

Les *corps étrangers* engagés dans l'épaisseur du squelette peuvent nécessiter la résection des parties osseuses en contact. Ainsi l'on comprend dans une couronne de trépan une tige métallique enfoncée dans les os du crâne ou dans une côte, et cassée au niveau de la surface osseuse de manière à ne laisser aucune prise au chirurgien. Une balle enclavée et impossible à extraire offre les mêmes indications. (Voy. *Pseudarthroses, Cal vicieux, Ankylose, Nécrose.*)

*Pronostic.* Les résections constituent généralement, et en raison même de leurs causes, des opérations longues, compliquées et difficiles. Les plaies en sont vastes, presque toujours exposées aux accidents des suppurations prolongées. Leurs dangers sont néanmoins moins redoutables que ceux des amputations, et avec la précaution d'éviter la rétention des liquides et l'étranglement, on est surpris de la facilité de leur guérison.

Les résections partielles de continuité sont nécessairement plus bénignes que les articulaires. Celles de la face sont les moins graves, puis celles du membre supérieur, et enfin celles du membre inférieur.

*Examen comparatif des diverses méthodes de résections.* Un certain nombre de méthodes échappent, par leurs indications spéciales, à toute appréciation comparative. Ainsi les *résections temporaires* ont une valeur relative aux cas particuliers où l'on peut y avoir recours (voy. ablation des polypes naso-pharyngiens, cancers de la langue). L'indication principale est de conserver des points de continuité assez larges et assez vasculaires avec les parties voisines pour assurer la vitalité des os, momentanément séparés, et suffire au travail ultérieur de leur consolidation.

Les *résections, partielles ou complètes, de continuité ou de contiguïté* offrent des conditions déterminées. Les *résections sous-capsulo périostées* n'ont pas encore reçu d'applications cliniques ou rentrent dans l'histoire des *résections articulaires*, ou des résections longitudinales avec évidence. Nous nous en occuperons plus loin. Les *ostéoplasties par transport de lambeaux de périoste* ne sont pas des résections, et appartiendraient à l'histoire de l'ouranoplastie et de la rhinoplastie, si elles n'étaient pas d'une nullité radicale. Restent donc à étudier les *résections simples*, les *résections sous-périostées* et l'*évidement des os*.

Les *résections simples*, partielles ou complètes, de continuité ou de contiguïté, sont bien connues et les seules dont on ait fait usage avant ces dernières années. L'expérience a prouvé que des portions de diaphyses ont été parfois reconstituées et que les membres ont recouvré leurs usages d'une manière plus ou moins parfaite.

Le tibia a été le siège le plus fréquent de ces succès, puis les os de l'avant-bras et le péroné. Dans ces cas, l'os congénère, intact, sert d'attelle, maintient la longueur du membre, et favorise le rétablissement de la continuité osseuse par un véritable cal.

Nous avons montré que la prolifération des cellules périostiques, étendues sous formes de bandelettes, de lamelles, d'arborisations d'un fragment à l'autre, jouait le principal rôle dans ce travail de consolidation auquel pouvaient également participer les cellules de la moelle et celles du tissu connectif environnant. Nous avons également démontré (voy. notre comm. à l'Acad. des sciences du 29 septembre 1864 et *Traité de l'évidement*) que l'os congénère acquérait des dimensions plus considérables qu'à l'état normal, qu'il pouvait doubler et tripler le volume et devenir capable de se substituer à l'os blessé, affaibli ou interrompu dans sa continuité, et en remplir les fonctions. Dans les résections articulaires, les os tendent à se mouler l'un sur l'autre et à reprendre leurs formes primitives et jusqu'à un certain point leur mobilité sous l'influence de l'action des muscles que l'on est parvenu à conserver. Les jetées osseuses, provenant du périoste, sont plus nuisibles qu'utiles, par les obstacles qu'elles apportent au rétablissement des mouvements et par les ankyloses, vraies ou fausses, dont elles deviennent trop souvent la cause.

Il est cependant plus fréquent de voir les os réséqués dans leurs continuité se réunir par contact direct et sans reproduction intermédiaire. L'os congénère se courbe, se fracture, ou se luxé, comme MM. E. Boeckel, Radat etc. en ont cité des exemples, confirmatifs de ceux que nous avons publiés, ou bien le cal ne se fait pas et est remplacé par du tissu fibreux.

Les *résections sous-périostées* ont pour but la reproduction de nouveaux os, et il serait d'un incomparable avantage de pouvoir remplacer ainsi des os malades par des os sains. Malheureusement on ne paraît, jusqu'ici, avoir réalisé ce résultat que dans des cas de nécrose, où de nouveaux os se reproduisent spontanément, et où les résections sous-périostées ont le grave inconvénient d'enlever les couches osseuses de nouvelle formation, en même temps que les séquestres, et compromettent non-seulement la régénération régulière de l'os, mais encore les membres et la vie. Les observations de MM. Larghi, Borelli, Aubert de Maçon, Giraldès, Kreuz y Manso, suivies de succès, ont toutes été pratiquées dans des cas de nécrose, avec ostéite, et l'extraction des séquestres aurait été moins grave, plus rationnelle et d'une réussite plus assurée. N'est-il pas complètement illogique d'enlever un os en partie reformé sous le prétexte de le mieux reproduire, et n'est-il pas préférable de le