

tout nous guider dans la question de l'opportunité de la résection dans la carie sèche. Les cas de cette dernière catégorie évoluent souvent spontanément et se terminent par ankylose. La résection abrège la durée de la maladie et permet d'obtenir une articulation mobile. Les autres formes d'arthrite tuberculeuse de l'épaule guérissent plus rapidement par la résection, et, grâce à cette dernière, le pronostic, au point de vue fonctionnel, est meilleur, pourvu toutefois que le traitement consécutif ait été institué d'une façon convenable. Dans ces formes d'arthrite, de même que dans la carie sèche, il importe, d'ailleurs, de bien prendre en considération le fait que l'ablation du foyer tuberculeux de l'épaule éloigne le danger d'infection généralisée. Sous ce rapport, les résections pratiquées dans le but d'abrèger la durée de l'affection, sont tout particulièrement indiquées chez les personnes tuberculeuses ou menacées de tuberculose. L'articulation est trop peu accessible pour que le curage de cette dernière puisse être souvent mis en pratique dans les cas d'arthrite fongueuse (VOLKMANN). D'autre part, nous avons déjà fait remarquer que les **arthrites aiguës suppurées** peuvent exiger la résection dans certaines circonstances particulières. Est-on autorisé à réséquer une épaule ankylosée dans le but d'obtenir une articulation mobile? C'est une question à laquelle il est difficile de répondre actuellement. Bien que des tentatives de ce genre aient été couronnées de succès, nous pensons qu'il y aurait quelque témérité à poser cette indication d'une façon générale. Quant à la résection dans les cas de **luxation irréductible**, grâce à la méthode antiseptique, non seulement nous la considérons comme indiquée dès que se montrent des signes de paralysie par pression de la tête humérale luxée sur les nerfs du bras, mais encore nous sommes d'avis que, dans la plupart des cas où l'on a reconnu l'impossibilité de réduire la luxation, l'état fonctionnel du membre ne peut que gagner à une résection.

§ 45. — En Allemagne les chirurgiens sont, sans doute, unanimes à adopter, pour la résection de l'épaule, une incision longitudinale sur la face antérieure de l'articulation, à moins toutefois qu'ils ne soient obligés de s'écarter de cette règle pour des motifs tout particuliers se rapportant à la nature de la lésion. On peut bien affirmer que la conservation des muscles arthrodiaux n'a nulle part plus qu'ici une heureuse influence sur la position respective des extrémités articulaires, ce que l'on conçoit, du reste, facilement, si l'on se reporte à notre étude anatomique (§ 18). Or, il est évident que l'incision longitudinale n'a toute son importance que si elle constitue l'acte préliminaire de la méthode sous-périostée, ou mieux de la méthode sous-capsulo-périostée, c'est-à-dire de la méthode qui consiste à pratiquer également une incision longitudinale de la capsule et à détacher de l'os, d'une part, l'insertion de la capsule ainsi que les muscles qui s'insèrent sur cette membrane et sur le périoste voisin, et, d'autre part, le périoste lui-même correspondant à

la partie à réséquer. Une fois la tête humérale enlevée, la capsule articulaire reste ainsi intacte avec toutes ses annexes. A moins d'une destruction des parties molles et de l'insertion capsulaire, on ne peut guère admettre qu'il existe des cas où il soit préférable de pratiquer une incision transversale de la capsule.

Cette dernière méthode opératoire est assez simple sur le cadavre. Si l'on ne veut pas épargner le tendon du biceps, on fait, tout d'abord, une incision longitudinale qui commence au milieu de l'espace compris entre l'extrémité acromiale de la clavicule et l'apophyse coracoïde, tout près du bord claviculaire; le bistouri pénètre d'emblée jusqu'à l'articulation et divise le deltoïde en même temps que la peau dans une direction verticale et sur une longueur de 6 à 10 centimètres. Au moyen de trois incisions bien dirigées sur la capsule et l'insertion des muscles capsulaires, on permet au bras de se luxer en avant; ces trois incisions forment ensemble un Ω . La première est pratiquée sur la moitié interne de la capsule et le tendon du sous-scapulaire qui s'y insère, pendant que le bras est en rotation en dehors. Puis l'aide imprime au membre une rotation en dedans tandis que l'opérateur divise la capsule et les muscles correspondants, c'est-à-dire les tendons du sus-épineux, du sous-épineux et du petit rond; il ne reste plus alors qu'à réunir ces deux incisions par une troisième transversale divisant la capsule à son insertion supérieure, de façon à sectionner en même temps le ligament coraco-huméral. Toutes ces incisions doivent être dirigées contre l'os sous-jacent, comme s'il s'agissait de diviser perpendiculairement la tête humérale elle-même. Enfin cette dernière étant luxée en avant, on divise la paroi postérieure de la capsule et l'on opère la section de la tête humérale, au moyen de la scie à arbre ou de la scie passe-partout.

