Diviser toutes les parties molles jusqu'à l'article à la base même de la manchette.

Attaquer l'article entre la tête du radius et l'épicondyle par la section du ligament latéral externe; libérer entièrement le bec de l'apophyse coronoïde, et diviser le ligament latéral interne.

Dès que l'articulation est ainsi ouverte, tirer l'avant-bras et le porter en hyperextension, de façon que le sommet de l'olécrâne soit facilement accessible (fig. 426). Alors détacher le triceps en rasant avec le couteau le som-

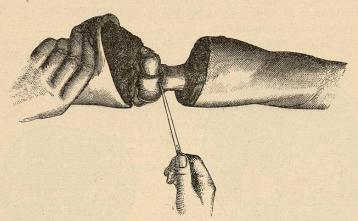


Fig. 426. — Désarticulation du coude par le procédé circulaire. Section du tendon du triceps, après la traction de l'avant-bras en avant.

met, puis la face postérieure de cette apophyse, sans trouer la peau. Cependant, au lieu de désarticuler l'olécrâne et de le séparer des téguments, on peut le scier transversalement à sa base et le laisser en place; cela est plus expéditif.

Hémostase : l'artère humérale ou ses deux branches de bifurcation, et quelques petites artères (collatérale interne).

Procédé à deux lambeaux latéraux. — Tracer en dehors un lambeau arrondi qui mesure en hauteur deux tiers de diamètre, plus 3 centimètres. Tracer en dedans un lambeau semblable, mais plus court (un tiers de diamètre, plus 3 centimètres) (fig. 427, a b c).

Diviser la peau et le tissu sous-cutané suivant le tracé.

Disséquer les deux lambeaux en y laissant adhérente une petite couche musculaire.

Pendant qu'on les fait rétracter, diviser au niveau de l'article toutes les parties molles ; puis achever l'opération comme dans le procédé circulaire.

Quant aux procédés elliptique et à lambeau antérieur unique, ce sont des procédés d'amphithéâtres qui exigent une trop grande longueur de téguments pour être pratiquement applicables. Nous conseillons d'y renoncer.

§ 3. — Bras

Amputation aux deux tiers inférieurs. — Procédé circulaire en entonnoir. — Après avoir pris les mesures ordinaires et tenu compte de l'indice de rétraction, 3 centimètres, diviser circulairement la peau et le tissu sous-cutané jusqu'à l'aponévrose générale (fig. 427, d e).

Disséquer la peau sur une hauteur de 2 centimètres, mais sans la retrousser.

Pendant qu'un aide rétracte fortement les téguments, diviser le muscle biceps au ras de la section cutanée (Coupe).

Faire rétracter encore les parties molles superficielles jusqu'à ce que les parties profondes forment un cône à sommet inférieur, et diviser circulairement la base de ce cône jusqu'à l'os, en dirigeant obliquement le tranchant vers l'épaule (Recoupe).

Protéger l'étoffe du moignon avec une compresse fendue à deux chefs, après s'être assuré que le nerf radial a été bien divisé dans la gouttière de torsion. Enfin, scier l'humérus comme il a été dit dans la *Technique générale*.

Hémostase : l'artère humérale, la collatérale externe, la collatérale interne et quelques autres petites artères (fig. 428).

Fig. 427.

abc, désarticulation du coude par le procédé à lambeaux. — de, amputation circulaire du bras au tiers inférieur.

Procédé à un lambeau antéro-externe. — Après avoir reconnu le trajet de l'artère humérale, tracer un lambeau arrondi qui longe en dedans le côté externe de l'artère, et qui mesure en hauteur un diamètre plus 3 centimètres. Réunir les deux côtés du lambeau en arrière, en traçant à 1 centimètre audessous de la base, une ligne transversale ou légèrement convexe en bas (fig. 421 ee').

Diviser la peau et le tissu sous-cutané suivant le tracé.

Tailler le lambeau de dehors en dedans en ne conservant qu'une mince couche musculaire.

Diviser toutes les parties molles, jusqu'à l'os, en deux traits demi circulaires, l'un à la base du lambeau, l'autre au ras de la section cutanée en arrière.

Le reste, comme dans le procédé circulaire.

Si on désirait un lambeau bien charnu, on le taillerait de même façon en rasant la face antérieure de l'os.

