

la résection de l'extrémité supérieure des os de l'avant bras s'exécuterait comme celle de l'humérus.

Dupuytren a modifié ce procédé en sciant d'abord comme Park le sommet de l'olécrâne et en dégageant ensuite le nerf cubital, ainsi que Jeffray l'avait conseillé.

On peut se dispenser de la section de l'olécrâne, et imiter la conduite de Moreau, en adoptant la précaution de ménager le nerf cubital.

Textor père tailla un petit lambeau triangulaire à large base inférieure dont le sommet était placé au-dessus de l'extrémité de l'olécrâne.

C'est au procédé de Moreau que Jæger a donné la préférence en disséquant dès l'abord, comme nous le faisons, le nerf cubital.

Dans le cas où l'on ne devrait enlever que l'extrémité inférieure de l'humérus, atteinte d'une lésion traumatique, on pourrait avoir recours au procédé suivant, qui donne un fort beau résultat :

On pratique, à la face postérieure de l'humérus, une incision à convexité supérieure qui tombe sur le sommet de l'olécrâne. Le bras restant fléchi à angle droit, on coupe successivement le tendon du triceps brachial et les ligaments latéraux, en suivant le contour de l'olécrâne, dont on détache le nerf cubital, et on luxe aisément l'humérus en arrière, lorsque les liens ligamenteux et les attaches musculaires de l'épicondyle et de l'épitrochlée ont été complètement incisés. Rien de plus facile ensuite que de dénuder la face antérieure de l'humérus jusqu'au point où l'on doit porter la scie.

Le pansement consiste à placer l'avant-bras, légèrement ployé, contre l'extrémité de l'humérus comprise et soutenue entre l'olécrâne en arrière, et l'apophyse coronoïde en bas.

Si la résection s'étendait à toute l'articulation huméro-cubitale, on pratiquerait, transversalement sur la face postérieure du coude, deux incisions semi-lunaires circonscrivant l'olécrâne entre elles. L'articulation ouverte, comme dans le procédé précédent, on scie la poulie humérale un peu obliquement d'arrière en avant et de bas en haut, puis les extrémités supérieures du cubitus et du radius obliquement aussi, mais en sens contraire, et en commençant par le radius, qui est le plus mobile, et l'on enlève avec les os le lambeau cutané compris entre les deux incisions. Lorsque l'avant-bras a été fléchi à angle droit, les extrémités osseuses se rencontrent par des surfaces unies et régulièrement opposées. Ces précautions ne sont pas, au reste, d'une bien grande importance dès qu'on se propose de conserver à la jointure sa mobilité, et l'on

peut confier à la rencontre et à la pression réciproque des os le rétablissement des surfaces articulaires.

Manne enlevait également une portion des téguments de la face postérieure du coude au moyen de quatre incisions : les deux premières semi-lunaires et transversales, et les deux autres latérales ; on pourrait imiter cet exemple dans les résections étendues à une grande hauteur des os.

J'ai vu Roux exécuter une résection de l'extrémité des trois os du coude, en divisant les parties molles par une incision en \equiv , dont une des branches transversales coupait à angle droit la direction de l'olécrâne, et dont l'autre, verticale, placée au côté interne du coude, servit à former deux lambeaux triangulaires, dont la dissection découvrit les faces latérales interne et postérieure de l'article.

L'opération terminée et les ligatures faites, on met les os en contact lorsque la perte de substance n'a pas été considérable, et on pratique quelques points de suture, en ayant soin de laisser une libre issue à l'écoulement du sang, de la sanie et du pus, et de maintenir l'avant-bras dans une parfaite immobilité. Les différents bandages à dix-huit chefs ou de Scultet ne pourraient remplir cette indication : il est avantageux de fixer le membre au moyen d'une gouttière de fer-blanc ou de carton convenablement disposée, dont les côtés articulés en charnières se renversent à volonté pour les pansements qui n'exigent aucun changement dans la situation du membre blessé.

La guérison est en général fort longue à obtenir. Les mouvements de l'avant-bras sur le bras se rétablissent ordinairement et la main est conservée. D'autres fois cependant, et malgré le traitement le mieux dirigé, la guérison se fait par ankylose. Ce résultat est surtout à craindre chez les jeunes sujets, où une végétation osseuse exubérante entoure les extrémités et les réunit ; on l'a observé une fois sur trente après les résections totales. Les résections partielles y sont beaucoup plus exposées : une fois sur six. Quand on prévoit cette terminaison, il faut chercher à placer l'avant-bras au moins à angle droit sur le bras ; dans cette situation, le membre reste très-utile. Dans le cas contraire, il faudrait pratiquer une nouvelle résection. L'excision du périoste nous paraît sans influence pour prévenir ces ankyloses. Toutes les portions de cette membrane, conservées dans la plaie, perdent par la suppuration leur propriété ostéogénique, et des mouvements répétés préviennent mieux l'ossification.

Les résections du coude que j'ai eu l'occasion de pratiquer, et les faits dont j'ai été témoin, m'ont convaincu que cette opération