

Notes. — (a) Pour obtenir ce résultat, Lenoir et Jobert faisaient d'abord deux incisions longitudinales latérales, diamétralement opposées. Ils achevaient ensuite, par transition, la taille de lambeaux à bords rectilignes et dont l'extrémité seule était arrondie.

(b) Ainsi l'on se trouve en dehors du bras gauche, c'est parfait, et en dedans du bras droit. Je donnerais volontiers le conseil de se mettre toujours en dehors du membre afin, sur le droit comme sur le gauche, de piquer du radius vers le cubitus, ce qui expose bien moins à s'égarer dans l'espace interosseux que si l'on pique dans le sens contraire.

(c) On prend ainsi presque tous les muscles antérieurs, de sorte que le lambeau musculaire est, du côté du cubitus, plus large que le cutané; mais, vu la rétraction des muscles et leur brièveté, cela n'a pas d'inconvénients.

(d) Il est quelquefois nécessaire de s'arrêter pour diviser, par des mouvements de va-et-vient, des parties telles qu'un tendon, par exemple, qui résistent au passage de la pointe. Ces mouvements de scie ne sont efficaces que s'ils sont amples et si les doigts gauches sont venus pincer la partie résistante.

(e) C'est ainsi que doit être pratiquée aujourd'hui la manœuvre autrefois connue sous le nom de *8 de chiffre*, manœuvre périlleuse pour les artères, qui exigeait un couteau à deux tranchants et qu'il n'était pas donné à tout le monde d'exécuter régulièrement.

Les figures 228 à 234 montrent le travail du couteau dans les phases successives du « 8 de chiffre » spécialement lorsqu'on emploie une méthode qui laisse toutes ou presque toutes les chairs à couper.

Les quatre premières figures représentent la marche et l'action du couteau exécutant le *trait antérieur*. Le blanc est coupé, le noir à couper.

Les trois figures venant ensuite démontrent la manière de terminer le 8 par le *trait postérieur*.

Voici une autre figure qui résume le « 8 » sur l'avant-bras droit, opérateur en dehors. Le premier trait qui coupe en avant est noir, le second blanc.

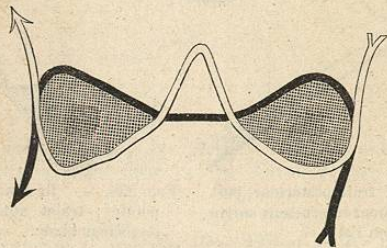


FIG. 256. — Incision en 8 de chiffre autour des os de l'avant-bras droit, opérateur en dehors. La marche du couteau pour l'incision antérieure est figurée par la flèche noire. La flèche blanche indique le trajet de la pointe pour l'incision postérieure.

Autres procédés.

Méthode mixte (fig. 257). — A l'imitation de Baudens (*Mém. de méd. milit.*, t. XXXIX, 1856), Sédillot a souvent taillé deux très courts et très minces lambeaux qu'il faisait relever pour diviser circulairement les chairs profondes très haut et obliquement, c'est-à-dire en creusant suivant les préceptes d'Alanson. C'était à peu près la pratique d'A. Richet.

Ces modifications de la méthode à deux lambeaux combinée à la méthode circulaire nous démontrent bien que, depuis longtemps déjà, les chirurgiens ont remarqué : 1° qu'avec deux lambeaux, on court le risque de voir saillir les deux os dans les angles de la plaie, pour peu qu'on ait

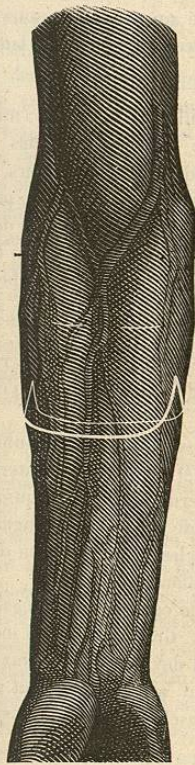


FIG. 257. — Amputation de l'avant-bras dans sa moitié supérieure; méthode mixte, excellente.

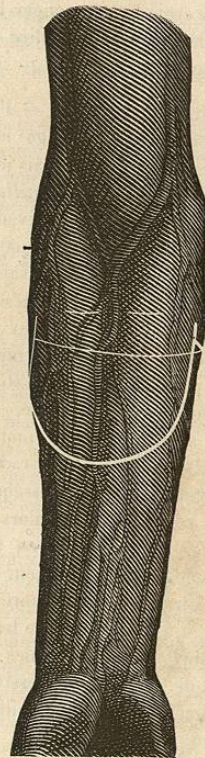


FIG. 258. — Amputation de l'avant-bras dans sa moitié supérieure. Lambeau antérieur.

fait dans ces angles le moindre sacrifice de téguments; 2° que par l'incision circulaire pure on n'arrive pas à dénuder les os assez haut. De ceci j'ai eu la preuve sous les yeux, et le malheureux colonel qui me l'a fournie, atteint de conicité d'emblée, est mort après avoir suppuré des mois.

L'amputation de l'avant-bras peut être faite par nécessité à *lambeau unique antérieur* (Gracfe) (fig. 258), conformé, situé et large comme le lambeau antérieur du procédé à deux lambeaux, mais une fois plus long

(un diamètre et demi). Je recommande formellement de réséquer très haut les extrémités des nerfs, car Günther, entre autres, signale la névralgie comme un des inconvénients de l'amputation à lambeau antérieur, amputation dont le résultat primitif est assez flatteur.

