

le grand pectoral, le grand dorsal et le deltoïde, dont la rétraction entraîne les téguments, auxquels il faut, en conséquence, laisser beaucoup de longueur. Lafaye et Larrey ont préféré la désarticulation du membre à l'amputation immédiatement au-dessous de la tête humérale; mais cette opinion n'a pas prévalu.

Procédés opératoires. Les méthodes circulaire et à lambeau sont parfaitement applicables à l'amputation du bras. La méthode mixte, telle que je l'ai décrite, peut aussi être employée, et Guthrie a eu recours à la méthode ovale dans un cas d'amputation au niveau de l'aisselle.

Nous avons vu, dans nos généralités, que la règle commune est de se placer en dehors du membre pour l'amputation du bras. Quand on opère sur le membre gauche, on peut trouver quelque avantage à se placer en dedans, afin de relever plus facilement les téguments et les chairs, et de mieux soutenir et diriger la scie.

Méthode circulaire. On peut en résumer ainsi les différents temps: division de la peau; section des muscles, d'un seul trait, jusqu'à l'os. L'aide, placé vers l'épaule, relève fortement les chairs de ses deux mains, pour les disposer en un cône allongé, dont on incise la base en inclinant le couteau de bas en haut. Au fur et à mesure que les muscles profonds sont divisés, l'aide continue à les relever, et l'opérateur dénude une étendue suffisante de l'os, et l'abat par quelques traits de scie.

Dans le cas où le membre serait très-musclé, et où, par la faute de l'aide chargé de la rétraction des chairs, l'on n'obtiendrait pas un cône assez profond pour mettre à l'abri de la saillie de l'os, il faudrait recourir au procédé de Bell, et séparer de l'os les fibres charnues, dans l'étendue de quelques centimètres, avec la pointe de l'instrument tenu parallèlement à la direction de la diaphyse, que l'on contournerait circulairement.

Il est presque inutile de faire remarquer que le nerf radial rase l'humérus vers le milieu du membre, et qu'il doit être divisé et relevé pour être mis à l'abri de l'action de la scie.

Deux lambeaux. On peut également amputer le bras en taillant deux lambeaux, soit de dedans en dehors, soit de dehors en dedans. Sabatier formait, à la manière de Ravaton, un large lambeau quadrilatère, aux dépens du deltoïde, lors qu'il pratiquait l'amputation assez haut pour ne pouvoir appliquer le tourniquet sur l'artère humérale.

Procédé mixte de l'auteur. Lorsque j'exécute sur le bras le procédé mixte que j'ai décrit, je taille par ponction un premier lambeau latéral externe, presque entièrement tégumentaire, que je coupe très-court, en ramenant obliquement en dehors la

lame du couteau; reportant l'instrument dans l'angle supérieur de la plaie, pendant que je tire en dedans les téguments restés intacts, je le fais ressortir au point opposé, et je forme un second lambeau semblable au premier, sans y comprendre l'artère humérale. Un aide relève alors les lambeaux, et je termine l'opération en divisant les vaisseaux et les chairs profondes, d'après les règles de l'amputation circulaire, et en sciant l'os au-dessus des angles de la plaie.

Un seul lambeau. Cette amputation offre de grands avantages. Le lambeau, comprenant les chairs de la face antérieure du membre, retombe spontanément, et le libre écoulement des liquides prévient les accidents et assure une prompte cicatrisation.

Méthode ovale. Guthrie avait adopté la méthode ovale pour l'amputation de l'extrémité supérieure de l'humérus. Deux incisions obliques, disposées en V et réunies, à angle aigu, à 0^m,06 au-dessous de l'acromion, se rejoignent, par une ligne demi-circulaire, au côté opposé du membre.

L'artère humérale se trouve en dedans et en arrière du muscle biceps, et la grande collatérale en dehors; on les entoure d'une ligature, et l'on affronte ordinairement la plaie transversalement, pour mieux soutenir l'artère humérale, et avoir une cicatrice linéaire.

Appréciation. Parmi ces procédés, ceux qui appartiennent à la méthode à un seul lambeau antérieur et à la méthode mixte, sont les meilleurs; tous donnent néanmoins de bons résultats, à moins que les chairs du moignon n'aient été divisées trop haut, et qu'on ne les ait étranglées par des appareils contentifs.

Amputation scapulo-humérale. L'amputation du bras dans l'article, pratiquée par Ledran père, Morand etc., décrite par Ledran fils, a été particulièrement adoptée depuis les travaux des chirurgiens militaires de ce siècle. Le procédé opératoire du baron Larrey est resté, au milieu de la multitude de ceux qui l'ont suivi, un des meilleurs, et a donné de nombreux succès.

Anatomie. L'articulation du bras présente une première couche de muscles, très-épais et fort longs, qui se rétractent avec une grande force et entraînent les téguments. Plus profondément, elle est recouverte par les muscles scapulaires, dont trois, le sus-épineux, le sous-épineux et le petit-rond, se trouvent en haut et en arrière, et viennent se fixer à la grosse tubérosité humérale, tandis qu'un seul, le sous-scapulaire, existe en avant et s'insère à la petite tubérosité. En portant l'humérus *a* (fig. 258) dans une forte rotation en dedans, on amène les premiers en dehors, où le