

En ce qui concerne les opérations pratiquées pour cause de carie, à en juger d'après le petit nombre d'observations qui ont été recueillies jusqu'à ce jour, il ne semble pas que l'on ait eu très souvent comme résultat une articulation ballante. En somme, la résection dans ces cas a permis d'obtenir, en général, une articulation solide douée d'une mobilité modérée, ou une ankylose, résultat qui n'est point mauvais si l'on songe que l'on rend ainsi relativement utilisable un membre qui, sans cette opération, eût été voué à l'amputation; bien plus, dans un certain nombre de cas, le résultat fonctionnel a été vraiment excellent.

Par contre, d'après les communications de HANNOVER, sur 13 individus réséqués pour blessures de guerre, 14 ont eu des articulations ballantes qu'ils ne pouvaient utiliser, un seul s'est guéri avec un coude ankylosé. D'après LOEFFLER, dans la campagne de 1864, les résections ont donné environ 71 0/0 d'articulations ballantes. DOMINIK, sur 263 résections pratiquées pendant la guerre franco-allemande, en compte seulement 28 ayant donné un bon résultat fonctionnel, tandis que 65, soit environ 25 0/0, ont eu comme conséquence un membre flottant. Ces chiffres sont évidemment de nature à éveiller dans l'esprit l'idée que les résections, dans les cas de blessures par armes à feu, donnent en général de mauvais résultats. Si, dans le but de combattre ou de confirmer cette idée, on va à la recherche des causes de ces guérisons défectueuses, on trouve, en ce qui concerne d'abord l'articulation ballante, que cette dernière peut être due :

1) A une production nouvelle insuffisante du tissu osseux, dans les cas où l'opération a entraîné une perte de substance étendue des os.

2) A une position défavorable des extrémités osseuses à la suite de la résection. Il arrive, en effet, que l'avant-bras glisse en avant et en haut, au devant de l'humérus, ou, au contraire, que l'humérus se déplace en avant et en bas sur les os de l'avant-bras; si alors les insertions musculaires ont été conservées ou se sont rétablies, les extrémités articulaires, alors même qu'il s'agit d'une résection peu étendue, se trouvent avoir perdu leur point d'appui, et les os ne peuvent plus jouer le rôle de ces leviers solides sur lesquels les muscles exercent normalement leur action. ROSER considère comme une cause fréquente d'articulation ballante le déplacement de l'avant-bras en avant, qui abolit l'action efficace du biceps et du brachial antérieur.

3) Le même résultat peut naturellement être dû également à une section étendue des muscles qui subissent une rétraction et contractent des adhérences anormales, le biceps venant, par exemple, se souder à l'extrémité de l'humérus. Le raccourcissement du membre ne paraît pas avoir une aussi grande importance. En effet, dans les circonstances favorables, l'insuffisance relative du muscle due à sa trop grande longueur, ne tarde pas à disparaître.

4) Il n'est pas rare que des états paralytiques de l'appareil moteur soient la cause de la forme passive de l'articulation ballante. Ces états peuvent être dus à une lésion des nerfs, soit par un projectile (cubital, médian), soit par le bistouri de l'opérateur (cubital), ou être la conséquence d'un tiraillement des nerfs par suite d'une cicatrisation défavorable, ou enfin de phénomènes de prolifération inflammatoire dans le névrilème; dans ce dernier cas, l'on observe assez souvent des troubles trophiques du membre (FISCHER). Mais la cause certainement la plus fréquente de cette paralysie, c'est l'inac-

tion de trop longue durée à laquelle a été condamné le membre opéré.

