

liminaire dans un certain nombre d'opérations faites sur les parties osseuses de l'articulation.

C'est ainsi que dans la suture osseuse d'une fracture transversale de la rotule, dans la suture d'une rupture transversale du tendon du quadriceps, dans le procédé d'Ogston pour le genu valgum, dans la résection de la rotule, l'excision de certaines exostoses fémorales, l'articulation du genou est ouverte. Enfin on ouvre l'articulation dans les cas de pseudarthrose consécutive à une fracture de l'extrémité inférieure du fémur, pour aviver les surfaces osseuses et les suturer; n'est-ce pas la preuve la plus brillante de l'efficacité de l'antisepsie? (Trendelenburg, Nicoladoni).

Résection du genou. — Cette opération fut pratiquée pour la première fois par Filkin à Northwich en 1762 pour une carie osseuse. H. Park la fit 2 fois (1781 et 1789) et provoqua sa vulgarisation. Moreau le père la fit pour la première fois en 1792 en présence de Percy. Textor (1847) fit la première résection pour plaie par arme à feu. Fahlé, sous les auspices de Stromeyer (1854), la fit pour la première fois pour une plaie de guerre.

La technique opératoire a subi toutes sortes de modifications. Park faisait une incision cruciale, Moreau et Guepratti une incision à lambeau, Mackenzie une incision en H; Syme fit une incision elliptique comprenant la rotule.

En Allemagne, toutes ces incisions ont été remplacées depuis longtemps par des incisions longitudinales; et en particulier par celle de Langenbeck, filant le long du bord interne de la rotule, légèrement convexe en dedans, puis suivant le bord interne du tendon rotulien pour se terminer au niveau de la tubérosité du tibia. Chassaignac proposa une incision externe, allant le long du ligament latéral externe. Hueter défendit son incision longitudinale médiane qui passait un peu en avant du ligament latéral interne, empiétant en haut un peu sur les fibres du vaste interne, et aboutissant en bas jusqu'aux insertions du couturier. Grâce à ces incisions longitudinales, on obtenait la continuité du quadriceps, c'était là tout leur avantage; mais cette méthode avait le tort de diviser les parties molles selon leur longueur et les os selon leur diamètre transversal.

La méthode antiseptique a rendu les incisions longitudinales superflues; car du moment que l'on peut suturer le quadriceps divisé transversalement, on a réuni les avantages de l'incision transversale à ceux de l'incision longitudinale. Si on fait l'incision transversale au-dessus de la rotule, on peut réunir le tendon du quadriceps; si on la fait au-dessous, on suture le tendon rotulien; si enfin, à l'exemple

de Volkman, l'incision transversale passe au milieu de la rotule qui est sciée, on peut faire encore la suture de la rotule, ou, si celle-ci est malade, en sacrifier une partie et réunir son extrémité supérieure à son extrémité inférieure.

Dans ces dernières années, l'incision transversale a donc été remise en honneur; puis l'incision à lambeau dont le bord inférieur contourne la rotule, enfin dans certains cas l'incision en H à courtes branches latérales.

Cela résulte de ce qu'aujourd'hui on est en présence de conditions bien différentes de celles où l'on se trouvait jadis.

L'ancienne chirurgie conservatrice, — et la résection est un de ses principaux moyens — devait avant l'antisepsie attacher la plus grande importance à la forme de la plaie. Elle devait d'abord faire en sorte que cette forme fût favorable à la cicatrisation. Les chirurgiens devaient donc avant tout employer des procédés typiques. Aujourd'hui les choses ont changé de face.

Il suffit de nous rappeler l'opinion des anciens chirurgiens sur les plaies par armes à feu du genou. Autrefois, — que l'on employât l'incision longitudinale ou transversale, — l'articulation était largement ouverte, les ligaments divisés, puis les surfaces articulaires étaient luxées hors de la plaie et enlevées. Aujourd'hui les règles opératoires sont tout autres. On part de la plaie, on la débride, puis on explore. Selon le cas particulier on modifie le plan opératoire; et l'incision transversale ou longitudinale ne fait plus loi. On débride dans le sens indiqué par l'exploration. Quand une fois on est arrivé sur la lésion, on résèque les parties broyées, on égalise les bords de la plaie, sans toucher aux tissus sains, ni à l'appareil ligamenteux. La technique opératoire varie donc avec chaque cas particulier.

Or cette manière de voir s'étend également au traitement des caries osseuses. Je ne parle pas ici de la façon dont on opérait dans certains pays chez les adultes; on ouvrait souvent l'articulation largement, on enlevait les os sains et on laissait la synoviale malade. De même chez les enfants, où les cavernes osseuses sont plus fréquentes que chez les adultes, les extrémités articulaires furent d'abord reséquées en totalité; aujourd'hui on se contente d'enlever les parties malades.

Le passage suivant, que nous empruntons à Kœnig, montre combien les procédés opératoires se sont modifiés :

« Chez les enfants, l'incision osseuse doit être faite aussi petite que possible. Dans ces derniers temps, je n'ai plusieurs fois enlevé au couteau que les ménisques et les portions de cartilage détachées; dans un cas, je n'ai même presque pas touché au cartilage; dans d'autres cas, j'ai enlevé la surface de l'os avec une rugine ou à la scie pour adapter les surfaces. Dans ces cas, j'ai aussi bien obtenu une guérison définitive. Nous faisons ces essais en nous servant d'iodoforme.