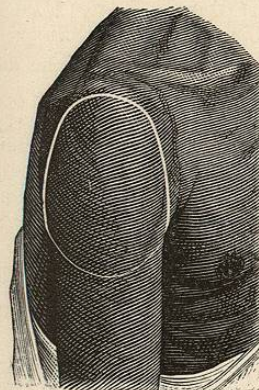


FIG. 281. — Lambeau axillaire. Incision supéro-externe en fer à cheval. Langenbeck, vers 1850, d'après Günther.

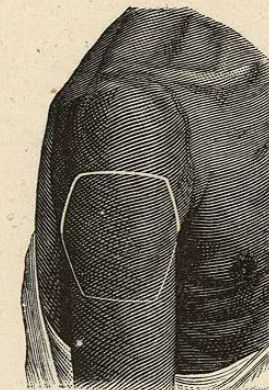


FIG. 282. — Lambeau axillaire. J.-L. Petit et Garengot. L'incision transversale externe est à 5 doigts de l'acromion.