

V. — RÉSECTIONS ARTICULAIRES DES MEMBRES.

Par résection articulaire, nous entendons l'ablation faite suivant les règles des parties constituantes d'une articulation en ménageant les tissus environnants.

Dans les affections tuberculeuses, ainsi que dans les lésions graves des grandes articulations, il convient d'employer les résections comme procédés de conservation à la place des amputations. On comprend que la résection soit sous ce rapport d'une importance capitale aussi bien dans la chirurgie de paix que dans la chirurgie de guerre. On choisit les méthodes de telle façon que la réparation des parties enlevées par l'opération soit le plus possible assurée.

Langenbeck a, dans ce sens, créé pour toutes les articulations, des méthodes opératoires dans lesquelles on laisse la capsule articulaire en connexion avec le périoste dont le pouvoir ostéoplastique est de notion expérimentale courante (résection sous-périostique). Les résections de *Langenbeck* sont, aujourd'hui encore, celles qui sont le plus souvent utilisées dans les résections.

L'introduction de l'antisepsie, ainsi que la connaissance plus exacte de la nature et de la marche du processus tuberculeux dans les articulations, ont modifié totalement nos considérations sur cette opération. L'antisepsie nous permet d'assurer la guérison de lésions articulaires qui semblaient autrefois des indications nettes d'amputation, en employant des méthodes conservatrices, même sans résection.

D'après la nature du processus tuberculeux, sa propagation dans les articulations, il est facile de concevoir qu'il est inadmissible de procéder dans chaque cas de la même façon pour enlever les os qui constituent l'articulation, alors qu'on respecte la capsule. De même qu'on n'extirpe pas toujours de la même façon une tumeur, de même aujourd'hui on ne peut pas toujours procéder d'une façon typique pour la résection d'une articulation tuberculeuse.

Cependant, nous pratiquons toujours sur le cadavre l'ouverture d'une articulation d'une façon typique, parce que nous apprenons ainsi les méthodes qui nous permettent d'ouvrir l'articulation avec le plus de ménagements possible, et d'aborder les parties constituantes de l'article ainsi que toute la surface synoviale de la capsule dans toute leur étendue. Nous faisons ainsi en quelque sorte une opération préliminaire, à laquelle nous avons recours en clinique, quand le cas correspondant se présente, pour extirper les productions de nature tuberculeuse. On ouvre largement la capsule (*arthrotomie*), on met à nu la synoviale dans toute son étendue, puis on procède suivant l'extension du processus morbide à l'extirpation de la synoviale (*arthrectomie synoviale*), à l'évidement des foyers osseux malades mis à découvert à l'aide du ciseau et du maillet, ou encore à la résection des extrémités articulaires (*arthrectomie osseuse*).

En cas de degré avancé de la maladie, on scie les os. Dans certaines articulations, il faut d'abord scier l'une des extrémités osseuses qui constituent l'articulation, afin de pouvoir accéder facilement à l'articulation dans toute son étendue et y procéder aux interventions nécessaires. (Articulation de la hanche.)

Indications :

1) *Blessures*. Destructures compliquées des extrémités articulaires, en particulier quand d'importantes parties osseuses sont fragmentées.

2) *Tuberculose articulaire*. — Quand les méthodes conservatrices telles que : immobilisation de l'articulation, cure à l'iodoforme, légères interventions locales, ont échoué.

3) *Difformités articulaires*. — Contractures, ankyloses, donnant lieu à des changements de forme irréparables.

4) *Luxations* irréductibles et donnant lieu à une gêne fonctionnelle pénible.

5) *Processus inflammatoires aigus des os*. — Ostéomyélite avec décollement épiphysaire et suppuration de l'articulation lésée.

6) *Articulations de polichinelle* qui doivent être ankylosées par l'opération (*arthrodèse*).

Faites les incisions avec des couteaux courts et solides à travers les parties molles jusqu'à l'os. Ouvrez la capsule; détachez-la ensuite de l'os avec le périoste qui lui adhère; puis sciez l'os.

Les sections à travers les parties molles sont faites de façon à éviter autant que possible la division transversale des muscles, tendons, gros nerfs et gros vaisseaux. Les incisions de Langenbeck pour résection sont la plupart du temps parallèles à l'axe longitudinal du membre.

On fend ensuite largement la capsule dans la direction de l'incision cutanée. Pendant qu'on écarte la plaie capsulaire avec des crochets, l'opérateur, par des traits de couteau très serrés et en tenant son couteau toujours perpendiculairement à l'os, désinsère la capsule avec son périoste.

Les os sont attirés hors de la plaie, puis sectionnés à l'aide de la scie, soit à arc, soit à chaîne.

La direction des surfaces de section varie avec les différentes articulations.

