

Bien que, par ce procédé opératoire, on puisse obtenir des résultats favorables, la **résection sous-périostée** est décidément plus sûre, et nous la considérons comme la méthode normale. Nous allons la décrire en nous conformant tout d'abord, dans les points essentiels, aux règles établies par V. LANGENBECK.

D'après la méthode de V. LANGENBECK, l'incision qui ouvre l'articulation, et par laquelle on détache les parties molles des os, passe en arrière du coude, à peu près au milieu de la face dorsale du bras et un peu en dedans du milieu de l'olécrâne. Le bistouri pénètre d'emblée à travers le triceps jusqu'à l'os; de même, le long de l'olécrâne, on divise les parties molles jusqu'à la surface de ce dernier. La longueur de cette incision varie de 8 à 10 centimètres, suivant le degré de tuméfaction de la région. Du reste, dans le cours de l'opération, on est parfois obligé de prolonger l'incision de la peau en haut et en bas d'environ 2 centimètres, dans le but de permettre un plus grand déplacement des parties molles.

On commence par détacher toutes les parties molles situées entre l'olécrâne et l'épitrachée, en se tenant tout à fait à la surface de l'os. Dans ce but, on se sert généralement d'une pince et d'un couteau à résection, ou bien à l'aide de l'ongle on tend les parties molles, et par de petits coups de bistouri dirigés contre l'os, on divise directement tout ce qui résiste aux tractions. Ça et là seulement, surtout sur le cubitus, on peut parfois se servir de la rugine. De cette manière, on réussit à écarter jusqu'au delà de l'épitrachée, le nerf cubital avec toutes les parties molles qui recouvrent l'os, sans que l'on aperçoive même le cordon nerveux. Une fois arrivé à l'épitrachée, on détache de l'os avec soin et de la même manière, les insertions musculaires, que l'on laisse en relation avec le périoste et le ligament latéral interne.

Après avoir ainsi mis à nu la partie interne de l'articulation, on en fait autant du côté externe. On abandonne provisoirement les parties molles à leur position primitive sur l'os dénudé, et l'on commence ensuite à détacher le tendon du triceps de l'olécrâne et du cubitus, en ayant soin de le laisser en relation avec le périoste et avec le muscle qui s'insère sur le côté externe du cubitus (anconé); ici encore, il importe de ne jamais s'écarter de la surface de l'os; on se servira de la pince et du bistouri, et l'on n'aura recours que de temps en temps au détache-tendon. Finalement, on arrive sur l'épicondyle et les muscles qui s'y insèrent; on sépare également ces derniers de la surface osseuse, en conservant leurs relations avec le périoste et le ligament latéral externe. On maintient les parties molles écartées au moyen de petits crochets doubles recourbés à pointes un peu mousses (LANGENBECK se sert de crochets solides semblables à ceux que l'on emploie dans la strabotomie).

S'il n'existe pas une tuméfaction notable de la région, on fait sortir par la plaie, en fléchissant fortement le coude, l'extrémité articulaire de l'humérus, que l'on résèque à l'aide d'une scie à large lame; si, par con-

tre, les parties molles sont fortement tuméfiées, on peut achever, soit avec la scie passe-partout, soit avec la scie à chaînette, la section de l'os qui est pratiquée immédiatement au-dessus de l'épicondyle et de l'épitrachée, ou à la hauteur même de ces apophyses. Chez les enfants, on peut parfaitement se servir d'un fort couteau ostéotome pour la section de l'os.

Vient ensuite la section des os de l'avant-bras, dont on devra enlever le moins possible. V. LANGENBECK conseille de ne laisser que l'olécrâne dans les cas de blessures par armes à feu. Nous renvoyons au § 87, pour ce qui concerne les interventions opératoires particulières que nécessite la tuberculose de l'articulation (extirpation de la capsule, etc.).

Nous avons pris l'habitude d'opérer toujours sur le membre ischémié, et une fois l'opération terminée, d'appliquer le pansement avant l'ablation du tube élastique. C'est ainsi que nous avons procédé dans beaucoup plus de cent cas, sans aucun inconvénient pour le malade; aussi croyons-nous devoir conseiller vivement cette méthode opératoire, à cause de ses avantages considérables, parmi lesquels nous mentionnerons en première ligne la netteté du champ opératoire, la commodité et l'exactitude dans l'exécution de l'opération, la faible perte de sang et l'économie de temps. Le pansement doit être d'une épaisseur telle que le membre subisse une certaine compression; l'application en est facilitée si l'on a soin de laisser l'avant-bras dans l'extension (voir § 87) et la main en supination. Ce n'est qu'après avoir appliqué la partie du pansement qui fait compression, que l'on enlève le tube de caoutchouc pendant que le bras est maintenu dans l'élévation verticale. Le pansement achevé, on laisse le membre dans cette position pendant environ 24 heures, l'opéré étant couché. Nous avons jugé bon de mentionner ces détails, car ce n'est que par l'observation minutieuse de toutes ces règles opératoires, que l'on peut garantir l'absence de toute hémorragie.

