

ARTICLE X

AMPUTATION INTERSCAPULO-THORACIQUE

Opération d'urgence dans certains traumatismes, de nécessité dans les tumeurs malignes de l'omoplate étendues à l'humérus ou de l'humérus étendues à l'omoplate, etc., l'amputation qui enlève le bras, l'omoplate et les trois quarts de la clavicule n'a pas la gravité qu'on pourrait supposer.

J'emprunte au beau mémoire de P. Berger¹ la description à peu près textuelle du *procédé type* pour l'élaboration duquel il a bien voulu me consulter. Certes la nécessité pourra imposer des variantes au tracé des incisions cutanées, mais les actes opératoires à accomplir dans la profondeur sont comptés et inévitables : on peut en intervertir l'ordre, on ne peut pas les éluder. Il faut donc s'exercer à les bien exécuter.

Notre procédé de choix est à *deux lambeaux*, l'un antéro-inférieur ou *pectoro-axillaire*, l'autre supéro-postérieur ou *cervico-scapulaire*.

Il comporte pour ainsi dire *deux actes* opératoires successifs qui s'exécutent le premier en *deux temps*, le second en *trois*.

Le *PREMIER ACTE* a pour but l'hémostase préalable : il commence par la section de la clavicule suivie de la résection de la partie moyenne de cet os, ce qui découvre largement l'artère et la veine sous-clavières (*premier temps*) ; il finit par l'isolement et la section de ces vaisseaux entre double ligature (*second temps*).

Le *SECOND ACTE* opératoire a comme *premier temps* l'incision du contour et la dissection profonde du lambeau antéro-inférieur ou pectoro-axillaire dont font partie les extrémités des muscles grand, petit pectoral et grand dorsal, dissection qui permet de couper le plexus brachial et conduit jusqu'aux insertions sous-scapulaires du grand dentelé ; comme *second temps*, l'incision et le relèvement du lambeau supéro-postérieur doublé du seul trapèze, relèvement poursuivi jusqu'aux limites supérieure et interne de l'os ; comme *troisième et dernier temps*, la section de la ligne des insertions musculaires marginales, c'est-à-dire, que prennent aux bords supérieur et interne de l'omoplate les muscles grand dentelé, omo-hyoïdien, angulaire et rhomboïde.

1. L'amputation du membre supérieur dans la contiguïté du tronc (amputation interscapulo-thoracique), avec figures dans le texte et 2 planches en chromolithographie Paris, G. Masson, 1887.

Exploration, points de repère, incisions. — L'incision destinée à la découverte, à l'isolement, à la section, à la résection de la clavicule et aux ligatures, doit être longue de 10 centimètres environ. En dehors, elle aboutit immédiatement derrière l'articulation acromio-claviculaire, sur le sommet dépressible de l'angle formé par le bord postérieur de la clavicule et la crête scapulaire. En dedans, elle commence ou s'arrête, suivant le côté, à deux travers de doigt de l'articulation sterno-claviculaire, sur la clavicule, devant plutôt qu'au-dessus. Entre ces deux points, l'incision est droite (fig. 507 et 508).

Pour tracer le lambeau postérieur, il suffira de prolonger l'incision cla-

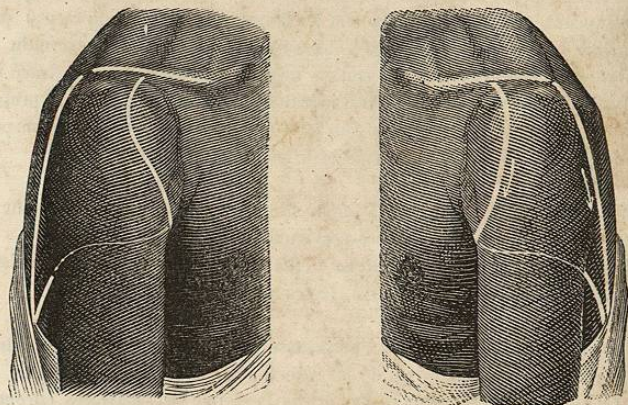


FIG. 507 et 508. — Tracés des trois incisions pour l'amputation interscapulo-thoracique. La clavulaire est droite horizontale; l'antéro-axillaire est contournée et descendante; la postérieure est droite descendante.

vulaire derrière l'omoplate, directement vers la face postérieure de l'angle scapulaire où vient aboutir le contour du lambeau antéro-inférieur.

