

se sont le plus spécialement occupés. Il en est résulté que la plupart des considérations générales que l'on fait encore valoir aujourd'hui pour ou contre les résections étudiées en elles-mêmes ou comparées aux amputations, ne s'appliquent réellement qu'aux résections pour cause de carie, ce qui méritait d'être signalé. La règle est de ne pratiquer ces opérations qu'autant que les membres ou la vie sont compromis.

*Cancer, spina-ventosa, tumeurs.* C'est particulièrement aux mâchoires supérieure et inférieure que les diverses formes du cancer osseux se manifestent et réclament des résections plus ou moins étendues. On est actuellement arrivé aux derniers termes de la hardiesse à cet égard, et l'on a enlevé la plus grande partie des os de la face et jusqu'à la totalité des deux maxillaires supérieurs et du maxillaire inférieur. Le cancer des os existe beaucoup plus rarement aux membres et exige habituellement l'amputation.

Les *fractures comminutives* réclament l'emploi de la résection dans plusieurs circonstances différentes. Tantôt on veut faciliter la réduction d'un fragment osseux qui a traversé les chairs et les téguments, et ne saurait être remis en place en raison de l'obliquité de la fracture, de la rétraction des muscles et de l'engorgement inflammatoire des parties environnantes; tantôt on enlève un fragment dénudé, contus, exposé depuis quelques jours à l'air et menacé de nécrose, ou l'on résèque une articulation brisée par un projectile. La règle, dans ces divers cas, est de débrider largement les plaies, de glisser une lame de carton ou tout autre corps résistant au-dessous de la portion d'os à détacher, et d'y appliquer un trait de scie, ou de se servir de la scie à chaîne, des ostéotomes, du ciseau, de la gouge et du maillet. On s'est demandé pourquoi il survenait, à la suite de ces opérations, tantôt un cal définitif, tantôt une pseudarthrose? La réponse nous paraît donnée par l'histoire des causes de la non-consolidation des fractures (voy. *Pseudarthroses*). On a également cherché à savoir de quelle manière se comblait l'intervalle laissé entre les fragments, lorsqu'un seul os de l'avant-bras ou de la jambe avait été réséqué. A. Cooper a fait connaître des expériences entreprises sur des lapins, dans lesquelles aucune reproduction osseuse n'avait eu lieu; mais il existe dans la science des faits opposés, et c'est dans le but de favoriser le rétablissement de la continuité de l'os que G. Fabrice, Ledran, Bagieu et beaucoup d'autres avaient conseillé de laisser des esquilles dans la plaie pour servir en quelque sorte de moule ou plutôt de filon au cal réparateur, conduite dont l'utilité paraît confirmée par nos propres expériences. Les fractures par armes à feu sont des causes bien autrement fréquentes de résection, surtout lorsqu'elles

ont leur siège aux membres supérieurs. Un grand nombre de malades ont guéri de résections de l'épaule, du coude, du poignet et de la main dans les conditions que nous signalons, et il vaut beaucoup mieux aussi réséquer les fragments osseux altérés et enlever les esquilles, pour une fracture des diaphyses de l'humérus ou des os de l'avant-bras, que de sacrifier inutilement un membre. On a vu les désordres les plus profonds, les plus étendus, ne pas empêcher la guérison, et nous avons été plusieurs fois témoin à l'armée de faits de cette nature.

*Luxations.* On a réséqué avec succès, dans le cas de luxations compliquées de l'issue d'une extrémité osseuse au travers des téguments, la tête de la première phalange du pouce, celle du cubitus, les extrémités inférieures réunies du radius et du cubitus, de l'extrémité inférieure de l'humérus etc.; et ce sont des exemples à suivre, alors même que l'artère principale et quelques gros troncs nerveux ont été rompus, si l'engorgement et l'inflammation des parties molles mettent un obstacle insurmontable à la réduction.

Les *amputations* les mieux faites ne sont pas toujours à l'abri de la conicité du moignon et de la saillie de l'os; une inflammation irritative, le spasme des muscles et les tremblements convulsifs prolongés peuvent occasionner cet accident. Faut-il, dans ce cas, détacher le périoste de la portion osseuse et la réséquer, ou en attendre ou en provoquer la nécrose? Le premier de ces procédés donne des guérisons rapides et expose à peu d'accidents.

La *nécrose* n'est pas en elle-même une cause de résection, mais réclame parfois cette opération, d'une manière au moins partielle, lorsqu'il est nécessaire de procéder à l'extraction d'un séquestre: on peut alors être obligé d'enlever, avec le trépan, la scie ou la gouge, une portion du nouvel os pour donner passage à l'os nécrosé.

Les *exostoses* s'offrent sous tant d'aspects différents qu'on a employé contre elles des procédés de résection assez nombreux. Si la tumeur est formée par un noyau cartilagineux, recouvert d'une coque osseuse (exostose médullaire, cartilagineuse), on peut se servir d'un fort scalpel et de la gouge; si la substance osseuse occupe au contraire le centre de la tumeur (exostose cartilagineuse périostale), on l'abat d'un coup de scie. Roux, voulant enlever une exostose styloïde développée au-dessous du deltoïde, la découvrit en formant une espèce de pont musculo-tégumentaire, par deux incisions parallèles, et l'emporta en conservant toutes les parties molles. M. Eug. Boeckel a agi de même pour une exostose cubitale (1868). Si la base de l'exostose est très-large, on y applique le trépan, ou plusieurs traits de scie croisés en divers sens, et l'on détache ensuite chacun des fragments.