Le tracé des incisions serait aussi le même pour un lambeau purement

Nous ne décrirons pas l'amputation ostéoplastique de Szymanowsky, calquée

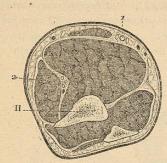


Fig. 428. — Coupe transversale à la partie inférieure du bras.

H, coupe de l'humérus. — 1, artère humérale. — 2, artère humérale profonde (d'après Paulet et Sarazin).

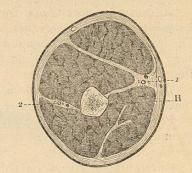


Fig. 429. — Coupe transversale à la partie moyenne du bras.

H, coupe de l'humérus. — 1, artère humérale. — 2, artère humérale profonde (d'après Paulet et Sa-

Procédé à deux lambeaux égaux peu charnus, l'un antéro-externe, l'autre postéro-interne. — Tracer deux lambeaux arrondis qui mesurent chacun un rayon de plus de 3 centimètres, et dont la limite commune corresponde au traiet de l'artère humérale (fig. 423, e d f).

Diviser la peau et le tissu sous-cutané suivant le tracé.

Tailler chaque lambeau de dehors en dedans, en ne conservant qu'une petite couche musculaire, et en respectant l'artère humérale.

Diviser circulairement à leur base, jusqu'à l'os, tout ce qui reste des parties molles.

Hémostase (fig. 429).

On pourrait aussi amputer par deux lambeaux inégaux, celui de derrière étant le plus court (1/2 ou 1/4 seulement).

Amputation au tiers supérieur ou amputation intra-deltoïdienne. - L'os est scié au niveau de la partie moyenne du deltoïde. Cette amputation est préférable à la désarticulation de l'épaule, toutes les fois qu'elle est possible.

Procédé circulaire à fente externe (Chalot). — Le bras étant pendant, mesurer la circonférence du membre au niveau du point d'amputation et

Faire l'anémie artificielle par le refoulement élastique ou par l'élévation verticale, et compléter l'hémostase provisoire soit par la compression digitale de l'artère axillaire contre la tête de l'humérus, soit par l'acupressure élastique, ainsi qu'elle sera décrite à propos de la désarticulation de l'épaule.

Diviser circulairement la peau et le tissu sous-cutané à un rayon plus 3 centimètres du point d'amputation (fig. 431, a b).

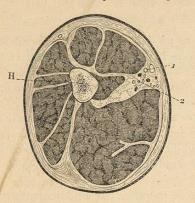


Fig. 430. — Coupe transversale du bras immédiatement au-dessous du tendon du grand pectoral.

H, coupe de l'humérus. -1, artère humérale. -2, artère humérale profonde (d'après Paulet et Sarazin).

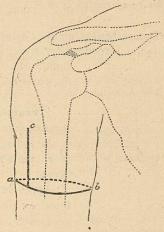


Fig. 431. — Amputation circulaire à fente externe du bras au tiers supérieur.

Disséquer la peau sur une hauteur de 2 centimètres, sans la retrousser. Diviser d'abord le biceps, puis le reste des chairs au

ras de la première coupe, jusqu'à l'os, en dirigeant le tranchant un peu vers la racine du membre.

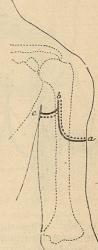
Plonger la pointe du couteau, en dehors, au niveau du point d'amputation, jusqu'à l'os, et faire d'un seul coup, à fond, une incision verticale qui tombe sur l'incision circulaire (fig. 431, c).

Détacher l'os des parties molles environnantes en rasant toujours sa surface.

Faire rétracter l'étoffe du moignon et diviser l'os avec une scie ordinaire, ou bien faire écarter fortement les deux lèvres de la fente et diviser l'os avec une scie à chaîne.

Hémostase : l'artère humérale, la collatérale externe et quelques artérioles (fig. 430).

Procédé à lambeau charnu externe. — Tracer un lambeau arrondi qui mesure un diamètre plus 3 centimètres à partir du point d'amputation. Réunir les deux Fig. 432. - Amputacôtés du lambeau, au niveau du bord inférieur du grand pectoral, en traçant une ligne légèrement convexe en bas (fig. 432, a b c).



