

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'intervalles 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 permit 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

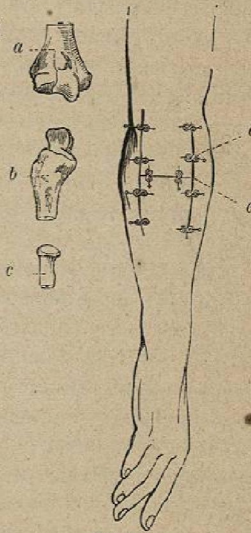


Fig. 342.

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