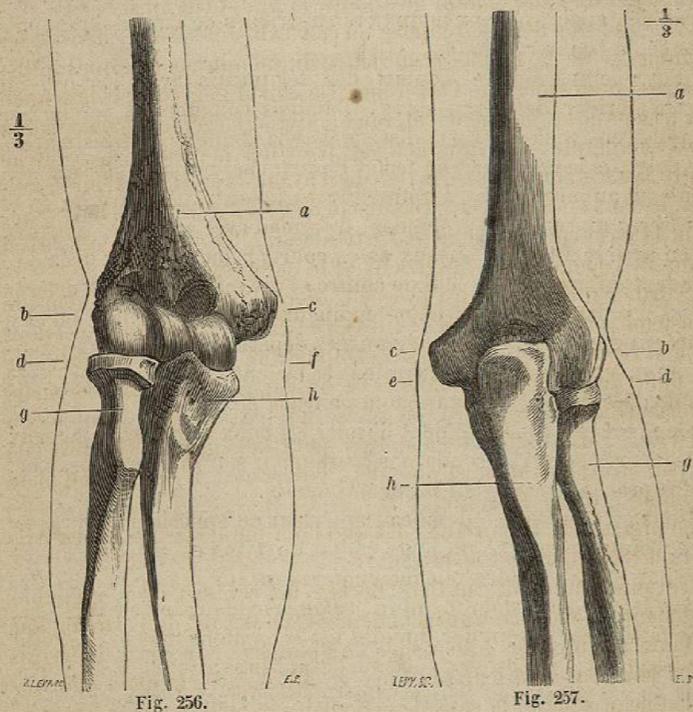


articulation du coude et les dangers attachés à la vaste plaie qui en résulte? Velpeau soutenait que l'opération en elle-même est moins grave que l'amputation du bras; Dupuytren l'avait adoptée, tandis que Boyer, Richerand etc. l'ont rejetée.

Cette désarticulation nous paraît plus dangereuse que l'amputation.

Nous la décrivons cependant pour les exercices d'amphithéâtre, et pour ceux de nos confrères qui ne partageront pas notre avis.

L'articulation huméro-cubito-radiale se reconnaît aux saillies de l'épitrôchlée *cc*, de l'épicondyle *bb*, et de l'olécrâne *e* (fig. 256 et 257), qui en constituent supérieurement les limites. Inférieurement, l'interligne articulaire se trouve: en dedans, à 0<sup>m</sup>,016 ou 0<sup>m</sup>,018 au-dessous de l'épitrôchlée, et en dehors, à 0<sup>m</sup>,008 à 0<sup>m</sup>,012



au-dessous de l'épicondyle; en avant, l'articulation radio-humérale est transversale *d* (fig. 256), tandis que la cubito-humérale *f* offre la saillie presque triangulaire du bec coronoïdien.

En arrière (fig. 257), l'articulation représente un *J*, dont le corps

est formé par l'olécrâne *e*, la branche transversale interne, la plus haute et la plus courte, répond au côté interne de l'apophyse coronoïde, et la branche transversale externe, plus étendue et moins élevée, suit la tête du radius *dd*.

Des ligaments latéraux très-forts, et principalement l'interne, appellent l'attention de l'opérateur, en raison des obstacles qu'ils opposent à la désarticulation; on doit conserver beaucoup de peau pour recouvrir les surfaces de l'extrémité inférieure de l'humérus, qui sont très-larges et fort épaisses.

*Procédés opératoires.* On applique à la désarticulation du coude toutes les méthodes d'amputation: à lambeaux, circulaire, ovulaire, elliptique.

*Lambeau antérieur.* Brasdor, un des premiers partisans des avantages de l'amputation du coude, la pratiquait ainsi:

Une incision demi-circulaire, à convexité inférieure, divisait les téguments de la moitié postérieure du membre à quelques millimètres au-dessous de l'olécrâne. Le chirurgien coupait le tendon du triceps et les ligaments latéraux, ouvrait largement l'articulation radio-humérale, et, glissant par ponction la pointe du couteau entre la face antérieure des os de l'avant-bras et les chairs, taillait de haut en bas un large lambeau de 0<sup>m</sup>,12 à 0<sup>m</sup>,15 de longueur, dont la base correspondait à l'articulation. Le lambeau relevé, il achevait l'opération en désarticulant le cubitus.

Sabatier a cité un autre procédé, décrit par Vacquier, dans le troisième volume des thèses, in-4<sup>o</sup>, de l'École de médecine, et dont on a attribué à tort l'invention à Dupuytren. Le lambeau antérieur est taillé de dehors en dedans et de bas en haut; on coupe la partie antérieure de la capsule, on incise les parties molles autour de l'olécrâne, et on scie cette apophyse pour la conserver. Ce procédé est peu favorable; mais si on enlève l'olécrâne, il donne une plaie régulière et facile à réunir.

Le procédé de Dupuytren, tel que l'ont publié les nouveaux éditeurs de Sabatier, est le suivant:

L'avant-bras étant au tiers fléchi, un couteau droit à double tranchant est enfoncé transversalement au devant de l'articulation de l'une à l'autre des tubérosités de l'humérus, et sert à tailler un grand lambeau antérieur soulevé, en avant, avec la main gauche. Ce lambeau relevé, la capsule articulaire et les ligaments latéraux sont divisés, et l'on termine l'opération soit en sciant l'olécrâne, soit en coupant le tendon qui s'y attache. C'est le procédé de Brasdor, avec d'insignifiantes modifications, et il ne vaut rien; la rétraction des chairs déterminant la saillie de l'humérus.