Nous avons maintenant à nous demander si, en temps de guerre, ces causes d'insuccès existent plus nombreuses; or, nous croyons devoir répondre affirmativement à cette question. Rappelons, tout d'abord, qu'en campagne les résections sont souvent pratiquées en très grand nombre, vu la fréquence des blessures qui rendent cette opération nécessaire; dans bien des cas, il est vrai, malgré une résection étendue des extrémités articulaires, la formation nouvelle de tissu osseux a été très abondante et l'opération a eu un résultat définitif favorable; cependant, personne ne voudra nier qu'on obtient plus sûrement une articulation solide en enlevant une étendue moindre des extrémités osseuses, car en pratiquant une résection étendue, même avec la meilleure méthode opératoire, on ne peut jamais compter sur une insertion favorable des muscles détachés. Mais, assez souvent, les blessures de guerre intéressent, outre les os, les insertions des muscles et les masses musculaires elles-mêmes; de même les lésions des nerfs sont propres seulement aux plaies par armes à feu, mais ne s'observent pas dans les cas de résection pour cause de carie. Par conséquent, il n'est pas nécessaire d'accuser la méthode opératoire d'être une cause possible d'articulation flottante, dans la supposition qu'en temps de guerre, les opérations étant pratiquées par des mains moins exercées, en général, qu'en temps de paix, se compliqueraient peut-être plus souvent d'une blessure du nerf cubital, d'une section transversale du tendon du triceps et des autres muscles, ainsi que d'une lésion du périoste et de l'insertion de la capsule. En effet, à notre avis, la méthode sous-périostée, c'est-à-dire celle dans laquelle, après avoir pratiqué une incision longitudinale, on laisse les muscles et leur insertion en relation avec le périoste et la capsule, est un des moyens les plus sûrs d'empêcher que l'articulation ne reste ballante à la suite de la résection. Mais un fait sur lequel nous devons insister, c'est que, bien certainement, le traitement consécutif est souvent défectueux, que l'on soumet dans bien des cas l'articulation à des exercices trop répétés et de trop bonne heure ou, plus fréquemment encore, que l'on néglige tout à fait d'exercer le membre opéré. Ainsi que l'a fait remarquer à bon droit LANGENBECK, un bon traitement consécutif, des exercices passifs et actifs institués à temps, l'électricité, etc., décident souvent de l'avenir du membre opéré. D'ailleurs, nous devons ajouter qu'avec un bon appareil de soutien, on peut rendre parfaitement utile, dans la plupart des cas, même une articulation flottante.

D'après les considérations précédentes il est évident que nous n'avons pas le pouvoir d'épargner à l'opéré un certain nombre des inconvénients mentionnés plus haut, dans les cas de blessures du coude par armes à feu ayant exigé la résection, mais qu'il en est beaucoup d'autres que nous pouvons éliminer, grâce à une bonne méthode opératoire et à un traitement consécutif approprié. Quoi qu'il en soit, si l'on réfléchit que, pour la grande majorité des cas réséqués, le chirurgien a eu à choisir non pas entre la conservation et la résection, mais bien entre la résection et l'amputation, si l'on songe, d'autre part, que le chiffre de la mortalité est moins élevé pour les réséqués que pour les amputés, et que chez les premiers l'opération conserve un membre quelque peu utile, dans une très forte proportion de cas, et fonctionnant parfaitement dans une autre série de cas encore assez nombreuse, on ne peut guère douter évidemment que, dans une prochaine guerre, la résection du coude ne conserve ses

droits avec certaines restrictions, il est vrai, en faveur du traitement conservateur, grâce à la découverte de la méthode antiseptique.

Dans cette discussion nous avons, d'ailleurs, omis de rappeler que l'on ne peut se fier complètement aux renseignements fournis par les réséqués, en temps de guerre, vu que le montant de la pension qui leur est allouée, est en rapport avec le degré d'incapacité de travail.

§ 85. — Une question encore un peu douteuse, est celle de savoir si l'on est autorisé à pratiquer **des résections partielles du coude**. Pour ce qui concerne l'arthrite fongueuse, nous avons déjà émis l'opinion que, surtout chez les enfants, on doit préférer le plus souvent à la résection immédiate, le curage de la synoviale et des os malades à l'aide de la cuiller tranchante. Mais lorsque, dans cette même affection intéressant un adulte, on se décide à recourir à l'ablation des parties malades par une large incision, on fera bien, en règle générale, d'enlever la surface des extrémités articulaires.