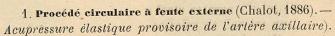
tion à lambeau externe du bras au tiers

Diviser la peau et le tissu sous-cutané, suivant le tracé. Tailler le lambeau de dehors en dedans, en conservant le deltoïde. Diviser d'un trait demi circulaire, au ras de l'incision cutanée interne, tout ce qui reste de parties molles.

Faire rétracter et scier.

Désarticulation de l'épaule. — Le siège de l'articulation (énarthrose) est facile à reconnaître avec le doigt sous la saillie de l'acromion et en

dehors du bec de l'apophyse coracoïde pendant qu'on fait exécuter au bras des mouvements de rotation sur place.



Le bras étant pendant, mesurer la circonférence de la racine du membre contre l'acromion et calculer le rayon

Après avoir anémié le membre par refoulement élastique ou par élévation verticale, compléter l'hémostase provisoire, non pas par la compression de la sous-clavière sur la première côte, au-dessus de la clavicule, moyen souvent infidèle, mais de la manière suivante : introduire une broche d'acier courbe et longue de 12 cen-

timètres, immédiatement en dedans et au-dessus du bec de l'apophyse coracoïde et diriger sa pointe vers le creux

de l'aisselle où elle doit sortir vers le milieu de la région pileuse; puis serrer toutes les parties comprises dans la courbure de la broche, au moyen d'un cordon élastique (5 millimètres) entortillé sur la broche en 8 de chiffre.

Diviser circulairement la peau et le tissu sous-cutané à un rayon, plus 4 centimètres, de l'acromion (fig. 433).

Disséquer la peau sur une hauteur de 2 centimètres, puis diviser circulairement toutes les chairs, jusqu'à l'os, en dirigeant le tranchant un peu vers l'articulation.

Plonger la pointe du couteau à 1 centimètre au-dessous de l'acromion, jusqu'à la tête de l'humérus, et fendre d'un coup peau et chairs jusqu'à l'incision circulaire.

Ouvrir la capsule au fond de la fente, si elle n'est pas déjà ouverte; et détacher à droite et à gauche, avec la rugine, ou l'ins-

droite et à gauche, avec la rugine, ou l'instrument tranchant, l'insertion humérale de la boutonnière capsulaire.

Faire porter la tête de l'humérus en rotation interne, et diviser les insertions tendineuses de la grosse tubérosité.



Fig. 433. — Désarticulation circulaire du bras à fente externe.

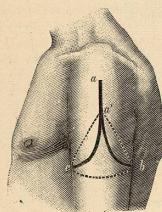
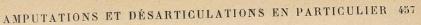


Fig. 434. — Désarticulation du bras par les procédés de Guthrie et de D. Larrey.

a'b a'c (pointillé) sont les branches rectilignes de la raquette de Larrey. ab a'c (traits pleins) sont les branches curvilignes de la croupière de Guthrie.



Faire porter la tête en rotation externe, diviser la longue portion du biceps, et dégager la petite tubérosité.

Luxer la tête en dehors au moyen du davier de Farabeuf, et énucléer l'humérus jusqu'à l'incision circulaire, en rasant le périoste avec l'instrument tranchant.

Hémostase définitive : l'artère humérale et les deux circonflexes.

Neurectomie : les nerfs médian, cubital et radial.

On peut utiliser le même mode d'hémostase provisoire si l'on préfère désarticuler l'épaule suivant la raquette de D. Larrey ou la croupière de Guthrie (fig. 434).

2. Procédé d'acupressure élastique de J. Wyeth (1888). — Au lieu de limiter l'acupressure à l'artère axillaire, comme nous l'avons enseigné dans le procédé précédent, John Wyeth (de New-York) soumet à la compression élastique de la manière suivante (fig. 435) toute la circonférence de l'épaule.

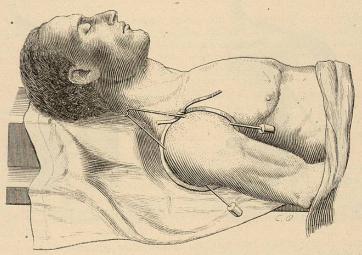


Fig. 435. — Procédé d'hémostase de J. Wyeth par acupressure élastique dans la désarticulation de l'épaule.

