

On a également emporté l'extrémité sternale de la clavicule.

Sir A. Cooper en a rapporté, dans son ouvrage sur les luxations, un exemple curieux dû à Davie. L'extrémité sternale avait été tellement portée en arrière, par suite d'une déviation du rachis, que la déglutition était gênée et la malade réduite au dernier marasme.

Le chirurgien anglais fit une incision parallèle à la clavicule, coupa les ligaments sterno-claviculaires antérieurs, ainsi que l'insertion du faisceau externe du muscle sterno-cléido-mastoïdien, et scia la clavicule avec la scie versatile de Scultet, après avoir passé derrière l'os un morceau de cuir battu. Les ligaments postérieurs, ne pouvant être atteints, furent rompus au moyen du manche du bistouri, employé en guise de levier, et le succès de l'opération fut complet. Si les téguments étaient altérés et la clavicule gonflée et volumineuse, une incision simple ne suffirait pas et devrait être remplacée par une incision cruciale, ou de toute autre forme, selon les indications. Une scie à chaîne, passée autour de la clavicule avec un stylet d'argent, rendrait plus rapide la section de l'os, dont la dissection exigerait de grandes précautions, pour n'intéresser aucune des parties subjacentes. Wurtzer fit la même opération pour un cas de tumeur blanche.

J'ai pratiqué en 1848, à l'hôpital militaire de Strasbourg, sur un jeune infirmier, la résection du tiers interne de la clavicule gauche atteinte depuis quelques mois d'ostéite, à la suite d'une violente contusion. Une première incision cruciale intéressa les téguments; l'os fut mis à nu et divisé avec une petite scie en crête de coq sur le manche d'un scalpel passé en arrière de l'os. Il devint dès lors possible de séparer les insertions musculaires, et de couper les ligaments. La section des tissus fibreux qui unissaient en arrière le bord saillant et postéro-inférieur de la clavicule au sternum exigea de grandes précautions. L'artère sous-clavière soulevait à chaque battement toute la surface de la plaie, rendue très-profonde par le gonflement considérable de l'os, qui offrait la disposition d'une coque osseuse. Le malade, opéré en présence de mes collègues MM. Chély, Sergent, Goffres, Pastoret, Bouchut etc., guérit parfaitement. Nous recommandons, dans de pareils cas, l'emploi du tire-fond pour faire plus aisément basculer l'os.

Mott enleva la totalité de la clavicule, en 1827, sur un jeune homme de dix-neuf ans, pour un ostéosarcome qui s'étendait jusqu'au-dessus de l'os hyoïde et de l'angle de la mâchoire, et avait le volume de deux poings.

Le chirurgien américain circoncrivit les parties malades entre deux incisions. Les veines jugulaires externe et interne furent liées, la veine sous-clavière ainsi que le canal thoracique séparés des

parties dégénérées, la clavicule coupée en dedans de l'acromion avec une scie à chaîne, tous les muscles incisés, et enfin l'os désarticulé; plus de quarante ligatures furent posées. Après sa guérison, le malade se servit de son membre au moyen d'une machine remplaçant la clavicule.

Roux tenta la même ablation sans succès. Les procédés à suivre ne peuvent être précisés et dépendront toujours de l'étendue des lésions. Sur le cadavre, où les parties sont saines, on exécute assez aisément cette opération, en faisant une incision longitudinale sur la clavicule, dont on met les extrémités à découvert par deux autres incisions terminales perpendiculaires à la première. Les deux lambeaux renversés, l'un en haut, l'autre en bas, on divise les muscles, et l'on coupe l'os un peu en dedans de l'apophyse coracoïde; ensuite l'on enlève successivement les deux fragments. Si le périoste pouvait être conservé, on aurait une cicatrice plus solide et moins de difformité.

On connaît aujourd'hui neuf cas (voy. ouvr. de M. Bœckel) d'extirpation totale de la clavicule, dont trois ont été suivis de mort et six de succès.

Résection du scapulum. Larrey, Hunt, Baudens et beaucoup d'autres chirurgiens ont enlevé les apophyses acromion, coracoïde, et même une partie ou la totalité de la cavité glénoïde. M. Manec a proposé la résection de l'acromion comme méthode constante de la désarticulation du bras.

Jäger et Champion firent l'ablation de l'épine; Sommeiller et d'autres celle de l'angle inférieur du scapulum; Janson emporta presque tout le corps de l'os pour une tumeur dégénérée qui pesait quatre kilogrammes: deux incisions semi-elliptiques de 0^m,027 de hauteur circoncrivirent une portion des téguments répondant à la tumeur; les muscles trapèze, sus et sous-épineux, furent divisés, et l'opérateur, ayant reconnu qu'une partie de la fosse sous-épineuse était saine, la conserva ainsi que l'articulation du bras, dont les mouvements restèrent libres.

La résection du corps du scapulum, avec conservation de sa portion articulaire ou glénoïdale, a reçu le nom d'*amputation de l'omoplate* et a déjà été pratiquée quinze fois d'après M. O. Heyfelder. Huit malades guérirent et conservèrent en grande partie les mouvements du bras.

Nous avons déjà cité des extirpations complètes du scapulum, pratiquées par Cumming (1808), et par notre collègue M. Rigaud (en 1843); plusieurs autres chirurgiens ont enlevé le bras et des portions plus ou moins étendues de la clavicule et de l'omo-