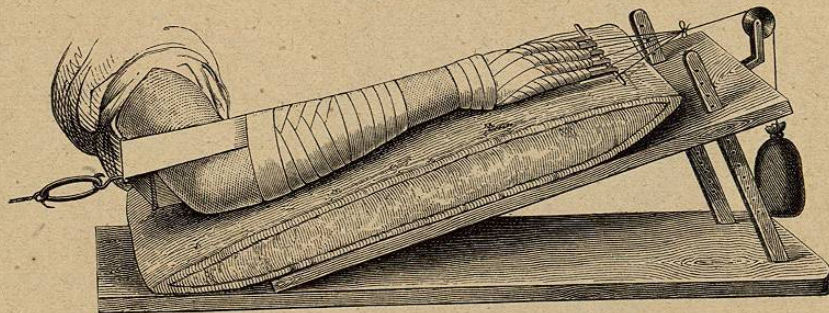


11. Pendant la durée du *traitement consécutif*, l'articulation réséquée doit être immobilisée au moyen d'un des appareils décrits (v. pag. 63—65). Aussitôt que possible on maintiendra écartées les surfaces osseuses dans la plaie, par l'application d'un gantelet de sparadrap formant à l'extrémité de chaque doigt des anses, au travers desquelles passe un bâtonnet, qui sert de point d'attache à un cordon passant sur une poulie et suspendant un poids. La contre-extension se fait avec un étrier de sparadrap fixé sur les deux faces de l'avant-bras, et tiré en arrière par un anneau de caoutchouc. Le membre repose sur un plan incliné (fig. 455).

Fig. 455.



Extension et contre-extension (distraction) du poignet.

IV. RÉSECTION DU COUDE.

Incision en T de LISTON.

1. La partie postérieure du coude fléchi à angle obtus est présentée à l'opérateur par un assistant, qui tient d'une main l'avant-bras, de l'autre le bras (fig. 457).
2. Une incision longitudinale de 8^{cm}, longeant dans sa partie moyenne le bord interne de l'olécrâne, ouvre le capsule articulaire entre cette apophyse et le condyle interne de l'humérus (fig. 456).
3. Pendant qu'avec l'ongle du pouce gauche, on attire fortement les parties molles en dedans, celles-ci sont détachées de l'os par de courtes incisions, le tranchant du couteau agissant perpendiculairement à la surface osseuse, jusqu'à ce que l'épicondyle soit tout-à-fait dégagé (fig. 457). Dans ce temps de l'opération, l'avant-bras doit être de plus

Fig. 456.

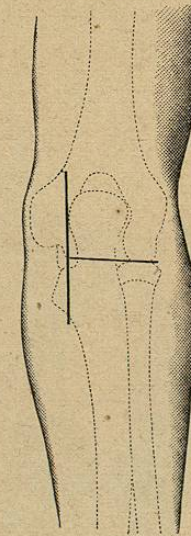
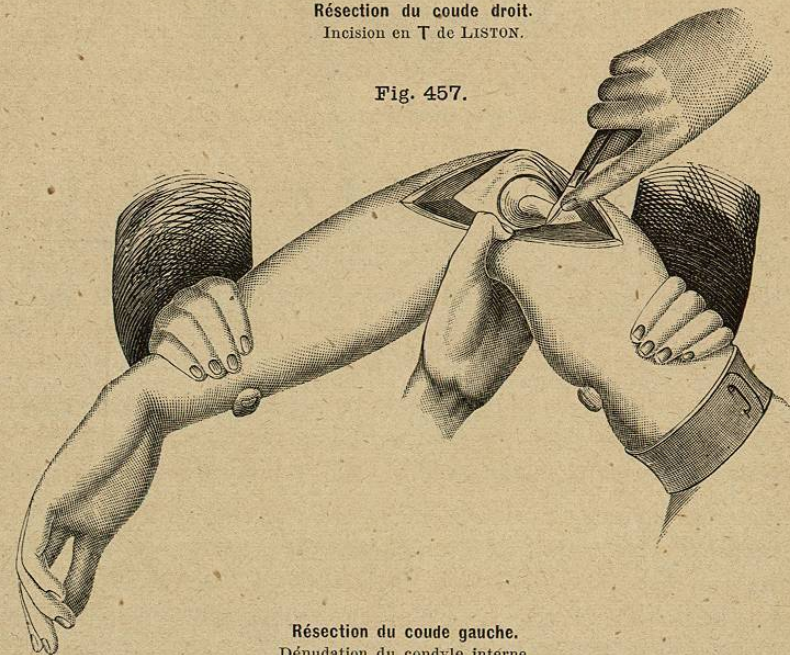
Résection du coude droit.
Incision en T de LISTON.