Le membre ayant été exsanguifié avec la bande d'Esmarch roulée aussi près que possible du siège de la lésion, introduire une épingle d'acier, longue de 26 centimètres et large de 5 millimètres, à travers la peau et une portion du muscle grand pectoral, à environ 7 cent. 5 en deçà de l'épaule, c'est-à-dire juste en dedans de l'apophyse coracoïde. Introduire une autre épingle de mêmes dimensions à environ la même distance sur la partie dorsale de l'omoplate en traversant le fascia profond, et une petite portion du muscle à cet endroit. Chaque épingle, sur la longueur d'environ 7 cent. 6, est cachée par les tissus transpercés. Garnir leurs pointes avec des morceaux de liège aseptiques pour protéger les mains de l'opérateur. Puis, enrouler d'une manière très serrée autour et audessus des épingles un fort tube de caoutchouc, ayant un diamètre de 1°,15 à son état de laxité, et assez long pour faire cinq ou six fois le tour de l'épaule; enfin, nouer les chefs du tube. Le tube reste en place jusqu'à ce que la désarticulation

ait été terminée (procédé ovalaire), que les vaisseaux aient été liés et que la plaie ait été fermée.

J. Wyeth a ainsi obtenu dans deux cas une hémostase parfaite. W. Keen, J. Ashurst, Brinton, Park et autres chirurgiens américains ont également employé avec succès le procédé de Wyeth. Pour empêcher le tube de glisser et pour avoir une constriction efficace, Keen recommande spécialement de faire sortir les deux épingles à 2 centimètres et demi en dedans du sommet de l'acromion; il les enfonce, par conséquent, de bas en haut, en sens inverse de Wyeth, l'épaule débordant un peu la table d'opération et le bras écarté à angle droit.

3. Procédé circulaire à fente antérieure (Chalot, 1886). — Ligature de l'artère axillaire dès le début.

Commencer l'hémostase provisoire par le refoulement ou par l'élévation, et mettre le tube ou la bande d'arrêt au milieu du bras.

Diviser circulairement la peau et le tissu sous-cutané à la distance calculée (fig. 436).

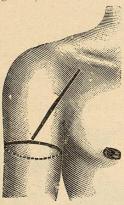


Fig. 436. — Désarticulation circulaire du bras à fente antérieure (Chalot).

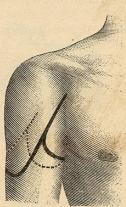


Fig. 437. -- Désarticulation du bras à lambeau charnu externe (procédé de l'épaulette).

Sur cette incision conduire une incision oblique cutanée qui commence à un travers de doigt en dedans du bec de l'apophyse coracoïde. Diviser le grand pectoral dans la même étendue, rechercher l'artère sous le petit pectoral, et la lier ainsi que sa veine satellite qui est en avant et en dedans.

Achever la section circulaire.

Approfondir la fente jusqu'à l'os.

Le reste, comme dans le procédé précédent, si ce n'est que la capsule est ouverte, en dedans et la tête luxée dans le même sens.

4. Procédé à lambeau charnu externe dit procédé de l'épaulette. — Tracer un lambeau semi-lunaire dont la base corresponde par son extrémité antérieure à 1 centimètre au dessous du bec de l'apophyse coracoïde, et par son extrémité postérieure à la partie moyenne de l'épine scapulaire, et qui mesure en hauteur un diamètre, plus 4 centimètres, à partir de l'acromion.

Réunir les deux côtés du lambeau au niveau du bord inférieur du grand pectoral, en traçant à la face interne du bras une ligne convexe en bas (fig. 437).

Faire l'hémostase préalable d'emblée, comme dans le procédé circulaire à fente antérieure. Pour cela, diviser la peau et le tissu sous-cutané suivant le tracé, rechercher l'artère sous le petit pectoral et la lier, ainsi que sa veine satellite.

Tailler le lambeau de dehors en dedans, jusqu'à la voûte acromio-coracoïdienne, en rasant la face externe de l'humérus.

Ouvrir en T la capsule articulaire ; désinsérer les deux tendons des deux tubérosités et luxer en avant la tête.

La saisir avec le davier de Farabeuf, puis achever de dégager l'humérus en rasant toujours sa surface avec le couteau et en sortant par l'incision cutanée interne au ras de la peau.

Compléter l'hémostase.