Pour corriger des déformations angulaires, suite de contractures, il faut pratiquer une excision osseuse en forme de coin. Au lieu de celle-ci, on peut employer la *résection en arc* (Helferich), méthode qui donne lieu à un moindre raccourcissement.

Une fois la résection des os pratiquée, on adapte l'une contre l'autre les surfaces de section à l'aide de clous, de crochets, ou encore sans appareil spécial, sous un pansement. Puis on suture la capsule, les muscles et la peau. En laissant en place des drains, ou en pratiquant des contre-ouvertures de drainage, on permet aux sécrétions éventuelles de s'écouler en dehors.

Résections articulaires du membre supérieur

RÉSECTION DE L'ÉPAULE D'APRÈS LANGENBECK.

Le patient est assis sur la table d'opération de façon que l'épaule dépasse légèrement le bord de la table.

L'opérateur est tourné vers l'épaule du côté du tronc. Il saisit de la main gauche le milieu du bras, qu'il laisse pendre naturellement, et il enfonce dans le triangle acromio-coracoïdien le couteau à résection en le tenant presque verticalement (fig. 111). On incise jusque sur la capsule en suivant la direction du bras, coupant à travers le deltoïde jusqu'au niveau de son insertion humérale (fig. 118). L'extrémité supérieure de l'incision a divisé transversalement le ligament acromio-coracoïdien.

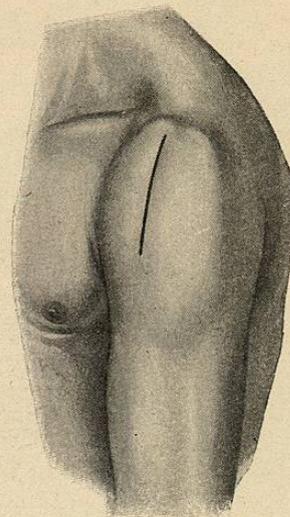


Fig. 118. — Résection de l'épaule. Incision longitudinale.

Si l'on écarte les bords de la plaie avec un crochet, on voit la partie latérale de la capsule qui est mise à nu. En imprimant au bras un léger mouvement de rotation en dehors, on amène au niveau de la plaie les deux tubérosités de l'humérus, ainsi que le sillon qui les sépare. C'est au niveau de ce sillon qu'on incise la capsule, on la fend sur la sonde cannelée depuis le rebord de la cavité glénoïde en haut jusqu'au col chirurgical de l'humérus

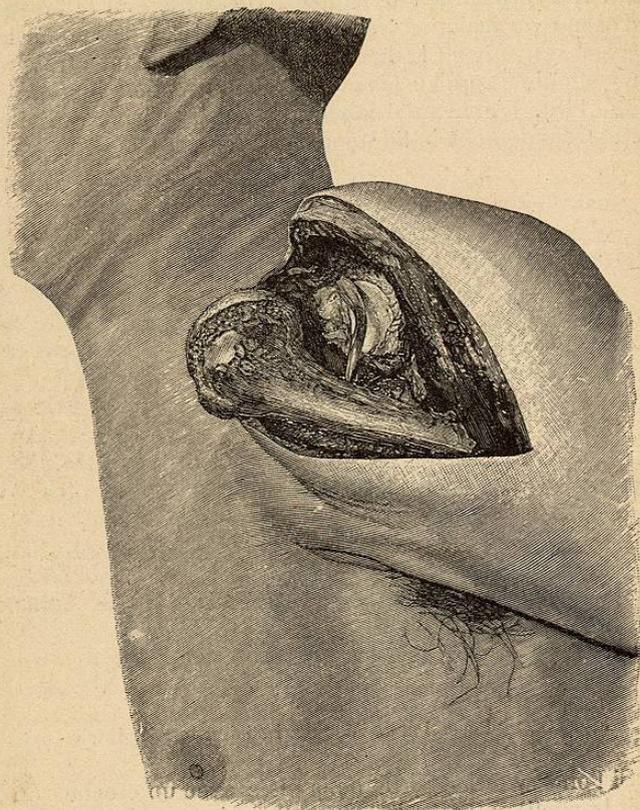


Fig. 119. — La tête humérale est extraite de la plaie après libération du périoste pour être sciée.

