

Nous avons même ouvert l'articulation, excisé aussi largement que possible la synoviale, ainsi que les foyers osseux, puis nous avons saupoudré l'articulation d'iodoforme, mis un pansement antiseptique, et sommes satisfaits jusqu'à présent des résultats..... S'il s'agit de lésions plus étendues, il sera préférable de couper d'abord des tranches minces, puis d'enlever les parties malades isolément avec la scie, la rugine, ou la cuiller tranchante. De cette façon, on parvient quelquefois à enlever la portion spongieuse malade en laissant subsister la partie corticale. On enlève le moins possible de la région épiphysaire, et en procédant morceau par morceau. C'est surtout au tibia que l'on n'a presque jamais besoin que d'enlever de minces couches.

Chez les enfants il ne faut pas croire que le meilleur procédé consiste à faire une section nette, lisse, régulière des extrémités, mais il faut enlever avec la scie, la curette, ou le couteau les portions malades, fragments par fragments ».

J'ai cité ces paroles textuellement pour bien montrer que ce n'est pas mon opinion personnelle. Mais cette doctrine semble jouer de malheur. En effet, le même auteur nous dit ensuite.

Bidder, dit Kœnig, en se basant sur des expériences sur les animaux découvrit que l'ablation même partielle de fragments épiphysaires arrêtait la croissance de l'articulation ou du moins la rendait irrégulière, d'où une jointure difforme ; il reste à savoir si chez l'enfant cette croissance subit une influence aussi défavorable par les résections partielles ; et dans ce cas, l'ablation partielle des épiphyses devrait être tout au moins très limitée.

Au moins très limitée ! dit-on ; c'est bien vague ! Autant voudrait dire que cette résection partielle devrait être presque abandonnée ! Au début du chapitre il est dit, *en lettres italiques*, que la résection partielle des parties malades est le meilleur procédé ; dans les lignes suivantes nous apprenons que les expériences de Bidder s'élèvent même contre ces résections partielles.

Mais je ne comprends guère comment on peut affirmer que les résections partielles sont le *meilleur* procédé et les condamner en même temps !

C'est ce que nous comprendrons peut-être, cependant, en feuilletant 30 pages en arrière (3^e édit., tom. III, page 457) : « Je me décide le plus facilement à réséquer les personnes de 12-20 ans ; et le plus difficilement chez les enfants au-dessous de 7 ans ». Mais il est évident que des *personnes* âgées de 12 à 20 ans ne sont plus considérées en général comme des *enfants*, c'est pourquoi Kœnig emploie si prudemment le mot de *personnes* ; or chez les véritables enfants, chez lesquels Kœnig se résout le plus difficilement, on doit ne réséquer en réalité jamais. Il a — et je le dis en reconnaissant qu'il a rendu dans l'étude de cette question plus de services que n'importe quel chirurgien allemand — une sorte de frayeur devant les résections chez les enfants ; il aurait dû faire un pas de plus et condamner ces opérations complètement. Il aurait dû s'élever énergiquement contre ceux

qui abusaient de cette opération, car il est un de ceux, — et non pas le moins influent — qui la condamnent.

Je n'ai pas eu l'occasion de faire la même expérience, car je n'ai pas fait de résection de ce genre, et depuis des années je reste inébranlable dans ma conviction.

Kœnig a une grande expérience dans le domaine des résections du genou. Non seulement il en a opéré un grand nombre, mais il a eu l'occasion de vérifier ses résultats longtemps après. Or il a constaté qu'après un certain nombre d'années les résultats fonctionnels chez les enfants étaient fort attristants. Même quand on ménage le cartilage épiphysaire, les résultats tardifs sont loin d'être satisfaisants. Dans un cas de ce genre, Kœnig a vu les membres se développer normalement pendant un certain temps, mais au bout de 8 à 9 ans, il avait subi un raccourcissement énorme, était incurvé et ankylosé. Kocher a fait la même expérience. Il réséqua par exemple un enfant de 6 ans en ménageant le cartilage épiphysaire. Pendant 1 an 1/2 le raccourcissement resta de 2 centimètres à 3 centimètres 1/2 ; mais plus tard il était de 9 centimètres.

Par conséquent que l'on n'enlève qu'une petite partie du cartilage épiphysaire, ou même qu'on le ménage entièrement le résultat est le même : l'accroissement du membre est interrompu. Dans l'un et l'autre cas, le résultat est donc déplorable.

Je me demande pourquoi on s'acharne à discuter l'opportunité d'une incision longitudinale ou transversale, les avantages de la suture osseuse, de tel ou tel pansement, etc. Pour moi, les résultats fonctionnels suffisent pour que, dans la carie osseuse chez les enfants, je rejette systématiquement la résection.

On pourrait maintenant objecter que l'opération a peut-être un bon résultat *quoad vitam* ; dans ce sens j'interrogerai encore Kœnig, parce que son expérience est grande dans ce domaine comme dans celui des résultats opératoires.

Dans son traité Kœnig écrit : « Les cas graves de tuberculose ne guérissent qu'au bout d'années, ou pas du tout, l'amputation ne doit donc pas être trop retardée ». Et les tuberculoses légères guérissent — c'est moi qui le dis — sans résection. Dans tout cela il va sans dire que je parle seulement des enfants. Par conséquent nous n'avons aucune raison pour réséquer.

Personne ne conteste que les cas légers guérissent sans intervention. Autrefois on le savait fort bien, et néanmoins on se laissa prendre à l'attrait d'une intervention, et on réséqua. Si on avait continué ces opérations pendant 10 ou 20 ans, on ne se serait jamais souvenu que ces cas guérissent, et on aurait pris comme règle de réséquer !