L'incision d'OLLIER est celle qui a été indiquée par CHASSAIGNAC; le premier de ces deux auteurs n'a fait que la modifier dans le sens de la méthode sous-périostée. Elle commence au côté externe du bras à 6 centimètres au-dessus de l'articulation, se dirige de haut en bas, le long de l'interstice qui sépare le long supinateur du bord externe du triceps, jusqu'à l'épicondyle, puis obliquement en dedans et en bas jusqu'à l'olécrâne, et enfin de nouveau de haut en bas, sur une longueur de 4 à 5 centimètres, le long de la face postérieure du cubitus; ici le bistouri pénètre d'emblée jusqu'à l'os. A la partie supérieure de la plaie cutanée, on divise ensuite l'aponévrose, et l'on plonge le bistouri entre le triceps et le long supinateur jusqu'au périoste que l'on décolle, puis, sur la ligne de l'incision, on ouvre l'articulation. Au niveau de la partie moyenne de l'incision, on suit l'interstice entre le triceps et l'anconé, et l'on détache de l'olécrâne le tendon du triceps, que l'on écarte en dedans, avec les parties molles voisines. Puis, après avoir détaché à son tour le liga-

ment latéral externe, on luxe en dehors l'extrémité articulaire de l'humérus. On s'attaque ensuite à l'insertion antérieure et interne de la capsule, ainsi qu'aux muscles épitrochléens, et l'on dénude l'os à ce niveau, au moyen du bistouri et de la rugine. Le nerf cubital n'est pas mis à nu et reste intact. Enfin, à l'aide de la scie, on pratique la section de l'humérus, puis celle du radius et du cubitus.

THIERSCH, dans un cas de résection pour arthrite fongueuse, dans laquelle il avait enlevé les extrémités osseuses irrégulièrement et sur une grande longueur, pratiqua avec la scie une encoche, aux dépens du bord antérieur du cubitus; à cette encoche il adapta la partie moyenne de l'extrémité humérale taillée en forme de coin, puis, à l'aide d'un fil de fer qui avait été chauffé au rouge, il fixa les deux extrémités osseuses l'une contre l'autre, à angle droit. Il en résulta une articulation solide et capable d'exécuter des mouvements de flexion et d'extension compris entre 84 et 103°, ainsi que des mouvements modérés de pronation et de supination. THIERSCH conseille cette modification de la section de l'os ou d'autres analogues, avec fixation des extrémités osseuses, principalement dans les cas où l'on doit s'attendre à une articulation ballante à la suite de la résection.

La résection du coude offre des difficultés dans la luxation des os de l'avant-bras en arrière. On peut, dans ces cas, scier tout d'abord l'olécrâne, puis, par une forte flexion, refouler l'humérus en arrière, ce qui parfois ne réussit pas, de sorte que l'on est obligé de faire manœuvrer la scie passe-partout dans la profondeur de la plaie. Pour ma part, j'ai obtenu un excellent résultat en pratiquant sur la face antérieure de l'articulation une incision, de chaque côté de l'humérus luxé, ce qui m'a permis de décoller le périoste et d'enlever ensuite l'extrémité articulaire de l'humérus à l'aide de la scie de Langenbeck.

Il y a quelque temps, TRENDELENBURG et VOELKER pratiquèrent la résection temporaire de l'olécrâne, dans le but de réduire des luxations anciennes, et cette même opération, telle que l'exécuta VOELKER, a été entreprise encore une fois avec succès par SPRENGEL, dans l'intention bien arrêtée d'enlever l'épitrôchlée fracturée, dans un cas de luxation latérale. V. MOSETIG a conseillé dernièrement d'appliquer également cette méthode opératoire à l'arthrite tuberculeuse; il est vrai que, vu la fréquence des foyers tuberculeux dans l'olécrâne, on sera très souvent dans la nécessité de ne conserver qu'une mince couche de cette apophyse.

