

point de départ, suivent une marche relativement favorable. Par contre, la forme de tumeur la plus fréquente de cette région, l'ostéosarcome, envahit parfois rapidement le corps de l'omoplate et se propage au-delà de ce dernier, sous la forme du sarcome médullaire ou encéphaloïde.

Le pronostic de ces tumeurs varie considérablement, en raison de leurs caractères cliniques et de leur marche; tantôt il est possible d'extirper le néoplasme, avec ou sans une partie de l'os et d'obtenir ainsi une guérison complète ou, du moins, de longue durée; tantôt, dans les cas graves, on est obligé d'avoir recours à l'extirpation de toute l'omoplate, avec ou sans ablation du bras et d'une portion plus ou moins grande de la clavicule, comme à l'unique moyen d'arriver à une guérison qui, le plus souvent, il est vrai, n'est pas de longue durée, car les récidives et les métastases sont fréquentes dans les cas de ce genre.

Il y a longtemps déjà que l'on a reconnu la possibilité d'une heureuse terminaison, dans les cas d'arrachement du bras et de l'omoplate par des machines. ROGERS, dans ses recherches bibliographiques, a pu rassembler onze cas de ce genre suivis de guérison. Se basant sur ces résultats, les chirurgiens ont depuis longtemps déjà, tenté l'extirpation de l'omoplate en même temps que la désarticulation de l'épaule, soit pour des tumeurs, soit pour des lésions traumatiques (plaies par armes à feu, CUMMENYX, 1808). On a également pratiqué des résections partielles et particulièrement des résections du corps de l'omoplate jusqu'aux apophyses, et, dans quelques-uns de ces cas, il s'agissait de carie et de nécrose; assez souvent, on réussit alors à conserver l'acromion et l'apophyse articulaire avec le membre supérieur. LANGENBECK, le premier en 1853, enleva l'omoplate tout entière en conservant le bras, et il ne tarda pas à trouver des imitateurs (SYME entre autres); dans certains cas, on fit, en outre, la résection de la tête de l'humérus. Pour un grand nombre d'opérations de ce genre, nous trouvons mentionné dans l'observation que l'opéré aurait conservé un membre utile.

ROGERS a recueilli 56 observations d'extirpation partielle ou totale de l'omoplate, en partie avec ablation du bras. Sur ce nombre, 12 opérés succombèrent aux conséquences de l'opération, et dans 8 de ces cas, la mort a été causée plus ou moins directement par l'intervention chirurgicale, le malade ayant été emporté par l'hémorragie, l'épuisement, le shock ou l'entrée de l'air dans les veines. Mais il est certain que nombre de cas malheureux n'ont pas été publiés, de sorte que le chiffre de la mortalité est plus élevé et surtout le danger résultant directement de l'opération, sans doute plus grand qu'on pourrait le supposer, d'après la statistique. Les résultats les plus favorables ont été obtenus, dans les cas de carie ou de nécrose. D'après les recherches de ROGERS et les travaux de statistique et de critique les plus récents d'ADELMANN et GIES, la résection totale est préférable à la résection partielle. Une nouvelle statistique basée sur 72 cas, a été publiée récemment par LANGENHAGEN (*Gaz. des Hôpitaux*, 1884, p. 202).

§ 43. — Dans les cas de blessures par armes à feu, l'ablation totale de l'omoplate n'est presque jamais justifiée. De même, il est cer-

tain que les cas de **nécrose** exigent presque toujours, non pas la résection totale de l'os, mais l'ablation de la partie nécrosée; d'autre part, la **carie** ayant presque constamment son point de départ dans les articulations, oblige le plus souvent le chirurgien à enlever les apophyses articulaires de l'omoplate avec une partie de l'humérus ou de la clavicule. Dans quelques cas seulement de carie, on a enlevé l'omoplate tout entière, probablement parce qu'elle avait été frappée secondairement de nécrose, à la suite d'abcès par congestion provenant de la partie articulaire. Mais l'indication de la plupart de ces opérations est fournie par des néoplasmes, et il importe ici de faire la distinction entre les **résections partielles et totales**. Dans l'un et l'autre cas, on peut se trouver dans la nécessité d'enlever en même temps une étendue plus ou moins considérable des parties du squelette qui s'articulent avec l'omoplate; c'est ainsi que l'on peut être amené à pratiquer l'ablation d'une partie ou de la totalité de la clavicule, la résection de la tête de l'humérus ou même l'ablation de tout le membre supérieur.

