

L'articulation acromio-claviculaire part une incision dirigée en bas et en arrière, le long du bord axillaire de l'omoplate, jusqu'à l'angle inférieur de cet os, où elle rencontre une seconde incision commençant au-dessus de l'angle supéro-interne de l'omoplate et descendant le long de son bord spinal. Lorsque les muscles ne sont pas malades, on les comprend dans le lambeau que l'on dissèque de bas en haut. On peut lier l'artère sous-scapulaire à la base du lambeau avant son entrée dans la fosse sus-épineuse (MICHAUX). Les muscles ayant été détachés des bords de l'omoplate, on soulève l'os de bas en haut et de dedans en dehors, on le renverse et le sépare des parties molles qui l'entourent. Une fois arrivé au col de l'omoplate, on peut sectionner ce dernier à l'aide de la scie cullinaire, de façon à conserver autant que possible l'apophyse articulaire ainsi que l'acromion. Dans le cas contraire, on divise l'articulation acromio-claviculaire, ou bien, suivant les circonstances, on excise en outre une portion de la clavicule. Finalement on sectionne les muscles qui vont s'insérer sur le bras, ainsi que l'insertion de la capsule en rasant constamment l'os avec le bistouri (afin d'éviter les vaisseaux et les nerfs), et en continuant à renverser en dehors l'omoplate que l'on attire fortement en arrière. La section des muscles à insertion coracoïdienne termine l'opération. Si l'on n'a pas de motifs de craindre beaucoup une récurrence, il y a tout avantage à conserver l'acromion (FERGUSSON), car la forme de l'épaule est ainsi bien meilleure, et le fonctionnement ultérieur du membre ne peut qu'y gagner.

Les avantages de la méthode précédente, due essentiellement à MICHAUX, sont de toute évidence. Ce qui n'est pas son moindre mérite, c'est qu'elle permet de fixer facilement le lambeau et de donner aux sécrétions de la plaie un orifice d'écoulement favorablement situé. La résection de la tête de l'humérus peut être aussi facilement pratiquée par l'incision antérieure.

Dans les **résections partielles**, on a recours le plus souvent à une incision en T, dont la branche horizontale passe à une hauteur variable suivant le siège de la tumeur. L'incision est suivie de la dissection des parties molles saines. Veut-on réséquer la portion sous-épineuse de l'omoplate, on soulève cet os de bas en haut et de dedans en dehors, et on le sectionne à l'aide de cisailles ou de la scie cullinaire. De même on peut enlever facilement l'épine de l'omoplate avec l'acromion. S'agit-il de réséquer toute l'omoplate jusqu'à l'apophyse articulaire, on divise les muscles sus et sous-épineux et l'on sectionne l'os soit avec la scie cullinaire, soit avec la scie à chaîne, que l'on passe autour du col au moyen d'une aiguille munie d'un fil; la section s'opère ainsi aisément, et l'on renverse ensuite l'omoplate de dedans en dehors, afin d'en détacher les parties molles.

Quant à la résection de l'apophyse articulaire de l'omoplate, dans les affections de l'articulation de l'épaule, il en sera question, à propos de ces dernières.

Résection de l'épaule.

§ 44. — Les tumeurs de la tête de l'humérus et des parties de l'os voisines de cette dernière — le plus souvent il s'agit de sarcomes myéloïdes, — ne fournissent l'indication d'une résection que dans des cas

exceptionnels. Bien souvent on est obligé d'avoir recours à la désarticulation.

La résection de la tête humérale s'impose, d'autre part, dans toute une série de lésions traumatiques et d'arthrites scapulo-humérales étudiées précédemment.

En ce qui concerne d'abord les **lésions traumatiques**, la résection n'est indiquée ni dans les cas de plaie de l'articulation par instrument piquant, ni dans ceux où un projectile de guerre de petit calibre n'a atteint que la capsule ou a creusé une gouttière dans la tête humérale. La possibilité d'une guérison avec conservation de la mobilité, a été démontrée dans l'un et l'autre cas. Il n'en est plus de même lorsque l'articulation devient le siège d'une inflammation suppurée; grâce aux conditions anatomiques de la région, à la disposition des nombreux muscles qui s'insèrent dans le voisinage de l'articulation, les phénomènes de suppuration sont de nature si compliquée, qu'il devient nécessaire d'enlever la tête humérale, dont la surface est, d'ailleurs, le plus souvent détruite, afin de donner au pus un meilleur écoulement. Il est hors de doute que l'opération, dans ces cas, est assez souvent capable de sauver la vie du malade. On y aura recours, par conséquent, lorsque le traitement antiseptique sans résection n'a donné aucun résultat; la résection d'emblée n'est indiquée que dans les cas tout à fait graves.

