

Les cas légers guérissent avec ou sans fistules. Au bout d'un certain temps ils nous arrivent avec le diagnostic de « contracture inflammatoire ». Nous les redressons ; le membre n'est pas très raccourci ; les muscles ne sont pas atrophiés ; et les malades marchent parfaitement sur leurs jambes raides, mieux en tous cas que les réséqués.

Aujourd'hui, nous pouvons affirmer hardiment que la résection n'a plus de raison d'être ; c'est en 1879 que l'édifice commença à craquer. Kœnig fit observer que sous l'influence d'un bon traitement local (injections phéniquées) et d'un traitement général approprié (arsenic) les malades guérissaient. Il ajoutait que l'intervention chirurgicale devait être réservée à la période de début ou aux cas très avancés. Dès 1880 Kœnig, dans une réponse à Crooke, ne pouvait confirmer les bons résultats précoces. Ainsi d'année en année, la résection perd du terrain.

Elle doit être réservée à certains cas. Je resèque aussi, mais chez des adultes et dans des cas déterminés ; et je m'élève seulement contre la résection systématique, chez les enfants surtout.

Je me félicite d'avoir déjà condamné en 1874 la résection des os cariés chez les enfants ; je ne me suis jamais laissé influencer par les différents articles écrits à ce sujet, et l'expérience me donne raison comme elle me donnera raison vis-à-vis de l'iodoforme.

Si maintenant on se demande comment une erreur si formidable a pu subsister pendant des années, on verra que cela tient simplement à une fausse théorie. Rokitansky affirma avec raison la nature tuberculeuse de ces affections articulaires ; et se basant sur ces affirmations, les chirurgiens viennois s'abstinrent prudemment. Lorsque Virchow méconnut cette nature tuberculeuse, et que plus tard, sous l'influence de Hueter surtout, on définit ces processus comme des ostéomyélites ou des synovites granuleuses, on comprend dans une certaine mesure que les chirurgiens en présence d'une grave lésion locale espérassent la guérir par une intervention. Aujourd'hui les choses ont changé de face.

Mais maintenant, revenons au manuel opératoire de la résection. Si donc, ni les lésions osseuses par coups de feu — et les lésions traumatiques qui sont produites par d'autres causes doivent être traitées de même, — ni les caries des enfants ne doivent être traitées par une résection *typique*, dans quels cas cette dernière est-elle donc indiquée ?

Il est clair que cette résection n'a plus de raison d'être que dans un but orthopédique. Nous pouvons distinguer ici deux cas :

1. Une arthrite fongueuse a guéri, de façon à ce qu'un redressement forcé soit impossible. Dans cette catégorie rentrent les cas dans lesquels le tibia a été luxé en arrière, et où les ligaments relâchés

laissent balloter la jambe. La résection donne un membre ankylosé dans une bonne position.

2. Lorsque de solides cicatrices poplitées s'opposent au redressement forcé de la jambe, et que le redressement lent arrive à un point où le membre ne puisse plus supporter les appareils orthopédiques. La résection, en raccourcissant les os, permet de coapter les fragments dans l'extension.

Enfin j'ai reséqué des genoux atteints de paralysie infantile pour transformer un membre inutile en un appui solide, droit et vivant.

MANUEL OPÉRATOIRE. — En ce qui concerne maintenant les procédés de résection typique, on peut recommander celui de Textor.

Avec un fort bistouri on fait une incision légèrement convexe en bas, partant de l'extrémité postérieure d'un condyle, passant un peu au-dessus de l'épine du tibia et aboutissant à l'extrémité postérieure de l'autre condyle. La peau est disséquée jusqu'au-dessus du sommet de la rotule, puis l'opérateur pénètre à plein tranchant dans l'articulation en incisant le ligament rotulien. Un aide relève la rotule, et l'opérateur coupe les ligaments latéraux, aidé dans cette besogne par un aide qui porte la jambe dans une rotation convenable. Les ligaments croisés seront coupés à leurs attaches tibiales ; pour cela, la jambe est fortement fléchie et refoulée en haut dans la direction de son axe longitudinal. Le tranchant du bistouri est tourné vers la face postérieure du tibia et les ligaments sont coupés au ras du tibia. Puis on circonscrit la portion du tibia à enlever en incisant le périoste et on la scie. Enfin on fait soulever fortement la cuisse, et avec le tranchant de la lame dirigé en haut, on fait une incision immédiatement en arrière des condyles allant jusqu'au tissu osseux ; on les circonscrit aussi en avant et sur les côtés, puis on les enlève d'un trait de scie.

On peut procéder autrement, en faisant une incision transversale passant par le milieu de la rotule, que l'on scie, et on continue comme précédemment ; on peut à la fin enlever le cartilage de la face postérieure de la rotule et de la trochlée pour que ces surfaces osseuses adhèrent entre elles.