La question se pose différemment, dans les cas de lésions traumatiques en général, et surtout de blessures par armes à feu. Un fait bien certain, c'est qu'ici on n'est pas obligé d'enlever toutes les parties intéressées dans la fracture. C'est ainsi qu'on ne soumettra pas à une intervention chirurgicale les fractures qui s'étendent jusque dans la diaphyse humérale, à moins que cette dernière ne présente quelque fragment complètement ou presque complètement séparé du reste de l'os. Dans ce dernier cas, on détachera le fragment du périoste qui le recouvre. Il n'est pas non plus nécessaire de pratiquer toujours avec la scie une section franche de l'extrémité articulaire. Si, par exemple, l'humérus ayant été perforé obliquement par une balle, cette dernière avait respecté une partie du fragment épiphysaire, on se contenterait d'enlever la partie brisée par le projectile, et l'on n'égaliserait l'os par un trait de scie que pour le cas où l'on ne pourrait adapter convenablement l'une à l'autre les extrémités articulaires. Les auteurs ne sont pas aussi unanimes sur la question de savoir si, dans les cas de lésion isolée du radius, on ne doit réséquer que ce dernier, et si dans ceux où la fracture n'intéresse que la trochlée, on doit limiter la résection à cette dernière ou l'étendre à toute la partie articulaire de l'humérus, etc. Tandis qu'un certain nombre de chirurgiens (ROSER, FISCHER), partageant l'opinion de STROMEYER, préconisent ces résections partielles, à cause des bons résultats qu'elles donnent, au double point de vue vital et fonctionnel, d'autres sont d'un avis précisément opposé. Le rapport médical sur la guerre d'Amérique attribue aussi au grand nombre de résections partielles la forte mortalité observée à la suite de ces opérations. Les matériaux ne sont pas encore suffisants pour permettre de trancher cette question. Toutefois, si un certain nombre de blessures légères des extrémités articulaires guérissent bien par la méthode conservatrice après l'extraction des fragments osseux détachés, pourvu que l'on ait soin de drainer l'articulation et de donner aux liquides un écoulement aussi libre que possible, nous ne voyons certes pas pourquoi le même résultat ne pourrait pas être obtenu également à la suite de résections partielles des extrémités osseuses, d'autant plus que cette dernière opération a été pratiquée avec succès par des chirurgiens de renom. On est d'autant plus en droit d'espérer, à l'avenir, une heureuse terminaison de ces résections partielles, que ces dernières seront pratiquées également avec tous les soins exigés par une méthode antiseptique rigoureuse. Il est

vrai que l'on devra s'attendre assez souvent à une ankylose dans ces cas.

En général, dans la résection du coude, on enlève les extrémités osseuses, par conséquent la tête du radius, l'olécrâne immédiatement au-dessous de la surface articulaire, l'humérus au-dessus des condyles. Mais nous ne voulons pas dire par là que l'on ne puisse pousser la résection beaucoup plus loin. On a enlevé jusqu'à 12 et 16 cent. des extrémités articulaires, et obtenu encore des résultats passables, mais il va sans dire que, d'une manière générale, on court d'autant plus le danger de laisser à l'opéré un membre inutile, que la résection est plus étendue.

§ 86. — Dans la résection du coude, encore plus que dans celle de toute autre articulation, il est indiqué de conserver la continuité des attaches musculaires avec le périoste et l'aponévrose; par conséquent, si possible par une incision longitudinale, on séparera les os de leur gaine périostée jusqu'à l'endroit où l'on veut pratiquer la section à l'aide de la scie. Il va sans dire qu'on devra respecter les gros vaisseaux et les nerfs; aussi, en règle générale, est-il nécessaire de pratiquer l'incision du côté dorsal de l'articulation. Un seul nerf, le cubital, pourrait se présenter sous le bistouri, lorsqu'on pénètre dans l'articulation par sa face dorsale. On le sortira d'abord de sa gouttière et on le maintiendra écarté par dessus l'épitrôchlée, avec le tissu environnant.

On opérât autrefois avec des incisions compliquées, et de nos jours encore, une partie des chirurgiens y ont recours. Les incisions en H, celles en arc de cercle avec la base en haut et les extrémités sur les condyles, enfin les incisions en T (LISTON) sont encore en usage actuellement. Cependant il est presque toujours possible, en prolongeant suffisamment l'incision longitudinale dans le cours de l'opération, de rendre accessibles aux instruments les parties latérales des os. Si l'articulation se trouvait être fortement tuméfiée, il suffirait de pratiquer une incision transversale partant du milieu de la plaie longitudinale, pour se diriger vers la tête du radius.

Dans le procédé consistant à diviser transversalement la capsule et les muscles, on opère de la manière suivante: après avoir incisé la peau, le malade étant, si possible, couché sur le côté, on commence par dégager le nerf cubital avec tout le tissu contenu dans la gouttière de même nom, en procédant de la manière que nous décrirons encore plus loin, puis on ouvre transversalement l'articulation. Par des mouvements de pronation et de supination on cherche à reconnaître la tête du radius, on divise le ligament latéral externe et la paroi postérieure de la capsule par une incision transversale, et l'on pratique aussitôt la section de la partie de la capsule qui s'insère sur les côtés de l'olécrâne, et finalement on détache de l'olécrâne le triceps avec la partie correspondante de la capsule, par une incision transversale également. On détache ensuite des extrémités osseuses le ligament latéral interne et les muscles, et l'on divise la paroi antérieure de la capsule sur les os de l'avant-bras, de façon à pouvoir pratiquer les sections osseuses. À l'aide de la scie on enlève alors du bras, puis de l'avant-bras, la longueur d'os dont la résection est jugée nécessaire.