

rement de manière à représenter un V majuscule, et extirpait ce lambeau tégumentaire et deltoïdien. L'ablation des parties molles a été justement blâmée par tous les chirurgiens, et Gouraud a modifié heureusement l'opération en se bornant à faire relever, sans l'exciser, un large lambeau deltoïdien en V (fig. 341).

Morel fit au devant de l'épaule une incision semi-lunaire à convexité inférieure, procédé peu différent de celui de Manne modifié comme nous l'avons indiqué.

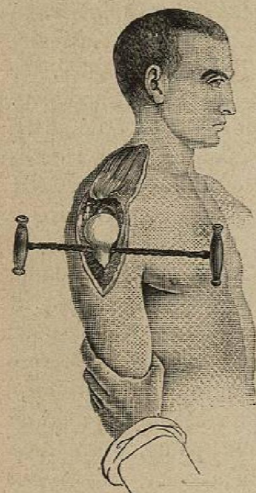


Fig. 341.

Sur un blessé, dont la tête de l'humérus avait été fracturée par une balle, entrée dans l'intervalle des muscles grand pectoral et deltoïde, Baudens agrandit la plaie en suivant le trajet de la veine céphalique, et divisa en haut et transversalement quelques faisceaux musculaires, sans intéresser les téguments.

Robert conseillait de faire partir l'incision du bord antérieur de la clavicule, à deux travers de doigt environ de l'articulation acromio-claviculaire, et de la continuer en bas dans l'intervalle des apophyses acromion et coracoïde, puis dans l'épaisseur des fibres du deltoïde. Le ligament capsulaire divisé, dans ce premier temps de l'opération, jusqu'au près de la

clavité glénoïde, l'on aperçoit la tête de l'humérus, mise à découvert plus haut que dans les procédés précédents.

*Résections longitudinales.* Toutes mes expériences sur les animaux ont prouvé l'avantage d'enlever seulement, quand c'est possible, la moitié et plus de l'épaisseur de la tête, du col et d'une portion de la diaphyse de l'humérus. L'os se reforme en grande partie, l'articulation se rétablit sans ankylose et les mouvements sont mieux conservés. Ces résultats sont assez importants pour engager les chirurgiens à essayer sur l'homme des opérations semblables.

Guthrie extirpait la capsule articulaire, dans la crainte peu fondée que le tissu fibreux dont elle est composée ne mit obstacle à la réunion. Roux a ruginé l'extrémité humérale de manière à l'arrondir et à moins irriter les parties voisines.

Le pansement consiste à maintenir le membre dans l'immobilité en fixant le coude contre le tronc sur un coussin interposé, et à favoriser avec le plus grand soin l'écoulement du pus, habituellement gêné par le rapprochement des fibres du deltoïde.

En laissant l'incision béante, par interposition d'une mèche de charpie et d'un drain volumineux, on prévient les collections purulentes sous-pectorales et les accidents de pyohémie, dont les exemples ont été fréquents.

Sous ce rapport nous ne pouvons qu'approuver les idées de M. Bœckel (voy. *Aisselle*, *Dictionn. de méd. prat.*), conformes aux principes généraux que nous avons établis.

*Appréciation.* Les résections scapulo-humérales, bornées à l'extrémité du bras, ou étendues à l'acromion, l'apophyse coracoïde, une portion de la clavicule ou de la cavité glénoïde, sont nécessairement modifiées dans leurs procédés d'exécution par la nature, le siège et l'étendue des lésions.

On agrandit les plaies, en les prolongeant dans la direction de l'articulation et des pièces osseuses altérées, et le chirurgien obéit aux indications. Toutefois, si nous voulons comparer les nombreux procédés que nous avons exposés et que nous eussions pu multiplier, il nous sera assez facile de les juger, en nous rapportant aux règles générales déjà posées.

Nous avons dit qu'après l'opération, l'extrémité supérieure de l'humérus n'est pas habituellement ramenée au contact de la cavité glénoïde et qu'elle conserve plus tard peu de mobilité volontaire. Ces effets dépendent de la hauteur à laquelle la résection a été pratiquée; car, dans un cas publié par Chaussier, une masse osseuse conique avait consécutivement rempli la cavité glénoïde et avait fini par contracter des rapports avec l'extrémité légèrement excavée de l'humérus, qui formait une nouvelle articulation douée d'une grande liberté de mouvements. Dans quelques autres cas, l'extrémité de l'humérus était venue s'articuler avec l'apophyse coracoïde. J'ai expliqué au chapitre de *Ostéogénie*, p. 514, comment et à quel degré se régénèrent les extrémités osseuses. Habituellement, et par défaut d'un point d'appui suffisant du bras sur la cavité glénoïde, le deltoïde a perdu la faculté d'élever le membre, qui est seulement un peu écarté en dehors par ce muscle, et porté légèrement en avant et en arrière par le grand pectoral et le grand dorsal. Il est dès lors évident que la conservation des parties molles qui entourent la tête de l'humérus est la condition la plus favorable au rétablissement de la mobilité, et les procédés qui les assurent sont les meilleurs. Sous ce rapport, les incisions parallèles aux fibres du deltoïde paraissent préférables à celles dans lesquelles des portions de ce muscle sont coupées perpendiculairement, et la simple incision longitudinale de White, prolongée selon les indications, doit être particulièrement recommandée; les deux lambeaux triangulaires que Bent y ajoute supérieurement permettent



d'étendre la résection au scapulum. La modification apportée par Baudens au procédé de White, parfaitement convenable dans le cas particulier où elle fut réclamée par le siège de la blessure, restera exceptionnelle. On attaque, il est vrai, l'article plus en avant et en dedans, et on facilite l'opération, mais il faut séparer les muscles grand pectoral et deltoïde, couper la veine céphalique, et se rapprocher beaucoup des vaisseaux et des nerfs axillaires. Quant à la section sous-cutanée des fibres musculaires, qui brideraient la plaie et gêneraient le chirurgien, elle mériterait d'être répétée.