Fig. 457.

Résection du coude gauche.
Dénudation du condyle interne.

11. L'hémorrhagie arrêtée, l'incision transversale est réunie sur toute son étendue par des points de suture, tandis que l'incision longitudinale ne l'est qu'à ses deux extrémités, la partie moyenne donnant passage à un gros drain plongeant dans l'intérieur de la plaie.

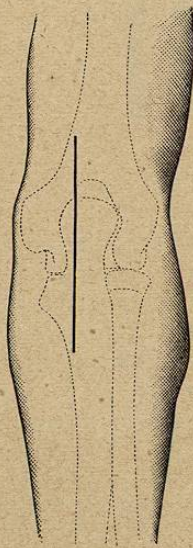
12. On se sert pour immobiliser le bras des appareils décrits (pag. 68—74). La proposition de ROSER,* de placer le bras en extension pendant les premières semaines, est bien motivée et répond à toutes les indications.

V. RÉSECTION SOUS-PÉRIOSTÉE DU COUDE.

Incision longitudinale de LANGENBECK.

1. Sur la face postérieure de l'articulation, un peu en dedans de la ligne médiane de l'olécrâne, une incision de 8 à 10^{cm}, pénétrant

Fig. 461.



Résection du coude (côté droit).
Incision cutanée de LANGENBECK.

jusqu'à l'os à travers toute l'épaisseur des parties molles, part à 3 ou 4^{cm} au dessus du bec olécrânien, pour se terminer à 5 ou 6^{cm} au dessous de ce point de repère, sur l'arête du cubitus (fig. 461).

2. On décolle ensuite, en se servant du grattoir et de la rugine, le périoste de la face interne du cubitus, et la moitié interne du tendon du triceps en continuité avec le périoste correspondant (en manœuvrant l'instrument dans le sens de l'incision longitudinale).

3. Avec l'ongle du pouce gauche on rejette vers le sommet de l'épicondyle les parties molles qui recouvrent le condyle interne, et au milieu desquelles se trouve le nerf cubital; le bistouri serrant l'os de près les détache par de petites incisions curvilignes,

* Die Ursachen des Schlottergelenkes nach Ellbogensektion im Kriege. Ein Glückwunsch zur Feier der fünfzigjährigen Doctorwürde des Herrn Louis Stromeyer dargebracht am 6. April 1876 durch W. Roser.

répétées jusqu'à ce que l'épicondyle soit entièrement dégagé. Les derniers traits de bistouri contournent la saillie osseuse, et en séparent les insertions des muscles fléchisseurs, ainsi que le ligament latéral interne, en conservant leurs adhérences avec le périoste.

4. Les parties molles détachées remises dans leur situation première, la partie externe du triceps est tirée en dehors, séparée de l'olécrâne par de petites incisions, mais laissée adhérente au périoste de la face externe du cubitus, périoste décollé de l'os avec le muscle anconé.

5. Le bistouri rasant le squelette, la capsule articulaire fibreuse est détachée du bord des surfaces articulaires de l'humérus (d'abord de la trochlée, puis de l'épitrôchlée), de manière à découvrir le condyle externe.

6. On divise en ce point le ligament latéral externe, ainsi que les insertions des muscles extenseurs, en conservant leur continuité avec le périoste de l'humérus.

7. Le condyle externe entièrement isolé, on fléchit fortement l'articulation pour faire saillir hors de la plaie les extrémités articulaires, qui sont sciées comme il est dit plus haut.

8. Lorsqu'on veut diviser le cubitus au dessous de l'apophyse coronoïde, il faut détacher les fibres supérieures du tendon du brachial antérieur sans rompre leurs adhérences avec le périoste cubital.

VI. RÉSECTION DU COUDE.

Incision bilatérale de HUETER.

1. Une incision longitudinale de 2^{cm} met à nu le condyle interne; une incision curviligne, qui en circonscrit la base, coupe le ligament latéral interne.