Dans les lésions traumatiques mentionnées plus haut, la résection n'est donc jamais indiquée, du moins primitivement. Mais la méthode conservatrice doit-elle être étendue à la généralité des plaies par armes à feu de l'articulation scapulo-humérale? Comme il est rare que l'on soit en mesure de diagnostiquer d'emblée une plaie articulaire de l'épaule par coup de feu avec éclatement modéré de la tête humérale, la question de savoir si l'on doit pratiquer dans ces cas la résection primitive, n'a pas d'abord une grande importance pratique. Nous savons, d'ailleurs, que les blessures de ce genre, traitées par la méthode conservatrice, avec ou sans ablation d'esquilles, peuvent guérir, parfois avec une articulation mobile, mais le plus souvent avec ankylose. On peut ainsi se trouver dans la nécessité de pratiquer plus tard la résection. Cette dernière est, par contre, indiquée d'emblée, dans les cas de destruction étendue de l'extrémité articulaire par des balles ou des éclats d'obus.

Nous avons déjà émis l'opinion que dans toutes les lésions traumatiques de l'épaule, le pronostic sera beaucoup meilleur à l'avenir, et que la résection se trouvera de plus en plus reléguée à l'arrière-plan. Grâce aux garanties que nous donne la méthode antiseptique, on verra bien plus souvent guérir sans suppuration les plaies de l'épaule qui paraissent avoir intéressé l'articulation; en outre, on pourra reconnaître beaucoup plus sûrement s'il s'agit ou non d'une plaie articulaire. En usant des précautions antiseptiques, nous pouvons explorer une plaie par instrument piquant, aller à la recherche d'une balle jusque dans l'articu-

lation, drainer cette dernière, lorsqu'elle a été blessée, extraire le projectile ou des fragments détachés de la tête humérale, et, par le traitement consécutif, assurer la marche aseptique de la plaie. La suppuration est-elle déjà survenue, on cherchera également à reconnaître le trajet de la blessure, on désinfectera et drainera la cavité articulaire, et, par les lavages antiseptiques répétés et le pansement de Lister, on fera en sorte d'arrêter bientôt la production du pus et de conserver à l'articulation un bon état fonctionnel.

Pour beaucoup de chirurgiens il n'est pas encore démontré actuellement que l'on soit autorisé à pratiquer la résection de l'épaule, pas plus que celle de la plupart des autres articulations, dans les cas de blessures par projectiles de guerre. En ce qui concerne d'abord la mortalité, à la suite de ces opérations, elle a été de 31,06 0/0 pour les résections primitives, de 46,4 0/0 pour les résections intermédiaires et de 29,3 0/0 pour les résections secondaires pratiquées chez les blessés de la guerre d'Amérique (statistique d'OTIS). Dans les guerres dont l'Europe a été le théâtre depuis 1848, la mortalité, à la suite des résections s'est montée à 42 0/0. Toutes ces opérations sont antérieures, il est vrai, à la découverte de la méthode antiseptique. Mais il ne suffisait pas d'avoir constaté le taux élevé de la mortalité. En effet, depuis que HANNOVER a soumis à une révision les résultats obtenus par les chirurgiens allemands, dans les guerres du Schleswig-Holstein, l'attention de tous les partisans et adversaires de ces opérations s'est portée vers l'examen de l'état fonctionnel définitif des membres opérés. Quant aux observations qui ont été recueillies dans notre dernière grande guerre avec la France, elles n'ont pas encore été revues de façon à nous permettre de trancher la question.

En ce qui concerne spécialement l'épaule, il s'agit de répondre aux questions suivantes:

1) Dans combien de cas l'opéré recouvre-t-il un bon état fonctionnel de l'articulation scapulo-humérale, en ce sens que, abstraction faite de l'élévation de l'omoplate, le bras peut être élevé par un mouvement propre qui, combiné avec la première, permet au membre d'arriver jusqu'à la verticale?

2) Quelle est la fréquence de l'ankylose et jusqu'à quel point l'articulation ankylosée est-elle utilisable?