Félizet a présenté comme nouveau à la Société de chirurgie un procédé de désarticulation de l'épaule, dit raquette à queue axillaire, dont le principal avantage serait de permettre dès le début la ligature définitive de l'artère axillaire. Or, les procédés de désarticulation à fente antérieure et à lambeau charnu externe de Chalot, qui ont le même avantage, étaient déjà décrits dans sa première édition de 1886. D'autre part, C. Hueter et J. Arthur avaient antérieurement encore préconisé la ligature primitive de l'artère et de la veine axillaires dans la désarticulation de l'épaule à lambeau externe.

5. Procédé sous-capsulo-périosté d'Ollier. — 1º Couper successivement la peau, le deltoïde, la capsule et le périoste par une incision verticale qui descend jusqu'à la limite de l'aisselle et du bras, et qui part de l'apophyse coracoïde, à quelques millimètres en dehors de l'espace interdeltoïdo-pectoral, si l'on hésite entre la résection et la désarticulation, ou qui commence plus en dehors, au bord interne de l'acromion, si l'on est décidé d'emblée à la désarticulation.

2º Désinsérer la capsule ; puis, dès qu'on le peut, luxer la tête de l'humérus et poursuivre la dénudation périostique jusqu'au point où l'on va faire la section circulaire des parties molles.

3º Couper circulairement la peau, puis les muscles, par petits coups, en arrière, en dehors. Faire saisir par un aide le paquet vasculo-nerveux, l'un des doigts étant introduit dans la gaine périostique, l'autre sous la peau de l'aisselle, et sectionner les parties molles internes. Le tracé du moignon est, en somme, le même que dans le procédé circulaire à fente externe (fig. 455).

Amputation interscapulo-thoracique. — Cette opération a déjà été pratiquée un grand nombre de fois, soit pour traumatismes, soit pour affections pathologiques. Elle est moins grave qu'on ne l'aurait cru a priori, et elle ne l'est guère plus que la désarticulation de l'épaule.

1. Procédé ovalaire de Chalot (1886): 1^{cr} temps. — Au niveau de la partie moyenne de la clavicule, sur son bord supérieur, commencer une incision seulement cutanée (fig. 438, a b) qui suit ce bord vers l'épaule, puis le bord antérieur de l'acromion (b c), et la lèvre supérieure de l'épine scapulaire jusqu'à son tiers interne (c d).

Là, recourber l'incision et la conduire jusqu'à un travers de doigt audessus de l'angle inférieur de l'omoplate, parallèlement à son bord spinal (de).

Recourber encore l'incision et la diriger vers le creux de l'aisselle jusqu'au bord inférieur de l'insertion humérale du grand pectoral (ef).

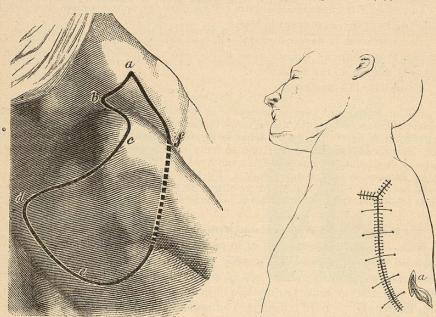


Fig. 438. — Procédé de l'auteur. Tracé pour l'ablation totale du membre supérieur avec l'omoplate et la moitié externe de la clavicule, par la méthode ovalaire. Epaule vue en avant et surtout en arrière.

Fig. 439. — Réunion totale de la plaie avec drainage collatéral (a) de Kocher, après amputation interscapulothoracique pour un fibro-chondrosarcome colloïde de l'épaule gauche, d'après un de nos opérés.

Enfin, la ramener au point de départ, en croisant la face antérieure de ce muscle $(f\ a)$.

2º temps. — Scier la clavicule, à l'angle antérieur de l'incision, puis diviser à petits coups le muscle sous-clavier, tout le grand pectoral et le petit pectoral, suivant la section cutanée, jusqu'à ce que le paquet vasculo-nerveux soit à découvert.

Lier l'artère et la veine sous-clavières séparément, le plus haut possible, c'est-à-dire contre les scalènes; puis sectionner tout le paquet vasculo-nerveux à 2 centimètres au-dessous des ligatures.

3° temps. — Renverser l'épaule en arrière et tirer fortement le bras à soi. Diviser le trapèze (portion cervicale), l'omoplato-hyoïdien parallèlement à la section cutanée.

Diviser l'angulaire, le grand dentelé, le rhomboïde, en rasant successivement l'angle supérieur et interne de l'omoplate, puis les lèvres antérieure et postérieure de son bord spinal, en disséquant les téguments selon le besoin.