Nous considérons la **résection sous-capsulaire** comme le procédé normal. Dans la description que nous allons en donner, nous suivrons les préceptes formulés par LANGENBECK.

L'opéré est placé dans le décubitus dorsal, les épaules relevées à l'aide d'un coussin, et le bras tourné de façon que l'épicondyle regarde en haut. L'opération doit être pratiquée avec les précautions antiseptiques. On aura soin de raser préalablement la région axillaire et de nettoyer convenablement tout le champ opératoire.

L'**incision cutanée** commence à l'acromion, directement en avant de l'articulation de cet os avec la clavicule. Elle se dirige verticalement en bas sur la face antérieure de l'épaule et a une longueur de 6 à 10 centimètres. Cette première incision intéresse d'emblée les téguments et le deltoïde entre les faisceaux duquel le bistouri pénètre dans la profondeur, ou bien ce n'est qu'après avoir terminé l'incision de la peau que l'on divise sur la même longueur et dans la même direction la masse deltoïdienne jusqu'à la capsule articulaire. On pratique ensuite l'incision de la capsule depuis la coulisse bicipitale jusqu'au bord supérieur de la cavité glénoïde, en ayant soin de respecter le tendon du biceps. S'agit-il

de *réséquer la tête humérale avec ses tubérosités*, ce qui est le cas habituel, on fait au bord interne de la coulisse bicipitale une incision longitudinale, au moyen d'un fort couteau à résection. Dans cette incision on introduit la pointe de la rugine, que l'on a soin de tenir constamment appliquée contre l'os partout où il s'agit de dénuder ce dernier; par des mouvements de levier on détache le périoste de la partie interne du col de l'humérus, au-dessous de la petite tubérosité. Au niveau de cette dernière les fibres tendineuses du sous-scapulaire insérées à l'os, doivent être détachées au moyen du bistouri et de la pince à dissection, de telle façon qu'elles restent partout en continuité, d'une part, avec le périoste préalablement décollé, et, d'autre part, avec la capsule fibreuse que l'on détachera de la même manière de son insertion au col anatomique. On met ainsi à nu toute la face interne de l'os, en usant tantôt du bistouri, tantôt de la rugine, lorsqu'il s'agit de détacher le périoste; pendant ce temps l'assistant porte le bras de plus en plus en rotation en dehors. Une fois parvenu à la face axillaire de l'os, on fait sortir tout d'abord le tendon du biceps de la coulisse bicipitale, puis on imprime au bras un léger mouvement de rotation en dehors, et l'on fait passer le tendon au côté interne de l'articulation.

On commence ensuite à détacher de la même manière la membrane capsulo-périostée de la face externe de l'épiphyse humérale, ainsi que de la grosse tubérosité. Après avoir pratiqué une incision le long du bord externe de la coulisse bicipitale, on décolle d'abord, à l'aide de la rugine, le périoste très mince du col chirurgical. Plus haut se trouve l'insertion des trois muscles capsulaires postérieurs à la grosse tubérosité, puis vient tout à fait supérieurement l'insertion de la capsule elle-même. Ici encore on est obligé d'avoir recours au bistouri et à la pince à dissection pour séparer de l'os ces parties capsulo-tendineuses et assurer leur continuité avec le périoste. Tandis que l'on se rapproche de plus en plus de la face axillaire de l'os, on imprime au bras un mouvement de rotation en dedans. Aussitôt que les insertions des muscles et de la capsule ont été détachées de l'os, on réussit à luxer la tête humérale et à en pratiquer la résection à l'aide de la scie. Pendant la section de l'os c'est de préférence avec la main que l'on fixera la tête de l'humérus. Si l'on ne parvient pas à la fixer de cette manière, on pourra avoir recours à un davier particulier, tel que celui de LANGENBECK. Dans les plaies par armes à feu cet auteur utilise également, pour fixer la tête humérale fracturée, un de ces crochets pointus dont il se sert aussi en guise d'écarteurs.

