

On arrive ainsi, peu à peu, au-delà de la coulisse bicipitale, où l'on détache également le sous-scapulaire et le périoste, ce qui réussit très bien si l'on a soin de séparer de l'os l'insertion capsulaire dans sa totalité. On ramène ensuite le bras de plus en plus en rotation en dedans et l'on détache l'insertion des muscles postérieurs et de la partie correspondante de la capsule, ainsi que le périoste. Enfin on imprime au bras un mouvement de flexion en avant et d'adduction, et par une pression exercée sur le coude, on luxe par dessus le bord postérieur de la cavité glénoïde, la tête humérale dont on opère la résection à l'aide de la scie. Ce procédé opératoire réussit parfaitement sur le cadavre. Je l'ai exécuté aussi plusieurs fois sur le vivant, mais je ne suis pas en mesure de faire connaître le résultat définitif de ces opérations.

Pour le cas où, à la suite d'une luxation non réduite de l'épaule, on voudrait enlever la tête humérale luxée, MAISONNEUVE a conseillé une incision partant du côté externe de l'apophyse coracoïde, dans l'interstice qui sépare le deltoïde du grand pectoral. Se basant sur le fait que, dans la luxation axillaire, les vaisseaux sont refoulés en arrière et vers la ligne médiane, et sur cet autre fait que c'est par la cavité de l'aisselle que la tête humérale paraît être le plus accessible, LANGENBECK a préconisé une incision le long du bord interne du coraco-brachial, comme s'il s'agissait de lier l'artère axillaire. KROENLEIN (Suppl. Bd zu Langenbeck's Arch. vol. 26, p. 374) recommande aussi cette incision dans la luxation sous-coracoïdienne, car, ici encore, les vaisseaux se trouvent refoulés en arrière, et c'est par l'aisselle que la tête de l'humérus est le plus accessible. L'incision que j'ai pratiquée dans deux cas, partait de la tête luxée et se dirigeait de haut en bas sur la face antérieure de l'articulation. Je pénétrai entre les faisceaux musculaires sans les diviser et prolongeai l'incision en bas, de façon à obtenir une place suffisante pour l'opération. La tête humérale et la cavité glénoïde devenaient ainsi l'une et l'autre également accessibles.

Il va sans dire que la résection de l'épaule doit être pratiquée avec les précautions de la méthode de Lister, et que l'opération doit être suivie de l'application d'un pansement antiseptique. S'agit-il d'une arthrite tuberculeuse, nous conseillons, avant le drainage et la suture, de saupoudrer d'iodoforme l'ancienne cavité articulaire, car il est évident pour nous que, grâce à cette substance antiseptique, la guérison s'opère plus rapidement et plus régulièrement. Sur la plaie de résection et au-delà jusqu'au coude et à la nuque, on applique une grande quantité de gaze chiffonnée. On garnit l'aisselle d'un gros paquet de cette même gaze, afin de refouler l'humérus en dehors. Le pansement de Lister que l'on applique ensuite, entoure le bras, le coude et la moitié du thorax jusqu'au delà de la colonne vertébrale. Le bras est placé dans une écharpe et soutenu en arrière par un sac à balle d'avoine. Dans ces derniers temps j'ai fait lever l'opéré dès le quatrième jour ou même encore plus tôt. La partie du pansement qui entoure le bras, doit être alors très épaisse, car, dans la station debout, les liquides de la plaie tendent à descendre surtout le long de la face antérieure du membre.

On appliquera le pansement, de façon à éviter autant que possible, pen-

dant la guérison, que l'humérus ne se déplace du côté de l'apophyse coracoïde. Dès que la plaie, à peu près guérie, cesse de sécréter, on commence à imprimer, avec précautions naturellement, des mouvements à l'articulation, et à soumettre les muscles à l'action de l'électricité etc. Des mouvements du coude et de la main devront être, du reste, exécutés déjà directement après l'opération.

Désarticulation de l'épaule.