Le tracé de celui-ci commence au milieu de l'incision clavulaire, se dirige en dehors et en bas, au-delà du bec coracoïdien tangible, empiétant un grand travers de doigt sur le deltoïde, se recourbe sur l'union du bord inférieur du tendon grand pectoral avec le bras, traverse la face interne de la racine du membre jusqu'au delà du tendon grand dorsal, s'arrondit, descend en arrière, suivant le sillon visible et tangible qui sépare du bord axillaire de l'os la masse musculaire du grand rond et du grand dorsal, pour s'arrêter enfin derrière l'angle scapulaire inférieur.

Position du malade et de l'opérateur. — Le malade est couché, le dos sur un coussin, au bord du lit.

Pendant l'accomplissement du premier acte (résection de la clavicule, ligatures), le bras repose modérément écarté du corps, car l'opérateur se tient en dehors avec deux aides, l'un à sa gauche, l'autre à sa droite, un troisième aide étant placé en face de lui, au côté opposé du malade. La résection de la clavicule s'accommode d'une certaine propulsion du moignon de l'épaule, qui s'obtient, à défaut d'une tumeur, au moyen d'un tampon placé momentanément derrière, c'est-à-dire sous l'omoplate, ou bien avec la main d'un aide. Les ligatures exigent le contraire, l'effacement du moignon en arrière, qui tend, étale et appuie les éléments du paquet vasculo-nerveux.

Avant de commencer le second acte opératoire (entaille du lambeau antérieur, puis du postérieur, puis séparation finale), il faut rapprocher davantage encore le tronc du malade du bord du lit, de manière que la moitié de son dos déborde le coussin *épais et ferme* sur lequel il est soulevé. Alors, le bras étant écarté du corps par le premier aide, l'opérateur se place en dedans pour inciser devant l'épaule, traverser la face interne du bras et gagner la région rétro-scapulaire, que l'aide rend accessible en relevant momentanément le membre en haut et en dedans, afin d'amener l'omoplate. — Après l'entaille complète du premier lambeau, le bras est rapproché du tronc et l'opérateur se retrouve en dehors, bien placé pour inciser et disséquer le lambeau supéro-postérieur ou trapézien. — Au moment de la section terminale des attaches musculaires marginales, les aides écartent les deux lambeaux : il est bon que l'opérateur tienne lui-même de la main gauche la partie malade et qu'il soit par conséquent en dedans du bras droit, en dehors du bras gauche.

PREMIER ACTE OU PREMIÈRE PARTIE DE L'OPÉRATION. — *Premier temps : section et résection de la partie moyenne de la clavicule.* — Le bras est donc couché, peu écarté du corps. Le chirurgien, placé en dehors, fait devant la clavicule proéminente une incision aboutissant d'une part un peu en dedans du bord externe du cléido-mastoïdien, de l'autre derrière ou sur l'articulation acromio-claviculaire.

Cette incision divise la peau, le peaucier, le périoste, successivement, afin de reconnaître si elle existe, et de couper entre et après deux ligatures, l'anastomose veineuse de la céphalique et de la jugulaire externe.

