

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

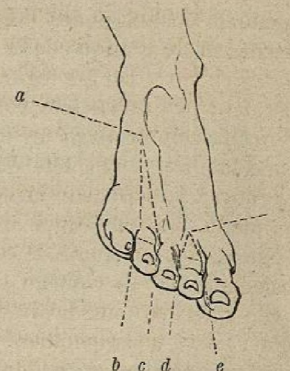


Fig. 266.

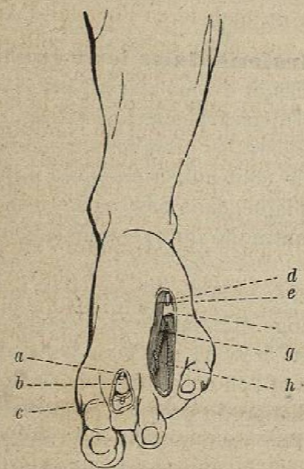


Fig. 267.

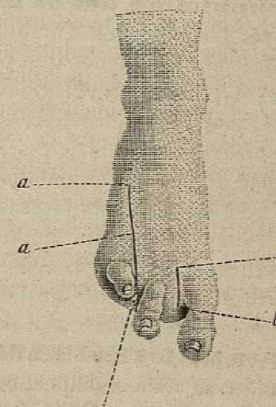


Fig. 268.

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