§ 46. — Nous renonçons à décrire ici, en détail, les différentes méthodes de désarticulation de l'épaule. Dans les circonstances ordinaires c'est à la convexité de l'épaule, à la région deltoïdienne, que l'on empruntera de préférence le lambeau destiné à recouvrir la plaie. Toutefois, il est évident que, soit dans les traumatismes, soit dans les cas de néoplasmes ayant contracté des adhérences avec les téguments, le lambeau doit être pris là où la peau est restée saine, c'est-à-dire au niveau de la face postérieure ou antérieure de l'épaule, ou même, suivant les circonstances, dans la région de l'aisselle et de la face interne du bras.

Dans la désarticulation de l'épaule, la question de l'hémostase est d'une importance essentielle. La compression de la sous-clavière est loin de donner toujours le résultat désiré, et pour mettre en pratique ce procédé d'une façon correcte, il faut avoir à sa disposition un aide exercé. Quand à l'hémostase, selon la méthode d'Esmarch, elle n'est praticable que dans certaines circonstances. Lorsqu'on opère la désarticulation de l'épaule, suivant le procédé habituel, on peut, il est vrai, placer dans l'aisselle et autour de l'épaule malade le tube élastique, que l'on croise sur l'omoplate et avec lequel on décrit une anse autour de l'épaule saine, pour le nouer sur cette dernière; le tube se trouve ainsi fixé solidement jusqu'au moment le plus critique où l'on termine la taille du lambeau et la désarticulation. Mais, dès que le bras est enlevé, le tube en caoutchouc cesse de comprimer les vaisseaux contre la tête humérale, et il n'opère plus alors qu'une faible constriction des parties molles. Ces dernières forment ainsi une poche dans laquelle les vaisseaux, qui ont fui en arrière, déversent leur sang. Par contre on peut opérer sans perte de sang notable si, après avoir placé le tube élastique de la manière indiquée plus haut, on fait une incision circulaire à peu près à la hauteur de l'insertion du deltoïde, pour diviser ensuite les parties molles sur la face antérieure de l'articulation jusqu'à l'acromion; on peut ainsi lier tous les vaisseaux avant de procéder à la désarticulation et à l'extirpation de l'os que l'on sépare des parties molles.

Dans les cas de tumeurs volumineuses; on fera souvent bien de lier la sous-clavière avant de procéder à la désarticulation. Cependant la ligature de ce vaisseau, comme temps préliminaire de l'opération, n'est pas sans danger. A la suite de cette ligature pratiquée avant la désarticulation dans un cas de tumeur volumineuse de la tête de l'humérus, il m'est arrivé de voir survenir au bout de 10 jours une hémorragie secondaire. On connaît l'embarras du chirurgien en présence de ces hémorragies. Le malade en question, après que j'eus tenté vainement la ligature de la sous-clavière, source de l'hémorragie, échappa

à la mort, grâce au tamponnement de la plaie avec du penghavar-jambi. C'est là, certes, une chance exceptionnelle. Lorsqu'on ne fait pas la ligature préalable de la sous-clavière, on doit se faire assister par un aide habile, lequel, aussitôt la désarticulation terminée, introduira les doigts dans la plaie, et derrière le couteau de l'opérateur, comprimera le paquet vasculo-nerveux, car il suffit de quelques instants pour qu'une hémorragie formidable mette en danger la vie de l'opéré.