2. Une incision longitudinale de 8 à 10^{cm}, au côté externe de l'articulation, passe sur le condyle externe et sur la tête du radius.

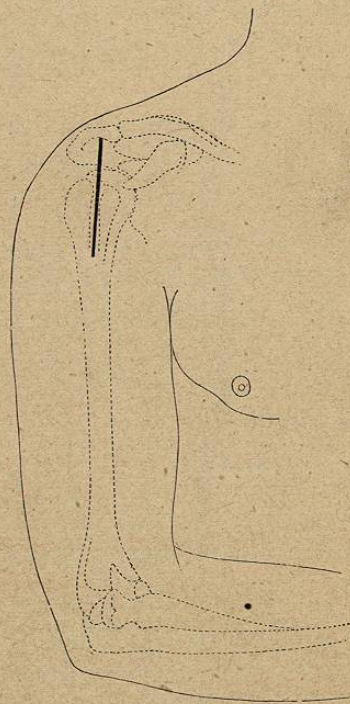
3. Les parties molles écartées, le ligament latéral externe et la capsule articulaire du radius sont divisés.

4. La tête du radius est isolée et sciée.
5. L'insertion de la capsule articulaire est détachée en avant et en arrière, en premier lieu du bord de l'épitrôchlée, puis de la trochlée.
6. Par l'adduction de l'avant-bras porté du côté cubital, l'humérus est poussé hors de la plaie, ce qui permet au nerf cubital d'abandonner sa face postérieure.
7. Les extrémités articulaires de l'humérus sont sciées.
8. L'olécrâne est dénudé et scié.

VII. RÉSECTION DE L'ÉPAULE.

Incision longitudinale antérieure de LANGENBECK (méthode ancienne).

Fig. 462.



Résection de l'épaule.

Incision longitudinale antérieure de LANGENBECK.

1. Le patient est couché sur le dos, l'épaule relevée par un coussin, le bras fixé de telle sorte que le condyle externe de l'humérus regarde en avant.

2. Une incision, qui commence sur le bord antérieur de l'acromion, tout près de l'articulation de cette apophyse avec la clavicule, descend verticalement sur une longueur de 6 à 10^{cm}, pénétrant à travers le deltoïde jusque sur la capsule articulaire et sur le périoste (fig. 462).

3. Les bords de la plaie musculaire écartés avec des crochets mousses, on voit le long tendon du biceps enfermé dans sa gaine (fig. 463).

4. Cette gaine est ouverte par une incision longeant le bord externe du tendon; on fait ensuite glisser le dos du couteau dans la gouttière bicipitale de bas en

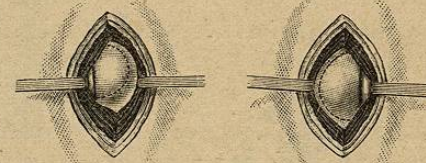
haut, et l'on fend jusqu'à l'acromion la gaine tendineuse et la capsule articulaire.

5. Le tendon du biceps est attiré hors de la gouttière et rejeté en dehors avec un crochet mousse.

6. Pendant que l'assistant tourne lentement le bras de dedans en dehors, on fait à partir de la section capsulaire, avec un fort couteau placé perpendiculairement sur l'os, une incision curviligne autour et au dessus de la petite tubérosité, pour diviser la capsule et détacher l'insertion du muscle sous-scapulaire (fig. 464).

Fig. 464.

Fig. 465.



Tendon de la longue portion du biceps.

7. Le bras de nouveau tourné en dedans, le tendon du biceps est tiré en dehors et repoussé en arrière.

8. Le couteau repart de l'incision capsulaire en décrivant un grand cercle au dessus et autour de la grosse tubérosité, et détache la capsule avec les insertions des muscles sus et sous-épineux et du petit rond (fig. 465 et 466).

9. La tête de l'humérus, poussée de bas en haut, est chassée hors de la plaie, saisie avec un davier (le meilleur est celui de FARABEUF) (fig. 433 et fig. 467), puis sciée avec une scie droite (fig. 468) après la section des insertions postérieures de la capsule.

10. Si la tête humérale a été séparée de la diaphyse par le projectile, il faut pour l'extraire la fixer avec une forte érigne (v. fig. 443), ou bien avec un tire-fond (v. fig. 508). Lorsqu'elle est brisée en plu-

Fig. 466.