3) Dans combien de cas la résection laisse-t-elle après elle une articulation ballante? Une autre question est celle de savoir si, vraiment, il arrive souvent que dans les cas d'ankylose et d'articulation flottante, toute l'extrémité correspondante, mais particulièrement la main, subit une perte fonctionnelle qui la fait ressembler à un membre paralysé.

S'il est vrai que la résection a souvent pour conséquence l'ankylose ou une articulation ballante, un résultat aussi mauvais doit nous surprendre et nous engager à en déterminer les causes. Il faudrait pouvoir mettre en parallèle, pour des cas d'égale gravité, la résection et le traitement conservateur, et s'assurer si ce dernier donne de meilleurs résultats *quoad vitam*, ainsi qu'au point de vue fonctionnel.

Il n'est pas nécessaire de réfléchir longtemps pour comprendre que l'on ne peut espérer la solution de ces questions, alors même que l'on soumettrait à un examen minutieux les cas opérés dans nos dernières guerres; on peut d'au-

tant moins l'espérer que, jusqu'au terme de l'enquête sur l'invalidité, le blessé a des raisons matérielles de ne rien faire pour améliorer l'état fonctionnel de son bras, et d'exagérer l'incapacité du membre opéré, en présence du médecin chargé d'en faire l'examen.

Un fait certain et bien démontré par les récentes communications de LANGENBECK, c'est que l'on peut obtenir un rétablissement presque complet des fonctions du membre, même à la suite de résections étendues pour blessures de guerre. Il est certain également que, même dans les cas, rares du reste, d'ankylose et dans ceux où l'articulation est modérément ballante, l'avant-bras et la main peuvent être parfaitement utilisables. Mais il est hors de doute que souvent l'opéré conserve un membre inutile ou de peu d'utilité, et si nous allons à la recherche des causes d'un aussi triste résultat, nous en trouvons plusieurs, en partie hypothétiques, en partie démontrées. Disons tout d'abord que la méthode opératoire exerce une grande influence sur le résultat définitif. D'autre part, le traitement consécutif a également une importance très considérable; en effet, LANGENBECK a démontré d'une façon convaincante la nécessité des exercices pratiqués de bonne heure après la résection, ainsi que des autres moyens propres à combattre la faiblesse des muscles (électricité etc.); la négligence de ces moyens peut avoir, au point de vue fonctionnel, les plus graves conséquences. Lorsque le bras est resté immobile pendant de longs mois dans une écharpe ou un appareil, aucun chirurgien ne devrait s'étonner de voir survenir une paralysie par inaction. Sous ce rapport il y aurait beaucoup à reprocher à l'indolence des malades comme aussi à la négligence des chirurgiens. Les différences les plus frappantes, au point de vue de l'aptitude fonctionnelle, s'observent lorsqu'on met en parallèle, d'une part, les individus appartenant aux classes élevées qui ont eux-mêmes intérêt à suivre les prescriptions du médecin et à exercer assidûment leur bras, et, d'autre part, les simples soldats qui, jugeant inutiles des exercices qui les incommode, ne prêtent pas volontiers leur concours à un traitement pénible et difficile.

Il résulte d'un certain nombre d'observations que la résection est encore possible, dans les cas de destruction étendue de la région du coude, et que l'on peut même espérer de conserver un membre utile. Ainsi LANGENBECK rapporte un cas de résection de la tête humérale suivie plus tard de l'extraction de la diaphyse humérale frappée de nécrose, et finalement de la résection du coude, ce qui n'empêcha pas l'opéré de se servir utilement de sa main, de son coude et de son épaule.

Dans un grand nombre de cas graves, il s'agirait de résoudre la question de savoir si l'on doit pratiquer la résection ou la désarticulation, et cependant nous ne doutons pas un instant que, les chances de mort étant à peu près égales, ni le chirurgien ni le blessé n'hésiteraient à tenter la conservation du bras, alors même qu'ils auraient la certitude absolue que, comme c'est souvent le cas, le membre opéré n'aura que peu d'utilité en dépit de toutes les précautions dans le choix d'une bonne méthode opératoire et d'un traitement consécutif approprié.

Obtenir une articulation jouissant de mouvements actifs, tel est certainement le but essentiel à atteindre, à la suite de la résection de l'épaule. C'est aussi la possibilité d'arriver à un tel résultat qui doit avant