§ 47. — Le malade chloroformé est placé dans le décubitus dorsal, le haut du corps relevé, de façon que l'épaule à désarticuler soit un peu plus haute que l'épaule saine et dépasse le rebord de la table. Si l'on s'adresse à la méthode d'incision ovulaire, directement au-dessous de la clavicule, au sommet du triangle coraco-acromial, on plonge un fort bistouri à résection à travers la peau et les parties molles, jusqu'au bord supérieur de la cavité glénoïde. On dirige d'abord l'incision directement en bas, sur une longueur d'environ 3 cent., comme s'il s'agissait d'une résection, et l'on divise d'un seul temps le deltoïde et la capsule articulaire. De l'extrémité inférieure de cette plaie partent deux autres incisions en direction divergente: l'une d'elles est menée en avant et l'autre en arrière où elle se dirige vers l'aisselle; ici également on opère la section des parties molles jusqu'à l'os. Au moyen d'égrignes on fait ensuite écarter les lèvres de la plaie longitudinale correspondant à l'articulation, et l'on divise les muscles capsulaires ainsi que la capsule fibreuse: le bras étant en rotation en dehors, on divise tout d'abord le muscle sous-scapulaire tendu, ainsi que la partie de la capsule située en dedans de la petite tubérosité, puis, imprimant au bras un mouvement de rotation en dedans, on sectionne à leur tour les muscles sus et sous-épineux et petit rond, ainsi que la partie correspondante de la capsule; ces deux incisions à direction longitudinale, divisent les muscles perpendiculairement à la direction de leurs fibres, et le bistouri doit être dirigé contre la tête humérale comme s'il s'agissait d'opérer la section de l'os lui-même. Il reste encore à diviser les parties supérieures de la capsule, à l'aide d'une incision dirigée également contre la tête de l'humérus, mais transversalement, de façon à réunir les extrémités supérieures des deux incisions longitudinales. Cette dernière incision divise en même temps le tendon du biceps et le ligament coraco-huméral. On luxe ensuite la tête humérale en arrière de laquelle on introduit le bistouri; enfin on divise l'insertion de la capsule et les parties molles de la face interne et postérieure de l'humérus, en se tenant d'abord tout près de ce dernier, jusqu'à ce qu'on puisse introduire un long bistouri en arrière de l'os jusqu'aux extrémités des incisions dirigées vers l'aisselle. On opère alors la section des parties molles soit transversalement, soit en décrivant une légère courbure à convexité dirigée en bas. Ce dernier temps de l'opération doit être promptement exécuté, afin que l'on puisse saisir rapidement les vaisseaux dans la plaie, pour les comprimer et les lier.

La plaie est réunie en direction longitudinale, et l'on fait sortir un tube à drainage par l'angle inférieur de l'incision.

Dans le procédé d'incision à lambeau, ce dernier, lorsqu'on a le choix, est emprunté le plus souvent à la partie antéro-externe de l'épaule. Le lambeau comprend alors le deltoïde, avec la partie correspondante des téguments. L'incision antérieure commence à peu près au même endroit que dans la méthode ovulaire; le bistouri que l'on enfonce d'emblée à travers le muscle, décrit une ligne légèrement concave en dehors, jusqu'à peu près à l'insertion du deltoïde. La seconde incision commence au bord postérieur de l'acromion, intéresse à la fois la peau et le deltoïde, en décrivant une courbe à faible concavité tournée en avant et vient rejoindre la première incision de façon que le lambeau ainsi constitué soit large et ne se termine pas en pointe. On divise ensuite circulairement la peau de la face interne du bras, de manière que l'incision passe à la hauteur des replis axillaires et vienne rejoindre en avant et en arrière l'incision du lambeau. Cela fait, on détache le lambeau deltoïdien de la face antérieure de l'articulation, et l'on opère la désarticulation en imprimant au bras des mouvements de rotation en dedans et en dehors, comme dans le procédé décrit plus haut. Après avoir incisé la capsule et détaché les parties molles de la face interne de l'os, on divise, à l'aide d'un long couteau à amputation, le reste des parties molles avec les vaisseaux et les nerfs, en se dirigeant de dedans en dehors, dans la ligne de l'incision cutanée.

Le lambeau est fixé par des points de suture à la ligne demi-circulaire de l'incision cutanée de l'aisselle; les angles de la plaie sont laissés ouverts pour le passage des drains.

La désarticulation de l'épaule a une mortalité assez élevée (environ 40 0/0 à l'époque pré-antiseptique). La cause doit en être cherchée dans le danger immédiat que fait courir l'opération (hémorragie), ainsi que dans les fusées purulentes qui se produisent fréquemment, le long des interstices musculaires ouverts et peuvent entraîner la mort par septicémie ou pyémie.

La désarticulation doit être naturellement pratiquée avec les précautions antiseptiques, et le pansement de Lister couvrira pour le moins la moitié latérale correspondante du thorax, et s'étendra, en haut, jusqu'au cou et, en bas, jusqu'à l'abdomen.