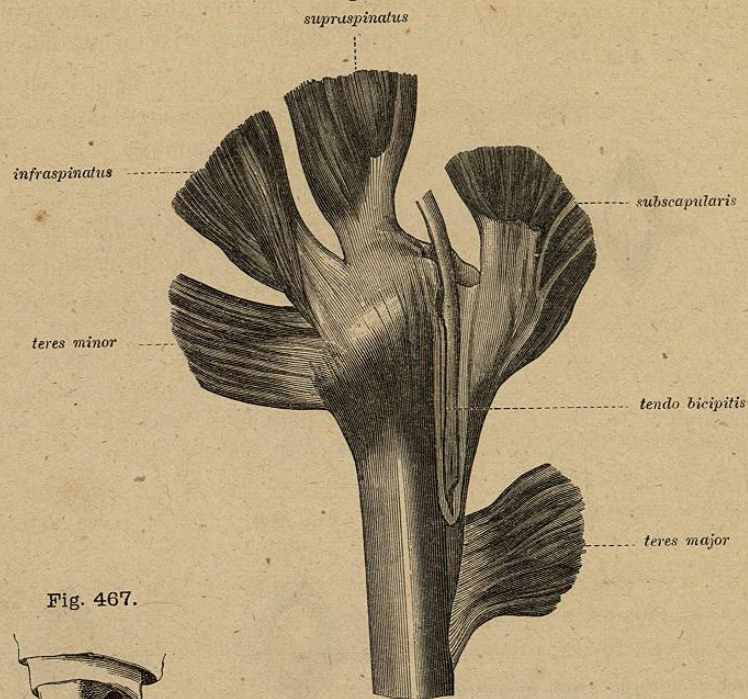
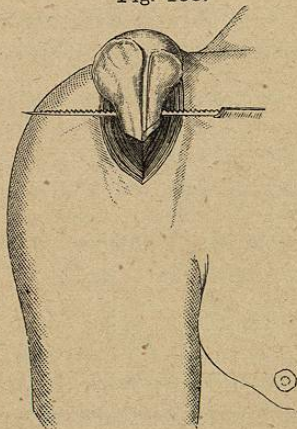


Fig. 467.



Insertions musculaires à la grosse et à la petite tubérosité.

Fig. 468.



Section de la tête de l'humérus.

sieurs morceaux, chaque fragment pris avec une pince est détaché séparément avec un couteau mousse (fig. 469) ou boutonné (fig. 470).

Fig. 469.



Bistouri à extrémité mousse.

Fig. 470.



Bistouri boutonné pour résection.

11. Tout écoulement sanguin arrêté, un gros drain est placé de manière à pénétrer jusque sur la face articulaire de l'omoplate; il ressort par une petite incision cutanée faite sur un point opposé à la plaie (au bord interne du grand dorsal).

12. La plaie est réunie par des points de suture, le bras placé dans une écharpe, et soutenu par un coussin de STROMEYER (v. fig. 164, page 77).

13. Dès que la guérison est en bon chemin, qu'il n'y a pas de fièvre, on permet au patient de se promener et de mouvoir avec précaution le coude et la main.

14. Ce procédé opératoire donne dans la plupart des cas pour résultat une articulation flasque, ballotante, avec déplacement de l'extrémité de l'humérus du côté du thorax, ou bien une soudure fâcheuse de cet os avec l'apophyse coracoïde. Les mouvements actifs, complets, se rétablissent promptement, si l'opérateur a eu soin de conserver la continuité de tous les muscles environnant la jointure avec la capsule articulaire et avec le périoste de la diaphyse. Ce résultat s'obtient par le procédé suivant.

VIII. RÉSECTION SOUS-PÉRIOSTÉE OU SOUS-CAPSULAIRE DE L'ÉPAULE.

Procédé de LANGENBECK.

1 à 4, comme dans la précédente opération.

5. Au bord interne de la gouttière bicipitale et le long de celle-ci, le périoste incisé est soigneusement décollé avec une rugine étroite,

X. RÉSECTION DE L'ARTICULATION TIBIO-TARSIENNE.

Sous-périostée de LANGENBECK.

