

on coupe la première couche musculaire, puis les muscles profonds, en portant la tête de l'humérus dans la rotation *en dedans*, pour atteindre facilement les muscles sus et sous-épineux et petit-

rond, puis *en dehors*, pour la section du sous-scapulaire, et l'on achève la désarticulation avec les précautions ordinaires. La plaie est linéaire *a a a* (fig. 264), et on en réunit la partie supérieure par première intention.

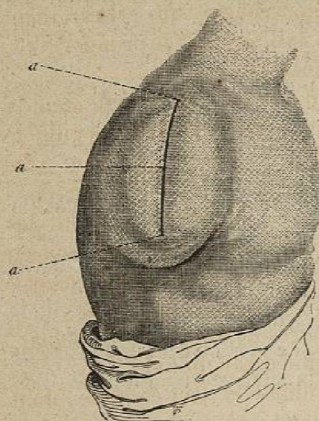


Fig. 264.

Méthode circulaire. Employée du temps de Garengot et décrite par Bertrandi, Alanson, cette méthode a été appliquée par Græfe, qui se servait d'un couteau en rondache pour former un cône creux à base inférieure, aux dépens des muscles.

Procédé de Sanson. Le malade assis, un aide comprime l'artère axillaire sur la première côte, tandis qu'un autre aide, placé du côté opposé au membre affecté (fig. 265), passe un de ses bras en avant et l'autre en arrière du tronc, embrasse fortement le moignon

de l'épaule avec ses deux mains, et attire autant que possible la peau, surtout celle de l'aisselle, vers l'origine du membre. Le chirurgien, placé devant le malade pour le côté droit, et derrière pour l'autre côté, saisit de la main gauche le bras à amputer, l'écarte très-légalement du tronc, pour que la main droite armée du couteau puisse passer entre le membre et le corps, et commence, à un travers

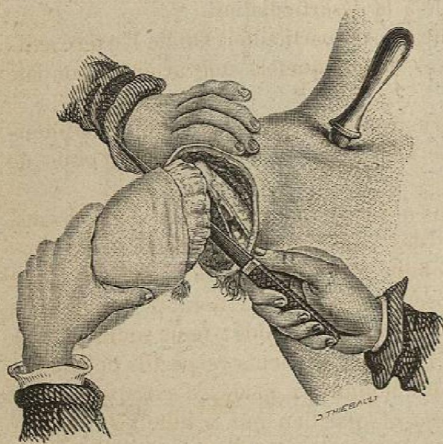


Fig. 265.

de doigt au-dessous du sommet de l'acromion, une incision qui est conduite jusqu'à l'os, divise les attaches du grand pectoral et

du grand dorsal à l'humérus, et rejoint le point de départ après avoir fait le tour de l'épaule. On termine l'opération en incisant les tendons profonds et la capsule articulaire.

Ce procédé ne laisse pas assez de téguments au-dessous de l'acromion, et les grands dangers de l'hémorragie, qui est rarement arrêtée par la compression de l'artère axillaire sur le premier côté, doivent faire préférer le procédé suivant.

Procédé de Cornuau. Ce chirurgien coupait transversalement la peau des deux tiers de la circonférence du membre, depuis le muscle coraco-brachial jusqu'au tendon du grand rond (ou *vice versa* s'il opérait du côté droit), à quatre travers de doigt au-dessous de l'acromion. Les téguments relevés, il divisait les muscles jusqu'à l'os, puis les tendons et la capsule articulaire, et luxait en haut la tête de l'humérus. Dans un troisième temps, il engageait le couteau derrière celle-ci, et réunissait les deux extrémités de la plaie par la section des vaisseaux axillaires et du plexus brachial, l'artère préalablement saisie et comprimée par un aide.

Ce procédé donne une plaie très-régulière et peu étendue, dont la réunion verticale s'opère assez aisément; rien n'empêcherait de l'adopter pour des sujets amaigris et à fibres molles, car le seul reproche que nous lui adressions porte sur l'exécution, qui en est réellement difficile, en raison de la longueur des téguments conservés au-dessous de l'acromion: ceux-ci pourraient être fendus longitudinalement en haut, comme l'avait déjà proposé Alanson, s'ils offraient trop d'obstacle à la désarticulation.

Pansement. Il ne présente rien de particulier. On lie l'artère axillaire, les deux circonflexes et quelquefois une artère acromiale d'un médiocre calibre.

On réunit la partie supérieure de la plaie, par première intention, avec des bandelettes agglutinatives ou quelques points de suture.

Appréciation. Les lésions qui exigent l'amputation du bras dans l'article peuvent présenter des conditions si diverses sous le rapport de l'étendue, de la mobilité et de l'altération des parties, que nous avons cru devoir exposer un très-grand nombre de procédés opératoires. Un autre but nous a encore guidé: nous voulions faire comprendre les avantages et les inconvénients respectifs de chaque méthode, et en signaler les nombreux modes d'exécution, afin qu'on se les rendit familiers, et que l'on pût ensuite les juger en toute assurance. Nous avons donné notre opinion sur la plupart des procédés décrits, et il nous aurait été impossible de les classer selon leur valeur; mais nous les avons assez clairement appréciés pour que l'on puisse choisir entre les principaux, soit lorsqu'on voudra

exécuter avec éclat cette amputation sur le cadavre, cas où l'épaisseur, la tension ou la laxité des chairs etc. devront être prises en grande considération; soit lorsqu'on devra agir sur l'homme vivant, et préférer la sûreté et la bonté des résultats à la rapidité et au brillant de l'exécution.