Suffit-il de sectionner la tête humérale, au niveau du col anatomique, par la plaie de la capsule on détache de l'os l'insertion de cette membrane sur une étendue suffisante pour permettre à la scie à chaîne ou à la scie cultellaire d'opérer la section de l'os. Dans ce cas la tête de l'humérus ne doit pas être luxée.

Une fois la tête humérale réséquée, on examine la cavité glénoïde et l'on enlève les parties malades, au moyen d'une forte cuiller tranchante, d'une pince coupante, de la scie cultellaire, du ciseau et du marteau. S'agit-il d'une tuberculose de l'articulation, on extirpe avec soin les parties malades de la synoviale à l'aide de la cuiller tranchante, de la pince et des ciseaux. La plaie ayant été lavée encore une fois avec la solution phéniquée, avant de faire les sutures, on pratique une petite incision de la peau à la face postérieure de l'épaule, au point correspondant à la partie la plus déclive de la cavité articulaire. Par cette petite incision on introduit, en opérant des mouvements lents de rotation, une pince à pansements fermée, dans la direction de la cavité de la plaie jusqu'à ce que les mors de l'instrument apparaissent directement au-devant de la partie scapulaire de l'articulation. Dès que la pince a pénétré dans la cavité articulaire, on l'ouvre et l'on agrandit ainsi la plaie de façon à permettre l'introduction d'un gros tube à drainage. C'est ce drain postérieur qui assure le mieux l'écoulement des liquides de la plaie, dans les premiers temps, alors que le blessé est dans le décubitus dorsal. La plaie de résection est ensuite réunie par des sutures, sauf à sa partie moyenne et à son extrémité inférieure pour le passage des drains.

Grâce à l'*Iodoforme* actuellement en usage, le drain postérieur est moins nécessaire qu'autrefois. La sécrétion est si peu abondante qu'une rétention ne se produit pas, même en l'absence d'une boutonnière à la face postérieure de l'épaule.

Cette incision, excellente du reste, offre cependant une série d'inconvénients. D'abord elle intéresse le deltoïde précisément à un endroit où son intégrité a une importance essentielle pour le fonctionnement ultérieur du muscle, et comme on n'obtient pas toujours une guérison par première intention, il se produit parfois, au niveau de l'incision, une cicatrice déprimée qui gêne les mouvements. Si la section du muscle s'étend très bas, elle divise, en outre, le nerf circonflexe en un point où le tronc de ce dernier est encore volumineux.

Lorsque la partie à réséquer ne s'étend pas jusqu'au delà du col chirurgical, on peut éviter la plupart des inconvénients que nous venons de signaler, en mettant à nu l'articulation par sa face postérieure. Le malade à opérer est couché sur le côté sain, et le bras fléchi au niveau du coude, est tourné en dehors de façon que l'épicondyle regarde un peu en arrière. On fait alors une incision longitudinale de 6 à 8 cent., dirigée directement en bas et commençant au bord postérieur de l'acromion, au point où ce dernier, en se recourbant en avant, forme un angle proéminent. On divise la partie postérieure du deltoïde et l'on pénètre d'emblée en haut et en arrière, sous l'acromion, à travers la capsule, jusque dans l'articulation. Si l'on a imprimé au bras une rotation en dehors tout en le portant un peu en arrière, c'est à peu près la partie moyenne de la grosse tubérosité qui se présente dans la ligne d'incision. En continuant le mouvement de rotation en dehors, on détache les muscles et, plus bas, le périoste, au moyen de la rugine, du bistouri et de la pince à dissection.