Avec la rugine courbe sur le plat, on gratte d'abord dans l'incision du périoste sur toute la partie convexe de la clavicule; après avoir ainsi amorcé le décollement périostique, on le continue avec beaucoup de précaution, d'abord sur la face supérieure et le bord postérieur de l'os que l'on contourne avec le plat concave de la rugine. On détache ensuite le périoste devant et sous la clavicule; les adhérences musculaires y exigent de la patience pour éviter les échappades. La rugine rejoint finalement le décollement commencé par-dessus l'os et charge celui-ci dans sa concavité. Alors, agité de mouvements latéraux, l'instrument agissant par ses bords,

complète l'isolement de l'os sur une longueur suffisante. A la place de la rugine, on passe une sonde à résection ou bien un simple écarteur que l'on tourne ensuite de champ et que l'on tient par l'un de ses crochets pendant le travail de la scie. A ce moment, non seulement la clavicule doit être maintenue proéminente par l'action de l'aide ou du tampon rétro-scapulaire, mais encore il faut en faire immobiliser le milieu par un grand davier tenu solidement.

On scie l'os avec une scie cultellaire, au ras des insertions du cléidomastoidien, en dirigeant le trait en bas, en dehors et en arrière. Cependant une scie à chaîne ou un feuillet passe-partout, agissant de dessous en dessus, peuvent également servir. — Maintenant on soulève le fragment externe avec le davier; on poursuit sa dénudation périostique; enfin on le recoupe, soit avec la scie, soit avec de très fortes ciseaux, au niveau du tubercule d'insertion du muscle deltoïde. Ainsi se trouve réséquée, enlevée, toute la partie moyenne de l'os sans péril pour les vaisseaux.

Deuxième temps : ligature et section des vaisseaux. — Le muscle sous-clavier se montre dans la plaie : on le soulève sur la sonde cannelée; on le coupe avec des ciseaux au niveau de la section interne de la clavicule; puis, l'ayant saisi avec des pinces, on en résèque toute la partie découverte.

A la place du sous-clavier il n'y a rien, l'aponévrose y est si mince qu'elle ne se sent ni ne se voit. Le bout de l'index gauche s'y porte et, remontant vers le cou devant les nerfs, accroche facilement le bord tranchant de l'aponévrose moyenne omo-claviculaire où sont les vaisseaux sus-scapulaires, que l'on charge en masse sur un double fil, sans y comprendre le muscle omo-hyoïdien placé plus haut; on coupe ces vaisseaux après les avoir liés en dedans et en dehors du point où ils doivent être divisés et écartés.

Assez souvent on peut voir dès lors : en dedans et en bas, la veine; en dehors, les nerfs du plexus brachial; au milieu, l'artère. Si le tissu cellulaire masque celle-ci, le doigt monté au tubercule de Lisfranc et descendant ensuite accrochera d'abord la lèvre inférieure de la gaine du sous-clavier, qui sera débridée en dehors, enfin le nerf du grand pectoral qui surcraie l'artère (voir ligature de l'axillaire). Il faut procéder avec précaution à la dénudation parfaite et totale de la veine immédiatement au-dessous du niveau de la partie réséquée de la clavicule. C'est donc sous la terminaison de la veine axillaire qu'on passe les deux fils qui ne seront distancés et serrés qu'après la ligature artérielle, afin de ne pas emprisonner dans le membre du sang perdu. L'artère cherchée et dénudée au-dessus du nerf du grand pectoral est aussi chargée sur deux fils que l'on éloigne d'un travers de doigt avant de les serrer, et entre lesquels on divise ensuite le vaisseau. Finalement, les ligatures de la veine sont distancées, serrées et séparées par la section de la partie intermédiaire. A partir de ce moment, ces gros vaisseaux, rétractés, ne gênent plus l'opérateur.