En outre, pour scier facilement les os à bonne hauteur et les bien envelopper, je crois bon de couper la peau en arrière un peu au-dessous de la base du lambeau, c'est-à-dire de faire une espèce de très court lambeau postérieur carré.

Remarque opératoire. — J'ai indiqué la taille classique des muscles par transfixion et j'engage les élèves à faire ainsi, devant des juges routiniers, s'il en reste, mais je trouve qu'il vaudrait mieux toujours, après les incisions cutanées, *entailler* les chairs de la superficie vers la profondeur et les séparer attentivement des os. L'opération ainsi faite devient moins rapide et par conséquent moins brillante; mais on dénude les os absolument; on coupe les vaisseaux à l'extrémité même du lambeau et non à sa base; on n'a pas besoin de faire de section transversale autour des os; le moignon est mieux rempli, etc.

J'approuve donc complètement la manière de tailler les muscles recommandée par Marcellin Duval (Guézennec, thèse de Paris, 1882), et j'engage l'opérateur libre à l'adopter.

Après avoir découpé et mobilisé les lambeaux cutanés, l'un antérieur, antéro-externe ou antéro-radial, l'autre postérieur, postéro-interne ou postéro-cubital, il faut disséquer le bord interne de celui-ci jusqu'à la crête du cubitus. On fait alors de chaque côté de celle-ci une longue incision qui isole le cubitus, en arrière, des muscles postérieurs, en dedans, des muscles cubital antérieur et fléchisseur profond commun.

De l'autre côté du membre, vers le radius, le couteau incise également en long et à fond, derrière les muscles radiaux. Grâce à ces trois incisions longitudinales (deux cubitales et une radiale), il devient possible aux doigts gauches de soulever successivement et d'offrir au couteau, soit pour la transfixion, soit pour l'entaille, d'abord les muscles préosseux, ensuite le petit groupe des postérieurs.

ARTICLE VII

DÉSARTICULATION DU COUDE

Indications. — Les traumatismes, la gangrène primitive ou consécutive, les inflammations chroniques des os, les productions malignes, etc., peuvent forcer le chirurgien à sacrifier l'avant-bras en totalité. Il en est de même de la pourriture d'hôpital, de l'ostéomyélite, de la conicité, de la névralgie, etc., des moignons qui résultent de l'amputation de l'avant-bras.

Lorsque l'indication de sacrifier l'avant-bras existe, il faut autant que possible ne sacrifier que l'avant-bras. L'étude attentive de la question m'a de longue date convaincu qu'il n'y avait à craindre après la désarticulation du coude aucune complication locale, aucun retard dans la cicatrisation, aucune déféctuosité du moignon pouvant justifier le rejet de cette opération. Certes l'amputation du bras est plus facile, mais je la crois plus grave. A gravité égale, il n'y aurait encore pas à hésiter, tant le moignon de la désarticulation l'emporte, au point de vue des services qu'il peut rendre, sur celui de l'amputation.

Certes, la désarticulation ne mettait à l'abri ni du tétanos, ni de la névralgie, ni de la septicémie, ni des hémorrhagies secondaires; mais c'est à tort qu'on a reproché à cette opération le grand nombre des artères à lier, l'exfoliation du cartilage et la quantité considérable de téguments qu'il faut garder.

Le plus grand nombre d'artères qu'il ait fallu lier est, à ma connaissance, de cinq, et c'est une exception; le plus souvent, une, deux ou trois ligatures sont suffisantes.

Le cartilage s'exfolie très rarement. Si la réunion immédiate totale ou partielle réussit, les chairs couvrent les surfaces articulaires sur lesquelles elles restent souvent mobiles ou faiblement adhérentes. Sur un moignon de neuf ans, le cartilage existait encore, mais le plus souvent il se résorbe. J'ai toujours pensé qu'il ne valait pas la peine de ruginer l'extrémité articulaire, par crainte de l'exfoliation du cartilage. Celle-ci qui s'est produite du reste assez fréquemment avec les anciens pansements, n'a jamais eu d'inconvénients sérieux.

Quant à la quantité de peau nécessaire pour couvrir l'extrémité large et irrégulière de l'os, elle est considérable. Mais cette peau existe ou n'existe pas: si elle n'existe pas, coupez le bras, c'est entendu. Si elle existe, pourquoi dédaigner de l'employer, pourquoi amputer au-dessus du coude et sacrifier justement cette épiphyse élargie qui dans le moignon fournira un si bon point d'attache au membre artificiel? Notez qu'après la désarticulation, vous avez, en cas d'insuffisance reconnue des parties molles, la ressource de raccourcir l'humérus. Et si, comme l'a fait Humbert (Raoul, thèse de Paris, 1888), vous pouvez vous contenter d'abraser l'extrémité articulaire en respectant l'épitrôchlée, vous n'altérez pas la prise de l'appareil prothétique.

Anatomie. — L'articulation du coude est une charnière et ne possède que deux ligaments importants, les ligaments latéraux, interne et externe. La séreuse articulaire, quoique très développée en avant et en arrière, et capable de fournir dans les premiers jours une quantité considérable de synovie, ne présente pas de prolongements assez anfractueux pour engager l'opérateur à les extirper après la désarticulation.

Relativement à l'axe de l'humérus, l'interligne articulaire regardé en