En ce qui concerne les caries osseuses, nous avons vu que dans ces dernières années, on a fait des résections partielles. L'extirpation de la capsule a eu alors une importance beaucoup plus grande et est devenue le temps principal de l'opération. On en est venu ainsi à un procédé atypique.

Certains chirurgiens emploient des procédés différents.

Voici comment Kœnig décrit son procédé :

« L'incision va d'un épicondyle à l'autre, et descend de façon à limiter un lambeau semi-elliptique dont le sommet répond à l'épine du tibia. Cette étendue d'incision est nécessaire pour arriver commodément sur le tibia. On coupe immédiatement le ligament rotulien et on arrive dans l'articulation. On dissèque le lambeau assez haut pour que l'on puisse inspecter commodément le cul-de-sac supérieur de la synoviale, et pour cela il est souvent nécessaire d'allonger par en haut l'un

ou l'autre des bouts de l'incision, près des condyles. Si alors on veut enlever la paroi antérieure de la capsule et la rotule, il faut dégager celle-ci de la peau qui la recouvre. On saisit la rotule avec un crochet double, on l'attire fortement et on coupe en bas toutes les parties molles qui la retiennent en haut, en ayant soin de tourner le tranchant de la lame vers l'os. Arrivé à l'insertion du tendon des extenseurs, on l'incise par une incision un peu oblique en haut, jusqu'à ce que l'on tombe sur la capsule fibreuse. On opère donc comme si on énucléait un kyste entouré par du tissu cellulaire lâche; la dernière partie de l'opération, le détachement du sac de la face antérieure du fémur se fait souvent en exerçant une simple traction. Ainsi on extirpe tout le cul-de-sac d'un seul coup. La rotule est généralement enlevée plus facilement avec le sac synovial. »

Puis Kœnig décrit la résection osseuse comme nous l'avons vu plus haut

L'opération de Kœnig est déjà un pas vers la simple extirpation capsulaire; car dans quelques cas Kœnig n'a pas touché aux surfaces osseuses, et en somme n'a fait rien de plus qu'une extirpation capsulaire.

Dans les cas où on a enlevé de grosses portions d'os, dans les résec-

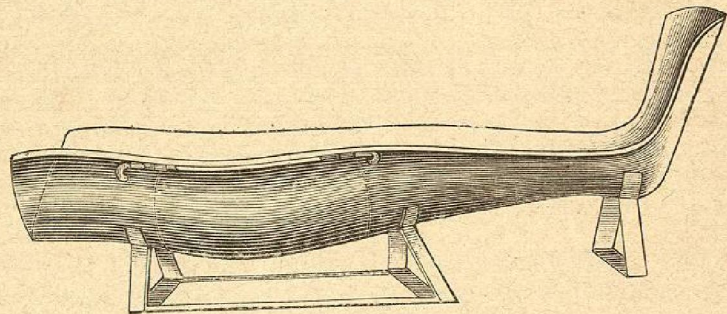


Fig. 105. — Attelle à résection de Linhart.

tions orthopédiques, il y aura avantage à faire une suture osseuse. Comme traitement ultérieur, on mettra le membre dans un appareil plâtré divisé en deux moitiés réunies par un étrier; ou bien on se servira de l'attelle à résection de Linhart (fig. 105) dont on peut enlever la partie moyenne à volonté. Enfin on peut faire usage de la botte de Petit ou d'un appareil à bandes amidonnées, surtout quand on fait le pansement à l'iodoforme et que l'on ne change que rarement ce pansement.

Arthrectomie. — Extirpation des capsules fongueuses. Cette opération doit être décrite à part puisque, chez les adultes surtout, on ne doit jamais toucher aux os dans cette opération. On ne peut donc la rapprocher des résections. Volkman n a donné à cette opération le nom d'arthrectomie synovial.

J'ai fait en 1876 ma première extirpation de synoviale chez une femme atteinte de tuberculose du coude. Les fongosités appuyaient tellement sur le nerf cubital que non seulement la malade était sans espoir, mais elle souffrait horriblement. Bien qu'elle eût craché le sang à plusieurs reprises, elle guérit par une bonne ankylose du coude. Depuis, j'ai répété cette opération sur plusieurs adultes.

Au genou, c'est une incision en H qui me paraît le plus pratique. L'incision transversale passe au-devant de la rotule que l'on scie. L'opération est faite sous la bande d'Esmarch; et quand toute la capsule a été extirpée, on cautérise la plaie au thermo-cautère avant d'enlever la bande d'Esmarch; ou bien on lie les vaisseaux qui donnent sans cautériser. L'incision transversale et la rotule sont suturées; les incisions latérales le sont aussi, mais on les draine.