périoste compris, sur une longueur correspondante au segment d'os à enlever. Dans la fente périostée ainsi produite, on introduit un élévatoire pointu avec lequel on décortique la face antérieure de la côte, d'abord jusqu'à hauteur de son bord supérieur, puis jusqu'au niveau de son bord inférieur. On détache ensuite le périoste qui tapisse la gouttière costale, et qui en cet endroit adhère plus intimement à l'os; avec lui on refoule en arrière l'artère intercostale tout en évitant de la blesser. On dénude finalement la face postérieure de l'os, en remontant avec l'instrument jusqu'à ce que sa pointe apparaisse dans la plaie par dessus le bord supérieur de la côte. On évite soigneusement à ce moment d'ouvrir la cavité pleurale avec la pointe de l'élévatoire.

Après s'être assuré que le segment de côte à extirper est parfaitement dénudé dans tous les sens, avec la petite scie à main on le sectionne à ses deux bouts au devant de l'élévatoire préalablement glissé sous l'os pour protéger la plèvre.

La cisaille de *Liston* et la scie à chaînette conviennent également très-bien pour pratiquer cette section.

L'opération est dès à présent terminée, s'il ne s'est agi que d'extirper une portion de côte malade; elle ne donne jamais lieu sur le vivant qu'à une perte de sang insignifiante. D'autres fois on fait suivre l'enlèvement du fragment costal de l'ouverture de la cavité pleurale : la résection n'est alors que le premier temps de l'opération de l'empyème. Après la résection simple, on pourra, après avoir tari tout écoulement de sang, refermer complètement la plaie par la suture; dans les cas moins sûrs on fixerait un drain dans l'angle postérieur de la plaie.

TROISIÈME CHAPITRE.

Résection du membre supérieur.

1. Résection de la clavicule.

Anatomie topographique.

La clavicule est interposée à la façon d'un arc-boutant entre le thorax et l'épaule. Dans son tiers externe confinant à l'acromion, elle est aplatie de haut en bas, et décrit une courbure à convexité dirigée en arrière; dans ses deux tiers internes elle est arrondie, et convexe en sens opposé. Son extrémité interne s'unit à la petite échancrure articulaire de l'angle de la poignée sternale en formant l'articulation sterno-claviculaire. Cette articulation est partagée en deux cavités séparées par un ménisque interarticulaire; la capsule dont elle est pourvue est très-mince, surtout à la paroi antérieure, mais elle est renforcée en avant par le ligament sterno-claviculaire et en haut par le ligament interclaviculaire. Ce dernier ligament se rend d'une clavicule

à l'autre en longeant la fourchette du sternum. La face inférieure de l'extrémité sternale de la clavicule est en outre réunie à la première côte par le solide ligament costo-claviculaire.

L'articulation acromio-claviculaire, qui est également munie d'un cartilage interarticulaire, est renforcée de son côté par le ligament acromio-claviculaire; de plus toute l'extrémité acromiale de la clavicule est solidement rattachée à l'apophyse coracoïde par le ligament coraco-claviculaire.

La clavicule est revêtue d'un périoste assez épais qui se laisse décoller de l'os sans la moindre difficulté.

L'extrémité sternale de la clavicule donne insertion par son bord supérieur au muscle sterno-cleido-mastoïdien et par son bord inférieur au muscle grand pectoral; du bord supérieur de l'extrémité acromiale naît le muscle trapèze, et du bord inférieur le muscle deltoïde; enfin le muscle sous-clavier s'insère à la face inférieure de la partie moyenne du corps de l'os.

La clavicule n'est recouverte à sa face antérieure que par la peau mince et mobile de la région et par le tissu cellulaire sous-cutané dans lequel est logé le muscle peaucier. Au-devant de l'os courent les nerfs sus-claviculaires du plexus cervical ainsi que des petites branches veineuses qui relient la jugulaire externe à la veine céphalique.

Pour ce qui a trait aux rapports de l'artère et de la veine innominée avec la face postérieure de l'articulation sterno-claviculaire, voyez p. 29. Voir également p. 40 et 45, le trajet suivi par les vaisseaux sous-claviers et par le plexus brachial en arrière du corps de l'os. L'artère sus-scapulaire longe la face postérieure de la clavicule mais en est suffisamment éloignée pour qu'on puisse toujours la ménager au cours des opérations.

La face antérieure de la clavicule se laisse facilement explorer sur toute son étendue. Lorsqu'on repousse l'épaule en arrière, on reconnaît l'articulation sterno-claviculaire à la saillie que fait alors en avant la tête articulaire de la clavicule; enfin en palpant avec soin l'acromion et l'extrémité acromiale de la clavicule, on parvient également à s'assurer du siége de l'articulation acromio-claviculaire.

Résection.

Le sujet est étendu sur le dos, un billot glissé sous le tronc, pour faire basculer légèrement l'épaule en arrière.

A. Résection dans la continuité.

Une incision parallèle au grand axe de la clavicule et d'une longueur en rapport avec l'étendue de la résection, divise à la partie moyenne de l'os les téguments et le périoste; sur chacune de ses extrémités tombe en outre une petite incision perpendiculaire. A l'aide de la rugine on décortique prudemment l'os sur tout son pourtour, puis dans chaque angle de la plaie on le sectionne au devant de l'élévatoire glissé par dessous pour protéger les parties sous-jacentes. La scie à chainette convient également très bien pour pratiquer cette section.

B. Résection dans la contiguité.

I. Résection de l'extrémité acromiale.

Une incision qui pénètre d'emblée jusqu'à l'os, part de l'acromion et suit la face antérieure de l'extrémité externe de la clavicule jusqu'un peu au-delà de l'apophyse coracoïde. A l'aide de la rugine on détache ensuite le périoste aussi loin qu'il est possible. On parvient dès lors à enfoncer l'élévatoire en dedans de l'apophyse coracoïde entre la face postérieure de l'os et le périoste détaché, puis à sectionner la clavicule comme il a été dit plus haut. Une petite