TRENDELENBURG pratiqua une incision cutanée allant de l'épicondyle à l'épitrôchlée, sur la face dorsale de l'articulation. Cette incision avait la forme d'un arc de cercle à convexité dirigée en haut. Le lambeau qui en résulta fut disséqué de haut en bas, puis, du côté interne de l'olécrâne, les parties molles, à l'exclusion du périoste, furent détachées avec un instrument mousse, et la capsule sous-jacente divisée transversalement, jusque dans l'articulation. L'opérateur sépara ensuite l'olécrâne du reste du cubitus, par deux ou trois coups frappés sur un large ciseau, puis divisa le muscle anconé, ainsi que la partie de la capsule située en dehors de cette apophyse. Après avoir dégagé encore un peu la partie sciée de l'olécrâne, il mit à nu l'articulation par sa face postérieure, enleva un fragment détaché de l'épicondyle qui recouvrait la surface

articulaire du radius, et put alors opérer la réduction de la luxation. Il réunit ensuite avec un fil métallique l'olécrâne au reste du cubitus. Dans les angles de la plaie, il introduisit des tubes à drainage, et il enveloppa le membre d'un pansement antiseptique. VOELKER procéda d'une façon analogue. Dans un cas de ce genre, je ne parvins pas à réduire la luxation, et je fus obligé de recourir ultérieurement à la résection.

S'agit-il d'opérer, dans un cas d'ankylose osseuse, on commence par détacher le périoste des os de l'avant-bras au moyen d'une rugine, puis on pratique la section de ces derniers, à la hauteur de l'apophyse coronoïde, à l'aide de la scie à chaînette ou de la scie passe-partout. On décolle ensuite le périoste de bas en haut, on fait sortir par la plaie l'extrémité inférieure de l'humérus soudée aux os de l'avant-bras, et on la divise à son tour avec la scie. Un procédé qui réussit très bien, est celui qui consiste à pratiquer une double incision longitudinale. HUETER fit une incision longitudinale bilatérale, et donna une longueur plus grande à l'incision cubitale. Pour ma part, j'ai opéré une ankylose par une double incision longitudinale, l'une s'étendant le long du radius et du condyle huméral, l'autre de même longueur dirigée le long du bord interne de l'olécrâne. Par ces deux incisions, je mis à nu les os à l'aide de la rugine et du bistouri et pus ainsi en opérer la section au moyen de la scie de LANGENBECK. Ces opérations sont toujours laborieuses.

OLLIER, dans les cas d'ankylose, cherche à obtenir une articulation mobile par le procédé suivant : après avoir pratiqué la résection par la méthode sous-périostée dans l'intention de reconstituer une synoviale, le coude ankylosé en étant, en effet, dépourvue, il enlève une zone annulaire de périoste à l'endroit qui doit correspondre à la nouvelle articulation. Dans le traitement consécutif, les os doivent être maintenus d'autant plus écartés que l'individu est plus jeune, car dans le jeune âge, la tendance à l'ankylose est beaucoup plus prononcée que chez l'adulte.

VOGT a modifié la résection, en ce sens qu'il conserve les saillies osseuses de l'épicondyle, de l'épitrôchlée et de l'olécrâne; il arrive sur l'articulation par deux incisions latérales, puis, à l'aide d'un ciseau, il fait sauter d'abord l'épicondyle et l'épitrôchlée, et opère ensuite avec la scie la section de la tête du radius, ainsi que de l'extrémité articulaire de l'humérus; il se sert, dans ce but, d'une scie passe-partout qu'il introduit par l'incision radiale et fait sortir par l'incision cubitale. Par la première de ces deux incisions, il refoule les parties molles du côté dorsal suffisamment pour pouvoir, à l'aide d'un ciseau, enlever l'insertion du triceps, avec quelques lamelles osseuses; enfin vient la section du cubitus.

Dans ces derniers temps, j'ai aussi plusieurs fois opéré de façon à conserver une grande partie de l'olécrâne, de l'épicondyle et de l'épitrôchlée. L'opération peut être exécutée assez rapidement par une incision longitudinale pratiquée au côté interne de l'articulation et pénétrant dans cette dernière; au lieu de décoller le périoste du cubitus et de l'olécrâne, je détache à l'aide d'un large ciseau, la couche corticale de l'os, que je laisse en relation avec le périoste et avec le triceps. De même, après avoir dégagé le nerf cubital de sa gouttière, je fais sauter, à l'aide du ciseau, l'épitrôchlée sans toucher aux insertions des parties molles sur cette apophyse; puis je traite de la même manière l'épicondyle. En procédant ainsi, on s'épargne la tâche toujours difficile qui consiste