L'incision prolongée jusqu'à la clavicule, par Robert, permet de découvrir plus rapidement la tête humérale et de glisser, à l'exemple de Larrey, sous le ligament capsulaire, un bistouri boutoné servant à couper les tendons des muscles articulaires; mais l'interval acromio-coracoïdien est trop étroit pour qu'on y fasse manœuvrer les instruments; l'humérus ne peut y être engagé et doit être luxé plus bas, de sorte que la plus grande longueur de la plaie n'est peut-être pas suffisamment justifiée.

**Résection du coude.** La résection de l'articulation huméro-cubitale a été pratiquée un grand nombre de fois et avec les résultats les plus heureux. L'artère humérale et les nerfs médian et radial sont assez facilement ménagés, et le nerf cubital peut être conservé avec ou sans la gaine fibreuse dans laquelle il est contenu entre l'olécrâne et l'épitrôchlée.

S'il existe une plaie extérieure, comme dans un cas de résection de la poulie humérale, exécutée avec succès par Wainmann pour une luxation compliquée du coude ou à la suite de plaies d'armes à feu, seules causes, selon Larrey et Gouraud, qui réclameraient cette opération, on se borne à agrandir la plaie existante; mais si l'on pratique la résection pour des maladies chroniques, comme Moreau père et fils, Percy, Roux, Textor, Syme et tant d'autres l'ont tenté, il faut alors attaquer l'article en arrière, et se rappeler que l'humérus est emboîté entre l'olécrâne et l'apophyse coronoïde, et ne peut en être dégagé qu'après la section du tendon du triceps brachial et des ligaments latéraux (voy. fig. 256, 257 et *Amputation du coude*). On incise ces derniers assez aisément sur le contour de l'olécrâne, et l'on en achève la division en avant, en suivant les rebords articulaires, qui sont successivement mis à nu et guident la main de l'opérateur. Si les trois os du coude devaient être enlevés, il serait possible, à la rigueur, comme le veut M. Syme, de ne pas ouvrir l'articulation, mais ce serait se créer inutilement de très-grands obstacles.

Une seule incision longitudinale permet à Park de couper le

tendon du triceps et les ligaments latéraux, de scier l'olécrâne, de faire saillir l'humérus en arrière et de le détacher des chairs environnantes, pour le diviser à 0<sup>m</sup>,06 au-dessus de l'articulation. M. Syme paraît avoir appliqué une fois, sur le vivant, ce procédé, et de nos jours M. Langenbeck a de nouveau voulu en faire une règle générale; mais il présente trop de difficultés pour être adopté. Park, au reste, avait reconnu en partie la justesse de ce jugement, car il proposa, dans sa lettre à Pott, de convertir l'incision longitudinale en incision cruciale, dans le cas où l'articulation serait malade ou gonflée.

M. Chassaignac a conseillé de porter l'incision longitudinale postérieure un peu en dehors vers l'intervalle qui sépare le radius du cubitus.

Liston l'a placée en dedans, au côté externe du nerf cubital.

On a fait tomber une petite incision transversale sur chacune des extrémités de l'incision longitudinale de Park.

Thore fit partir de l'incision verticale une incision transversale externe au niveau de l'interligne articulaire.

Moreau, qui le premier exécuta en 1782 la résection du coude pour une carie articulaire, fit deux incisions longitudinales sur les côtés de l'articulation, à 0<sup>m</sup>,06 au-dessus des condyles, et les réunit par une troisième incision transversale *e*, pratiquée au niveau du sommet de l'olécrâne (fig. 342); le tendon du triceps brachial divisé, il détacha de bas en haut le large lambeau quadrilatère *d* qu'il avait formé et découvrit la face postérieure de l'humérus. La pointe d'un bistouri fut alors dirigée sur le contour antérieur de l'os, de manière à le mettre à nu dans la hauteur de quelques millimètres et à pouvoir engager une petite lame de bois flexible entre les chairs et l'os, qui fut scié. Le fragment osseux *a*, renversé en arrière, fut

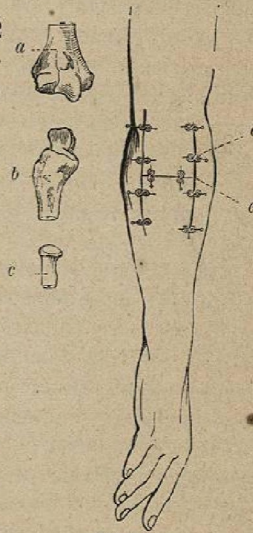


Fig. 342.

séparé sans difficulté du muscle brachial antérieur, et la section des ligaments et des insertions musculaires de l'épitrôchlée et de l'épicondyle permit de l'enlever. Si les extrémités supérieures du cubitus *b* et du radius *c* étaient malades, on prolongerait les incisions longitudinales, de manière à former un second lambeau quadrilatère; on le disséquait de haut en bas, et