

plate. Dieffenbach, en 1855, excisa la totalité de ce dernier os et une portion de clavicule, en conservant le membre supérieur. Le malade, âgé de douze ans, atteint de cancer, succomba trois mois plus tard aux progrès de son affection. Jones, en 1856, fut plus heureux sur une jeune fille de seize ans, atteinte d'une tumeur bénigne de l'os. Syme et J. F. Heyfelder perdirent chacun un malade à la suite de cette extirpation.

Une incision en T, dont une des branches suit l'épine et l'autre le grand axe de l'os, a été le procédé le plus suivi. Nous conseillons la formation d'un large lambeau semi-lunaire à sommet convexe inférieur (voy. p. 434).

De nombreuses artères sont ouvertes et quelques malades ont péri d'hémorrhagie.

Nous refusâmes un jour d'opérer un jeune homme atteint d'un énorme cancer du scapulum, dont les limites n'étaient pas très-nettement fixées, et nous dûmes nous applaudir de notre abstention en découvrant plus tard, à la nécropsie, que la tumeur avait pénétré dans la poitrine et envahi un lobe pulmonaire.

**Résection de l'articulation scapulo-humérale.** Les résections de l'articulation scapulo-humérale sont assez faciles et ont été faites un grand nombre de fois pour des fractures par armes à feu, la nécrose, la carie, l'ostéorachisme, les exostoses etc. L'observation prouve que les mouvements peuvent se rétablir en presque totalité, et si les faits rapportés par Chaussier, par Moreau, par Heine et par plusieurs chirurgiens actuels, ne démontrent pas une véritable régénération osseuse, ils font voir qu'une nouvelle articulation peut se produire et favoriser beaucoup la mobilité. Lorsque l'humérus demeure suspendu au milieu des chairs, ce que l'on observe le plus fréquemment, une machine ou un bandage approprié donnent un point d'appui au bras, et on a l'immense avantage de conserver l'avant-bras, le poignet et la main, dont les fonctions ne sont nullement altérées.

Les procédés opératoires mis en usage pour la résection de la tête humérale sont assez nombreux et pourraient encore être modifiés, selon la nature, le siège et l'étendue des lésions. L'incision du ligament capsulaire et des tendons des muscles sous-scapulaire, sus et sous-épineux et petit rond, est le temps le plus difficile de l'opération; toutefois on l'exécute assez vite lorsque le bras n'a pas été brisé, en imprimant au membre un mouvement de rotation en dedans, puis en dehors, pour amener les muscles sous le tranchant de l'instrument, dont la lame doit être courte et un peu épaisse. Si l'extrémité supérieure de l'humérus était fracturée, on y implante-

rait un tire-fonds, pour la porter au dehors de la plaie, et l'isoler des parties molles avec précaution, afin de ne blesser ni les vaisseaux ni les nerfs. On ménage les ligaments, les muscles et les tendons, pour soutenir le membre, le rapprocher de la cavité glénoïde et en conserver les mouvements.

White et Vigarous, qui furent des premiers à pratiquer la résection de la tête humérale, se contentèrent d'une simple incision longitudinale, étendue de l'acromion à 0<sup>m</sup>,12 plus bas vers l'insertion deltoïdienne. Les lèvres de la plaie écartées, on aperçoit l'articulation (voy. fig. 258), on incise la capsule et les muscles; puis, faisant saillir au dehors de la plaie l'extrémité osseuse, on en opère la section avec la scie. Larrey, qui avait adopté ce procédé, divisait le ligament capsulaire et les muscles qui s'insèrent aux grosses et petites tubérosités humérales, avec un bistouri boutonné, et son exemple devrait être imité toutes les fois que l'os est fracturé et échappe à l'action directe du chirurgien.

Moreau et Manne firent un lambeau quadrilatère au moyen de deux incisions verticales réunies transversalement. Moreau plaçait le sommet du lambeau en haut, au-dessous de l'acromion, pour rendre la désarticulation facile et permettre d'atteindre le scapulum, s'il était altéré, tandis que Manne préférait un lambeau à base supérieure plus large. Ce dernier procédé, qui ressemble à celui de Lafaye pour l'amputation du bras dans l'article, pourrait être modifié en ce qu'on taillerait le lambeau deltoïdien en un seul temps, soit par ponction, et de dedans en dehors, comme l'a proposé Lisfranc, soit de dehors en dedans.

Bent faisait tomber, sur le sommet de l'incision verticale de White, une petite incision transversale, qui agrandissait supérieurement la plaie, en produisant deux lambeaux triangulaires, l'un en avant et l'autre en arrière de la première incision. On découvre ainsi très-largement l'articulation, et l'on pourrait enlever l'acromion ou une portion plus étendue du scapulum. Quelques fibres seulement du deltoïde sont divisées, et, après la résection, deux ou trois points de suture suffisent pour fermer la plaie.

M. Syme pratiqua deux fois, avec succès, la résection de la tête de l'humérus, en faisant partir de l'extrémité inférieure de l'incision de White une autre incision dirigée en haut et en arrière vers le bord postérieur de l'aisselle. On obtient un lambeau triangulaire à base postérieure et supérieure, et les fibres musculaires sont assez bien ménagées.

Sabatier avait proposé de faire, à la partie antérieure et supérieure du bras, deux incisions de cinq ou six travers de doigt chacune, écartées de 0<sup>m</sup>,03 supérieurement, et rapprochées inférieu-