DEUXIÈME ACTE OU DEUXIÈME PARTIE DE L'OPÉRATION. — Premier temps : incision et dissection du lambeau antéro-inférieur, pectoro-axillaire. — Le bras étant écarté du corps et l'opérateur placé en dedans, une incision ne comprenant que la peau et le tissu cellulaire sous-cutané part du milieu de l'incision claviculaire et se porte en bas et en dehors, au delà du bec coracoïdien et de l'interstice pectoro-deltaïdien, le long et en dehors duquel

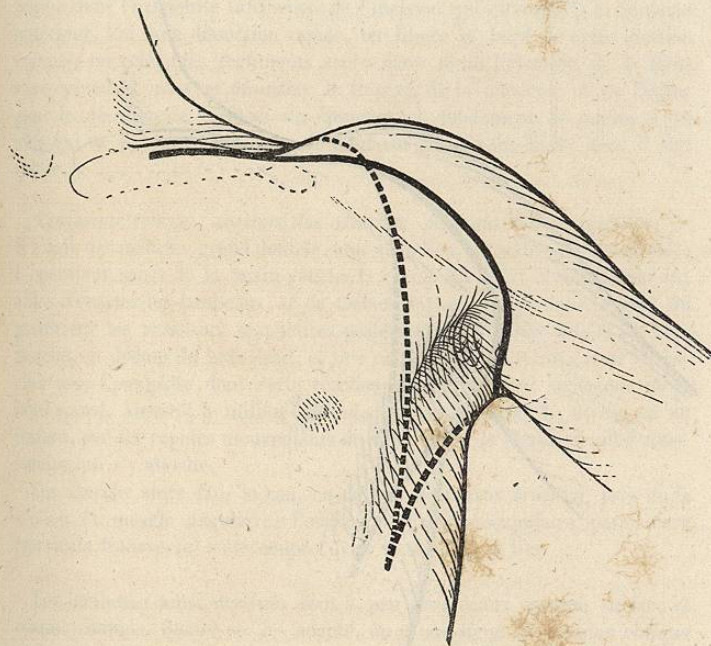


FIG. 509. — Amputation interscapulo-thoracique, contours des lambeaux, côté gauche.

elle descend, empiétant un ou deux travers de doigt sur le muscle deltoïde. Arrivée au niveau de la jonction de la paroi antérieure de l'aisselle et du bras, l'incision croise le bord inférieur du grand pectoral et coupe transversalement la peau de la face interne ou axillaire du membre, jusqu'au delà du bord inférieur des tendons grand dorsal et grand rond. Alors, le bras étant relevé par l'aide, l'opérateur aperçoit le sillon qui en arrière sépare le bord externe de l'omoplate de la masse charnue commune au grand dorsal et au grand rond; il y conduit l'incision pour la terminer sur le milieu de la face postérieure de l'angle scapulaire.

Le lambeau pectoro-axillaire étant ainsi délimité et son contour bien libéré, l'on divise attentivement le grand pectoral près de l'origine de son tendon; et, après l'avoir chargé sur le doigt, on coupe le petit pectoral près de son insertion à l'apophyse coracoïde. Un léger écartement se produit. Quelques coups de tranchant prudemment ménagés et donnés dans l'intervalle des ligatures supérieures et inférieures permettent de voir le