Enfin diviser le trapèze (portion dorsale) et le grand dorsal au ras de la section cutanée, jusqu'à ce que l'omoplate avec ses masses musculaires soit entièrement détachée du tronc.

Suturer avec ou sans drainage (fig. 439). La plaie a la forme d'un grand ovale à une petite extrémité inférieure qui se prête fort bien à la réunion immédiate longitudinale ou en T.

Inutile d'ajouter que, pendant la section des parties molles, avant et après la ligature de l'artère sous-clavière, il faut *forcipresser* toutes les artères qui donnent, et les lier ou non, suivant leur calibre, à la fin de l'opération

2. Procédé de Berger-Farabeuf!. — Première partie de l'opération. — 1er temps: Section et résection de la partie moyenne de la clavicule. — Le bras étant couché, peu écarté du tronc, faire devant la clavicule une incision qui aboutisse d'une part un peu en dedans du bord externe du cléido-mastoïdien, de l'autre, derrière l'articulation acromio-claviculaire (fig. 440); on divise successivement la peau, le peaucier, le périoste, en coupant entre ligatures, si elle existe, l'anastomose de la céphalique et de la jugulaire externe. Dénuder la partie moyenne de la clavicule avec une rugine courbe sur le plat; la diviser un peu en dedans du bord externe du cléido-mastoïdien, soit d'avant en arrière avec une scie cultellaire, soit d'arrière en avant avec une scie souple ou un feuillet passe partout; soulever le fragment externe de la clavicule à l'aide d'un davier, compléter la dénudation périostique, et recouper l'os au niveau du tubercule d'insertion du muscle deltoïde.

2º temps: Ligature et section des vaisseaux. — Réséquer toute la partie découverte du muscle sous-clavier après l'avoir soulevé sur la sonde canne-lée. Avec le bout de l'index gauche, remontant vers le cou, devant les nerfs, accrocher le bord tranchant de l'aponévrose omo-claviculaire, charger en masse les vaisseaux sus-scapulaires, et les couper entre ligatures. Abaisser la lèvre antérieure de la gaine du muscle sous-clavier. Avec le doigt, remis à la place de ce muscle et promené de haut en bas, accrocher le nerf du grand pectoral, nerf qui surcroise obliquement l'artère sous-clavière; la veine est en dedans de l'artère, les nerfs en dehors. Dénuder là la veine, et passer au-dessous d'elle deux fils à ligature à intervalle de 1 centimètre au

^{&#}x27;P. Berger, De l'amputation du membre supérieur dans la contiguïté du tronc. Congr. fr. de chir., 20 oct. 4886; et De l'amputation du membre supérieur dans la contiguïté du tronc (amputation interscapulo-thoracique), avec figures et 2 planches (Paris, G. Masson, 4887). — Voy. aussi Farabeuf (Précis de manuel opér., p. 931, 4889).

moins. Couper l'artère entre ligatures; puis serrer les fils de la veine et la couper entre eux.

Deuxième partie de l'opération. — 1^{er} temps: Incision et dissection d'un lambeau antéro-inférieur ou pectoro-axillaire. — Le bras étant écarté du corps, faire une incision cutanée qui, partie du milieu de l'incision claviculaire, descende le long et à 1-2 travers de doigt en dehors de l'interstice pec-

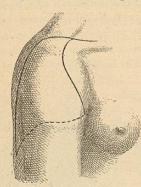


Fig. 440. — Amputation interscapulo-thoracique par le procédé de Berger-Farabent

toro-deltoïdien, — croise le bord inférieur du grand pectoral à son insertion humérale, — divise transversalement la peau de la face interne ou axillaire du membre jusqu'au delà du bord inférieur des tendons grand dorsal et grand rond, — suive le sillon qui sépare en arrière le bord externe de l'omoplate de la masse des muscles grand dorsal et grand rond et qu'on rend manifeste en faisant relever le bras par un aide, — enfin se termine sur le milieu de la face postérieure de l'angle scapulaire.

Diviser les muscles pectoraux près de leurs tendons d'insertion; sectionner assez haut les éléments du plexus brachial; attirer l'épaule en dehors; promener le couteau de haut en bas, en dehors de la face externe du muscle grand den-

telé qu'il faut dépouiller le moins possible; couper entre ligatures les vaisseaux thoraciques et mammaires externes devenus visibles; enfin, une fois arrivé au fond de l'espace sous-scapulaire, diviser le grand dorsal et le rejeter en avant avec le lambeau, ce qui découvre l'angle scapulaire garni de ses muscles.