1. Le pied reposant sur son côté interne, on fait descendre, le long du bord postérieur de l'extrémité inférieure du péroné, une incision verticale de 6^{cm}, qui contourne la malléole externe dont elle suit le bord antérieur sur une hauteur de 1,5^{cm}, en pénétrant partout jusqu'à l'os (fig. 473).

Fig. 473.

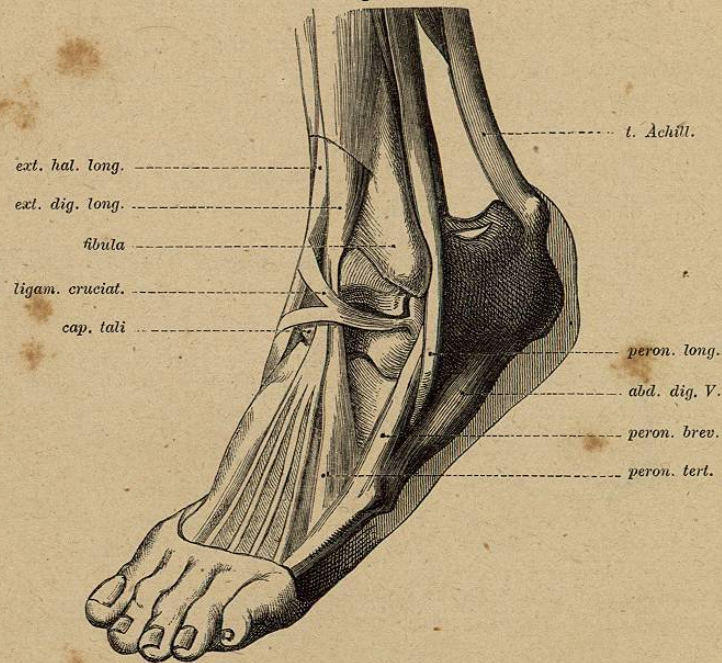


2. Avec la rugine on décolle le périoste, en même temps que la peau, les muscles et les tendons de la partie antérieure et postérieure de l'os, de manière à obtenir un passage derrière le péroné, à l'extrémité supérieure de l'incision, pour une scie étroite ou pour une scie à chaîne (fig. 474).

NB. Il faut se garder d'ouvrir la gaine du tendon du long péronier.

NB. Il faut se garder d'ouvrir la gaine du tendon du long péronier.

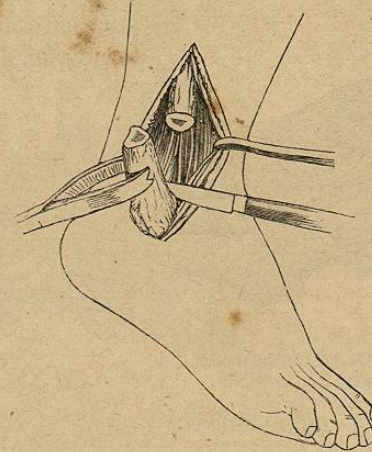
Fig. 474.



Région externe de l'articulation tibio-tarsienne gauche (d'après Henke).

3. Le péroné scié, on saisit avec un davier le fragment dénudé, on l'attire au dehors avec une force graduellement croissante (fig. 475)

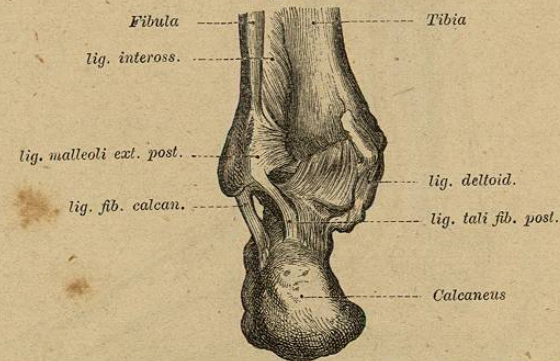
Fig. 475.



Extirpation de l'extrémité inférieure du péroné.

en le détachant du ligament interosseux. En dernier lieu, on coupe de dedans en dehors et de haut en bas, en rasant la malléole, le ligament postérieur de la malléole externe (forte expansion du ligament

Fig. 476.



Ligaments de la région postérieure de l'articulation tibio-tarsienne.

interosseux) (fig. 476), et les trois solides ligaments de renforcement (astragalo-péronier, antérieur et postérieur, et calcanéopéronier) (fig. 477).