D'après la statistique dont nous avons résumé plus haut les résultats, un nombre relativement considérable d'opérés succombent aux conséquences directes de l'opération. Le danger provient principalement de la lésion des gros vaisseaux, et pour le cas où l'on voudrait enlever à la fois l'omoplate et le bras tout entier, on ferait bien de commencer par la résection de la partie externe de la clavicule et la ligature préalable de l'artère sous-clavière, suivant le conseil de ROSER. Dans un cas de ce genre, ESMARCH lia également la veine sous-clavière, et il est certain que, souvent, il sera bon de suivre son exemple. La compression de la sous-clavière contre la première côte, n'offre pas des garanties suffisantes; d'ailleurs, ce procédé est parfois impraticable, à cause du déplacement du vaisseau par la tumeur. Comme, le plus souvent, ce sont des néoplasmes qui fournissent l'indication opératoire, il n'est presque jamais possible de conserver les muscles qui s'insèrent sur l'omoplate.

Parmi les diverses incisions possibles, celle qu'a employée ESMARCH, a l'avantage de pouvoir être pratiquée rapidement, et d'être favorable soit à l'hémostase, soit à l'écoulement ultérieur du pus. ESMARCH lia d'abord les vaisseaux (artère et veine sous-clavières), après résection de l'extrémité externe de la clavicule. Puis il tailla un grand lambeau cutané antérieur et divisa le grand pectoral en avant de la cavité axillaire. Il disséqua ensuite jusqu'au bord spinal de l'omoplate un grand lambeau cutané postérieur, et divisa tous les muscles unissant l'omoplate au tronc (trapèze, rhomboïdes, angulaire de l'omoplate et grand dentelé). Le vaisseau le plus important que l'on ait à diviser sur l'omoplate, est l'artère sous-scapulaire. Dans l'opération d'ESMARCH avec ligature préalable des vaisseaux sous-claviers, quelques branches musculaires donnèrent seules un peu de sang.

L'extirpation de l'omoplate avec conservation du bras, peut être aussi exécutée convenablement, au moyen d'un lambeau à base supérieure. De

l'articulation acromio-claviculaire part une incision dirigée en bas et en arrière, le long du bord axillaire de l'omoplate, jusqu'à l'angle inférieur de cet os, où elle rencontre une seconde incision commençant au-dessus de l'angle supéro-interne de l'omoplate et descendant le long de son bord spinal. Lorsque les muscles ne sont pas malades, on les comprend dans le lambeau que l'on dissèque de bas en haut. On peut lier l'artère sous-scapulaire à la base du lambeau avant son entrée dans la fosse sus-épineuse (MICHHAUX). Les muscles ayant été détachés des bords de l'omoplate, on soulève l'os de bas en haut et de dedans en dehors, on le renverse et le sépare des parties molles qui l'entourent. Une fois arrivé au col de l'omoplate, on peut sectionner ce dernier à l'aide de la scie cullinaire, de façon à conserver autant que possible l'apophyse articulaire ainsi que l'acromion. Dans le cas contraire, on divise l'articulation acromio-claviculaire, ou bien, suivant les circonstances, on excise en outre une portion de la clavicule. Finalement on sectionne les muscles qui vont s'insérer sur le bras, ainsi que l'insertion de la capsule en rasant constamment l'os avec le bistouri (afin d'éviter les vaisseaux et les nerfs), et en continuant à renverser en dehors l'omoplate que l'on attire fortement en arrière. La section des muscles à insertion coracoïdienne termine l'opération. Si l'on n'a pas de motifs de craindre beaucoup une récurrence, il y a tout avantage à conserver l'acromion (FERGUSSON), car la forme de l'épaule est ainsi bien meilleure, et le fonctionnement ultérieur du membre ne peut qu'y gagner.

Les avantages de la méthode précédente, due essentiellement à MICHHAUX, sont de toute évidence. Ce qui n'est pas son moindre mérite, c'est qu'elle permet de fixer facilement le lambeau et de donner aux sécrétions de la plaie un orifice d'écoulement favorablement situé. La résection de la tête de l'humérus peut être aussi facilement pratiquée par l'incision antérieure.