J'ai fait répéter dans mes cours un procédé très-facile dont la

plaie est peu étendue. Si j'opère sur le membre droit, je place l'avant-bras dans la demi-flexion, et, ayant reconnu les tubérosités humérales, je pratique à 0<sup>m</sup>,04 au-dessous d'elles, sur la face postérieure de l'avant-bras, une incision demi-circulaire à convexité inférieure, qui comprend un tiers de la circonférence du membre. La peau portée en haut par un aide, je coupe le tendon du muscle triceps brachial sur le sommet de l'olécrâne. Cette apophyse mise à nu, j'en suis le contour avec la pointe de l'instrument de manière à couper les ligaments postérieurs et latéraux, sans craindre de m'égarer, puisque je prends pour guide l'interligne articulaire, qui me conduit en dedans sur l'apophyse coronoïde, et en dehors, sur la tête du radius. Avant de chercher à luxer l'articulation, je fais descendre de l'extrémité externe de ma première incision une seconde incision verticale, longue d'environ 0<sup>m</sup>,06; je porte l'avant-bras, maintenu dans la flexion, en arrière et en dedans, et je le désarticule sans obstacle en divisant les portions de ligaments restées intactes. Il suffit alors d'engager à plein tranchant la lame du couteau au devant des os. On les contourne d'arrière en avant, et l'on termine l'opération en taillant un lambeau qui renferme les deux tiers des téguments de la circonférence antérieure du membre, et dans lequel on comprend peu de tissu musculaire, en faisant tirer fortement la peau en avant, au moment où l'on achève le lambeau.

Si l'on amputait le coude gauche, on ferait l'incision verticale au côté interne, et la désarticulation commencerait de ce côté.

En attaquant la face postérieure de l'article, on n'a pas à luxer l'olécrâne et à le détacher des téguments qui y adhèrent; temps de l'opération qui présente des difficultés réelles lorsqu'on commence par former le lambeau antérieur; on n'est pas exposé à méconnaître la position de la jointure, et l'on coupe les vaisseaux et les nerfs en terminant.

*Méthode circulaire.* Cornuau a décrit le procédé suivant:

L'opérateur, placé au côté externe du membre, saisit ce dernier avec la main gauche, applique le talon d'un couteau de moyenne grandeur à quatre travers de doigt au-dessous des condyles de l'humérus, et coupe circulairement du premier coup la peau et l'aponévrose antibrachiale. Les téguments relevés, l'opérateur reporte l'instrument au niveau de leur rétraction et coupe toutes les chairs jusqu'aux os.

Dans un deuxième temps, on termine la division des parties molles en incisant les tendons des muscles biceps et brachial antérieur, les ligaments, et l'on ouvre l'articulation.

Dans un troisième temps, on luxe les os en portant l'avant-bras en arrière, et, glissant le couteau à la partie postérieure de l'olé-

crâne, on atteint le tendon du muscle triceps brachial. On pourrait également laisser l'olécrâne en place, et en scier la base, si on le jugeait plus convenable.

*Procédé ovalaire.* Baudens le pratiquait ainsi:

« Le malade, placé sur une chaise un peu élevée, l'avant-bras du côté gauche placé dans la supination :

« 1<sup>o</sup> On trace avec une plume sur les téguments un ovale, commencé sur le bord antérieur du radius, à cinq travers de doigt au-dessous du pli de bras, et terminé un travers de doigt plus haut sur le bord postérieur du cubitus, afin d'avoir dans ce point moins de peau et un hiatus plus ouvert pour l'écoulement des liquides.

« 2<sup>o</sup> On incise les téguments en suivant la ligne tracée, et on les relève de 0<sup>m</sup>,03, en coupant les brides celluleuses.

« 3<sup>o</sup> On divise d'un seul coup jusqu'aux os toute la masse musculaire, que l'on attire immédiatement de la main gauche, le plus haut possible, pour déterminer un cône, à la base duquel on porte le couteau; on ouvre l'articulation huméro-radiale, et l'on achève ensuite de désarticuler le cubitus. »

M. Soupart fait un seul lambeau postérieur, commencé à 0<sup>m</sup>,02 au-dessous de l'épicondyle, et 0<sup>m</sup>,03 au-dessous de l'épitrachée. Ce chirurgien a indiqué, comme cause de la rétraction exagérée du lambeau antérieur, l'insertion, à l'aponévrose antibrachiale, d'une languette du tendon du biceps.

Quel que soit le procédé que l'on ait suivi, on fait la ligature des artères radiale, cubitale et récurrentes, et l'on réunit la plaie par quelques points de suture.

*Appréciation.* La méthode circulaire offre le grand avantage de fournir une plaie régulière, dont les téguments sont doublés de peu de muscles, et faciles à rapprocher et à maintenir réunis. Le procédé de Baudens offre à peu près les mêmes résultats, mais il est plus compliqué, et l'inclinaison de la plaie n'a pas d'avantages, bien qu'on ait cherché à en tirer parti pour obtenir un lambeau externe; la méthode à lambeaux est très-favorable, et, si le cas le permettait, et que l'opérateur eût le choix du procédé, on pourrait avoir recours à celui que nous avons proposé.

**Amputation du bras dans la continuité.** Le muscle biceps est le seul, aux deux tiers inférieurs du bras, qui n'offre pas d'adhérences à l'humérus, et, si on le coupait au niveau des autres muscles, la rétraction en serait très-forte et laisserait un creux considérable dans la plaie. Il est donc important de diviser ce muscle plus bas. Au tiers supérieur, l'humérus est entouré de muscles puissants, provenant du tronc et de l'omoplate, tels que