Le procédé de Larrey est évidemment un des meilleurs, par la facilité qu'il offre au chirurgien de juger la nature et l'étendue des lésions, et de se décider pour la résection ou l'amputation, selon les indications. Le procédé de Lafaye pourrait être imité par un opérateur peu exercé, et donnerait sûrement de bons résultats. On pourrait, comme l'a proposé Delpech, tailler, en commençant, un grand lambeau antérieur qui retomberait directement sur la plaie, et rendrait la désarticulation possible pendant le décubitus dorsal, comme l'a fait remarquer M. le docteur Malapert.

Nous avons jusqu'ici suivi le procédé du baron Larrey, en nous abstenant, à son exemple, de conserver trop de téguments à la partie inférieure de l'aisselle. La rétraction de la peau, dans ce point, laisse une plaie béante, mais facilite le libre écoulement du pus, prévient les accidents et assure la guérison.

Amputation de l'épaule. Lorsque les altérations qui nécessitent l'ablation du bras sont étendues à l'extrémité externe de la clavicule et à une partie de l'omoplate, on a enlevé avec succès des portions considérables de ces os. Cuning détacha l'épaule entière, en même temps que le bras, à un malade de l'hôpital d'Antigoa en 1808, et M. Mussey, ainsi que notre honorable collègue M. Rigaud, ont imité cet exemple avec le même succès.

Les faits de cette nature appartiennent généralement à la chirurgie militaire. Les procédés opératoires dépendent de conditions pathologiques variables, et rentrent nécessairement dans ceux que nous avons décrits pour la désarticulation du bras, ou que nous exposerons en faisant l'histoire des résections. Nous avons, cette année 1868, enlevé les deux tiers inférieurs d'un scapulum atteint d'encéphaloïde, en taillant un grand et unique lambeau à convexité inférieure. Ce lambeau offre certainement les conditions les plus favorables pour les résections de l'omoplate et la guérison simple et facile de la plaie.

MEMBRE INFÉRIEUR. Amputation des orteils.

Les deux dernières phalanges des orteils ne sauraient être amputées isolément comme celles des doigts, en raison de leur brièveté et de leur peu d'importance fonctionnelle; mais les premières phalanges ont assez de longueur pour être enlevées soit dans leur continuité, soit dans leur contiguïté.

Il y a moins de danger et plus d'avantage pour les fonctions du pied à scier ces phalanges, et particulièrement celle du pouce, qui protège l'extrémité antérieure du premier métatarsien, dont le rôle est considérable dans la station et la marche, parce qu'il représente l'extrémité de la courbe générale du pied, et que c'est particulièrement sur ce point et sur la saillie postérieure du calcaneum que porte presque tout le poids du corps.

Pour les autres orteils, la désarticulation métatarso-phalangienne est généralement préférée, et on l'exécute comme à la main. On a conseillé pour le premier orteil, depuis Sabatier, d'enlever l'extrémité du métatarsien correspondant, pour donner au pied une forme plus régulière. Nous croyons beaucoup plus avantageux de conserver le premier métatarsien entier pour obtenir une plus grande base de sustentation.

Quand on taille un lambeau interne et plantaire, la cicatrice est rejetée de dedans en dehors sur la face dorsale du pied. La méthode ovulaire est parfaitement applicable aux phalanges des autres orteils. Le

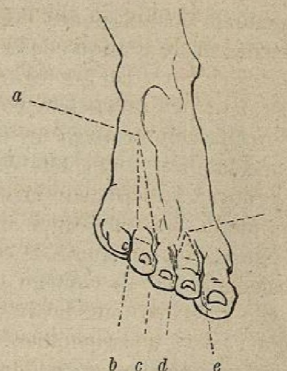


Fig. 266.

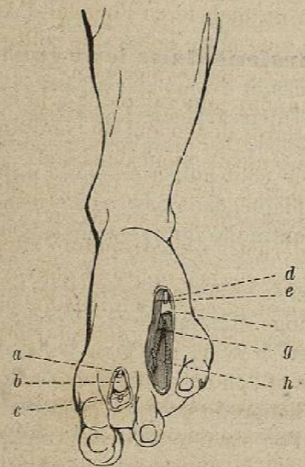


Fig. 267.

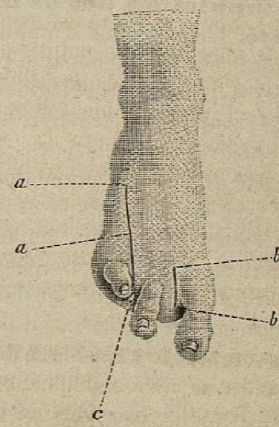


Fig. 268.

sommet de l'incision *f* (fig. 266), placé un peu en arrière de l'articulation, et les téguments divisés en dehors *d*, au niveau de la