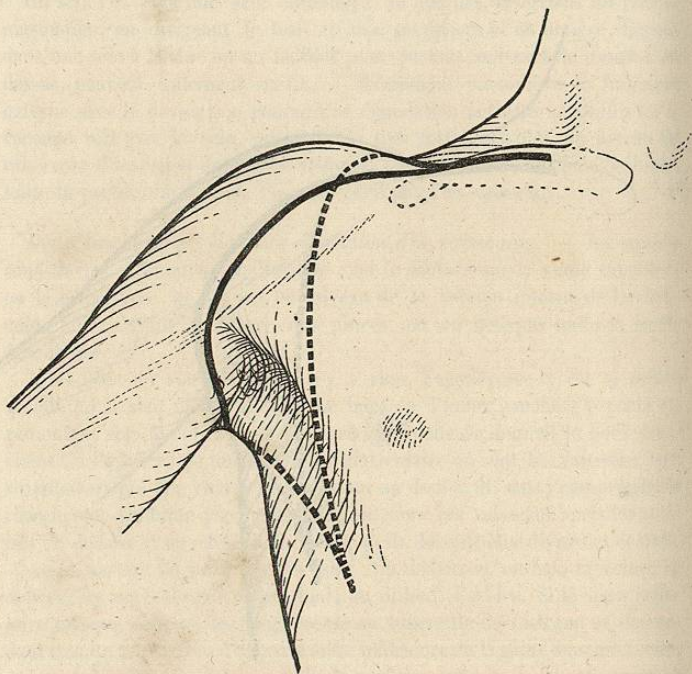


Fig. 510. — Amputation interscapulo-thoracique, contours des lambeaux, côté droit.

plexus brachial et d'engager l'index dessous pour en couper les éléments assez haut, sans les tirailler et sans menacer le bout central de l'artère. L'épaule se laisse maintenant attirer en dehors avec les bouts périphériques des nerfs et des vaisseaux. Le couteau se promène de haut en bas, en dehors de la face externe du muscle grand dentelé qu'il dépouille le moins possible. Les vaisseaux thoraciques et mammaires externes sont aperçus : on les peut lier ou forcipresser avant de les couper. Enfin l'on parvient au fond de l'espace sous-scapulaire ou mieux *interscapulo-thoracique*, et l'on termine en pinçant le grand dorsal entre le pouce et l'index gauche,

pour le diviser et le rejeter en avant avec le lambeau. Cela découvre l'angle scapulaire inférieur garni de ses muscles.

Deuxième temps : incision et dissection du lambeau postéro-supérieur, cervico-scapulaire. — Le bras étant remis à côté du corps, l'épaule soulevée, le chirurgien, placé en dehors, reprend sur l'articulation acromioclaviculaire l'extrémité externe de l'incision initiale, pour la conduire, par le plus court chemin, derrière l'angle inférieur de l'omoplate, où elle tombe dans l'extrémité inférieure de l'incision qui circonscrit le lambeau antérieur. Par une dissection rapide, on libère le bord de cette incision eutanée, on relève les téguments seuls dans toute l'étendue de la fosse sous-épineuse; mais on désinsère le trapèze de la clavicule et de l'épine pour le décoller de la fosse sus-épineuse et, finalement, le confier à un aide qui va le tenir écarté dans le lambeau postéro-supérieur dont il fait partie.

Troisième temps : section des attaches musculaires marginales. — Il s'agit des muscles grand dentelé, omo-hyoïdien, angulaire et rhomboïde. L'opérateur saisit de la main gauche la racine du bras; il commande aux aides d'écartier les lambeaux et de tâcher de comprimer dans le haut du postérieur les vaisseaux scapulaires postérieurs; il est en dehors du bras gauche, en dedans du bras droit, et tire sur le membre comme pour l'arracher avec l'omoplate dont cette traction dégage le bord supérieur et le bord spinal. Aussitôt le milieu du couteau, rasant ces bords, divise, en un instant, par de rapides mouvements de va-et-vient, le double feuillet musculaire qui s'y attache.

On cherche alors dans le cou, en dehors du plexus brachial, près de la section du muscle angulaire, l'endroit où l'artère scapulaire postérieure (cervicale transverse) a été coupée, pour la saisir et la lier.

Les lambeaux ainsi dessinés sont à peu près égaux comme surface et comme contour. Quand on les adapte, on a une ligne de réunion oblique en bas, en dehors et en arrière dont la section de la clavicule, des vaisseaux et des nerfs occupe l'extrémité antéro-supérieure. Son extrémité inférieure correspond au point déclive. Pourtant, lorsque le sujet est couché sur le dos, la ligne de section des muscles qui s'inséraient au bord spinal de l'os, est au fond d'une gouttière assez profonde qui doit nécessiter un drainage soigneusement institué.