2º temps: Incision et dissection d'un lambeau postéro-supérieur ou cervico-scapulaire. — Le bras étant remis à côté du corps et l'épaule soulevée, joindre par le plus court chemin l'extrémité externe de l'incision claviculaire et l'extrémité inférieure de la précédente incision.

Disséquer les téguments dans toute la fosse sous-épineuse, et décoller le trapèze de la fosse sus-épineuse, après l'avoir détaché de la clavicule et de la crête scapulaire.

3º temps: Section des attaches musculaires marginales. — Pendant qu'un aide écarte les lambeaux en comprimant dans le haut du lambeau postérieur les vaisseaux scapulaires postérieurs, tirer sur le membre comme pour l'arracher avec l'omoplate. Raser les bords supérieur et spinal, ainsi dégagés, avec le milieu du tranchant, pour diviser en un instant le double feuillet musculaire qui s'y attache. Enfin, lier l'artère scapulaire postérieure près de la section du muscle angulaire.

Kocher fait remarquer avec raison que, pour réduire la perte de sang le plus possible, il est nécessaire de lier non seulement l'artère et la veine sous-clavière, mais encore les branches qui émanent de l'artère en dehors des scalènes; telles

AMPUTATIONS ET DÉSARTICULATIONS EN PARTICULIER 463

sont les trois branches du tronc thyro-cervical (a. cervicale ascendante, a. cervicale superficielle, a. transverse de l'épaule), et la grosse artère transverse de l'épaule qui va en arrière par-dessus ou à travers le plexus brachial.

Vallas (de Lyon) a recommandé sous le nom d'amputation intra-claviculaire du membre supérieur une opération qui diffère de la précédente par la conservation de l'omoplate. Il l'avait pratiquée avec succès sur une vieille femme affectée de tumeur maligne dans la moitié antérieure du deltoïde, et qui mourut ensuite de généralisation.

B. — MEMBRE INFÉRIEUR

§ 1. — PIED2

a. Orteils. — Amputation du gros orteil au niveau de la deuxième phalange. — Procédé à lambeau plantaire. — Après avoir marqué le point d'amputation et mesuré la circonférence à son niveau, tracer un lambeau arrondi, qui par les extrémités de sa base, corresponde aux extrémités du diamètre transverse au point d'amputation et qui ait la longeur déjà calculée, plus l'indice de rétraction de la peau, 1 centimètre et demi.

Tailler ce lambeau de dehors en dedans jusqu'au point d'amputation, le relever, et couper circulairement toutes les parties molles jusqu'à l'os, à la base même du lambeau.

Diviser l'os avec une cisaille de Liston, ou avec la petite scie de Langenbeck. Hémostase : une ou deux artères collatérales.

Au lieu de tailler un seul lambeau, lequel demande beaucoup d'étoffe d'un même côté, on pourrait faire un grand lambeau plantaire et un petit lambeau dorsal.

Désarticulation interphalangienne du gros orteil.—L'interligne des deux phalanges (trochlée) siège immédiatement derrière les tubercules latéraux de la dernière phalange, tubercules que l'on détermine par le toucher en faisant fléchir et étendre cette phalange.

Même procédé à lambeau plantaire que pour l'amputation de l'orteil. Seulement la base du lambeau correspond à l'interligne. L'articulation est ouverte par la section à volonté d'un ligament latéral ou par celle du tendon fléchisseur ou extenseur.

Désarticulation metatarso-phalangienne du gros orteil. — L'interligne (énarthrose) est facile à déterminer en plaçant la pulpe d'un index sur le dos de la première phalange, à 2 centimètres environ en arrière du pli interdigital, et en faisant exécuter à l'orteil des mouvements alternatifs de flexion et d'extension.

Ne pas perdre de vue que la tête du premier métatarsien est *énorme*, et qu'il faut *beaucoup d'étoffe* pour la couvrir convenablement.

⁴ Vallas, Province médic., 1898, p. 529.

² Cf. Farabeuf, *Précis de méd. opér.*, et Roux (de Brignolles). Manuel des amputations du pied, Paris, 1894.