Dans les **résections partielles**, on a recours le plus souvent à une incision en T, dont la branche horizontale passe à une hauteur variable suivant le siège de la tumeur. L'incision est suivie de la dissection des parties molles saines. Veut-on réséquer la portion sous-épineuse de l'omoplate, on soulève cet os de bas en haut et de dedans en dehors, et on le sectionne à l'aide de cisailles ou de la scie cullinaire. De même on peut enlever facilement l'épine de l'omoplate avec l'acromion. S'agit-il de réséquer toute l'omoplate jusqu'à l'apophyse articulaire, on divise les muscles sus et sous-épineux et l'on sectionne l'os soit avec la scie cullinaire, soit avec la scie à chaîne, que l'on passe autour du col au moyen d'une aiguille munie d'un fil; la section s'opère ainsi aisément, et l'on renverse ensuite l'omoplate de dedans en dehors, afin d'en détacher les parties molles.

Quant à la résection de l'apophyse articulaire de l'omoplate, dans les affections de l'articulation de l'épaule, il en sera question, à propos de ces dernières.

Résection de l'épaule.

§ 44. — Les tumeurs de la tête de l'humérus et des parties de l'os voisines de cette dernière — le plus souvent il s'agit de sarcomes myéloïdes, — ne fournissent l'indication d'une résection que dans des cas

exceptionnels. Bien souvent on est obligé d'avoir recours à la désarticulation.

La résection de la tête humérale s'impose, d'autre part, dans toute une série de lésions traumatiques et d'arthrites scapulo-humérales étudiées précédemment.

En ce qui concerne d'abord les **lésions traumatiques**, la résection n'est indiquée ni dans les cas de plaie de l'articulation par instrument piquant, ni dans ceux où un projectile de guerre de petit calibre n'a atteint que la capsule ou a creusé une gouttière dans la tête humérale. La possibilité d'une guérison avec conservation de la mobilité, a été démontrée dans l'un et l'autre cas. Il n'en est plus de même lorsque l'articulation devient le siège d'une inflammation suppurée; grâce aux conditions anatomiques de la région, à la disposition des nombreux muscles qui s'insèrent dans le voisinage de l'articulation, les phénomènes de suppuration sont de nature si compliquée, qu'il devient nécessaire d'enlever la tête humérale, dont la surface est, d'ailleurs, le plus souvent détruite, afin de donner au pus un meilleur écoulement. Il est hors de doute que l'opération, dans ces cas, est assez souvent capable de sauver la vie du malade. On y aura recours, par conséquent, lorsque le traitement antiseptique sans résection n'a donné aucun résultat; la résection d'emblée n'est indiquée que dans les cas tout à fait graves.

Dans les lésions traumatiques mentionnées plus haut, la résection n'est donc jamais indiquée, du moins primitivement. Mais la méthode conservatrice doit-elle être étendue à la généralité des plaies par armes à feu de l'articulation scapulo-humérale? Comme il est rare que l'on soit en mesure de diagnostiquer d'emblée une plaie articulaire de l'épaule par coup de feu avec éclatement modéré de la tête humérale, la question de savoir si l'on doit pratiquer dans ces cas la résection primitive, n'a pas d'abord une grande importance pratique. Nous savons, d'ailleurs, que les blessures de ce genre, traitées par la méthode conservatrice, avec ou sans ablation d'esquilles, peuvent guérir, parfois avec une articulation mobile, mais le plus souvent avec ankylose. On peut ainsi se trouver dans la nécessité de pratiquer plus tard la résection. Cette dernière est, par contre, indiquée d'emblée, dans les cas de destruction étendue de l'extrémité articulaire par des balles ou des éclats d'obus.

Nous avons déjà émis l'opinion que dans toutes les lésions traumatiques de l'épaule, le pronostic sera beaucoup meilleur à l'avenir, et que la résection se trouvera de plus en plus reléguée à l'arrière-plan. Grâce aux garanties que nous donne la méthode antiseptique, on verra bien plus souvent guérir sans suppuration les plaies de l'épaule qui paraissent avoir intéressé l'articulation; en outre, on pourra reconnaître beaucoup plus sûrement s'il s'agit ou non d'une plaie articulaire. En usant des précautions antiseptiques, nous pouvons explorer une plaie par instrument piquant, aller à la recherche d'une balle jusque dans l'articu-