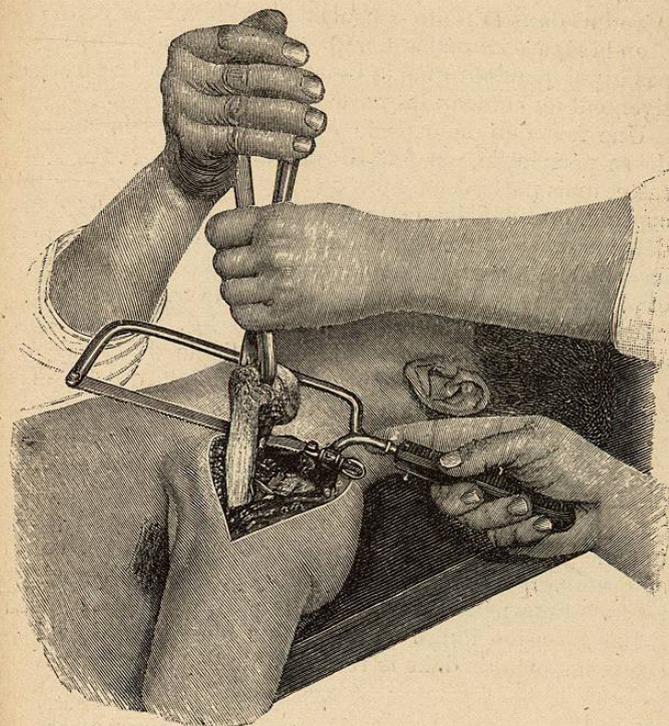


Fig. 120. — La tête humérale est sciée. On la maintient immobile à l'aide de la pince de Langenbeck.

en bas. A l'aide d'un crochet mousse, on soulève de son lit le tendon bicipital ainsi dénudé, puis on l'attire par-dessus la tête de l'os du côté interne. Ensuite, partant de l'incision capsulaire faite pour dénuder le tendon bicipital, on sépare la capsule de l'os. A l'aide d'un crochet introduit dans la fente capsulaire, on soulève la capsule et on la sépare immédiatement de l'os. L'opérateur avance pas à pas pendant que le bras tourné présente successivement au couteau les parties qu'il doit couper.

Une fois que la capsule est libérée dans la moitié de sa périphérie, on fait de même pour la partie qui reste, mais partant toujours de la première incision de la capsule, on se dirige cette fois dans le sens opposé. On détache ainsi de l'os, en même temps que la capsule, les insertions des muscles de l'épaule qui lui sont unies (sus-et sous-épineux, sous-scapulaire). La tête humérale ainsi mise à nu est attirée hors de la plaie (fig. 119) et sciée au niveau du col chirurgical, soit à l'aide de la scie à chaîne, soit avec la scie à arc, pendant qu'elle est maintenue immobile à l'aide de la pince de Langenbeck (fig. 120).

En opérant ainsi, on a conservé intact le tendon bicipital.

Quand la tête humérale est enlevée, la cavité glénoïde, ainsi que tout l'intérieur de la capsule, sont suffisamment mis à nu pour qu'on y puisse pratiquer les interventions nécessaires.

Par l'incision longitudinale, on ne blesse pas de vaisseaux importants dans la résection de l'épaule.

RÉSECTION DU COUDE AVEC INCISION LONGITUDINALE DORSALE (Langenbeck).

Le coude, fléchi à angle droit, repose sur le thorax, de façon que son côté dorsal regarde en haut et soit aisément accessible. L'opérateur se place du côté du thorax correspondant au membre sain.

On incise sur le côté dorsal du coude à travers l'extrémité inférieure du triceps en passant sur l'olé-

crâne (fig. 122). Langenbeck rapproche l'incision longitudinale du bord interne de l'olécrâne, Chassaignac, au contraire, la rapproche du bord externe; cependant, on peut très bien faire cette incision sur la ligne médiane (Park) (1).

On incise à travers le triceps immédiatement jusqu'à l'os, puis, faisant écarter fortement les deux bords de la plaie musculaire, on voit la paroi postérieure de la capsule articulaire faire saillie; on la fend dans la direction de l'incision cutanée. Avec quelques traits de couteau dirigés perpendiculairement à l'os, on détache le tendon tricipital immédiatement de l'olécrâne sur lequel il s'insère. En même temps, il faut enlever avec le périoste les muscles qui s'insèrent sur la partie dorsale de l'extrémité supérieure du cubitus. En dehors, on arrive immédiatement sur l'*eminentia capitata* (condyle huméral) et la tête du radius. Il faut alors détacher de l'os le ligament latéral très résistant.

De même sur le côté interne, on commence par détacher le tendon tricipital de l'olécrâne, en même temps qu'on détache de l'extrémité supérieure du cubitus les muscles qui s'y insèrent. Fléchissant plus avant l'avant-bras sur le bras, on attire en dedans et vers la face antérieure du bras le bord libre de la plaie: l'épitrôchlée se présente dans le champ opératoire. Il faut dès maintenant aussi procéder à la désinsertion des muscles qui s'attachent à cette apophyse (rond pronateur, fléchisseurs de la main et des doigts). Pour ne pas blesser le nerf cubital qui a été déplacé de sa loge derrière l'épitrôchlée, on désinsère les muscles épitrôchléens en donnant des traits de couteau en arc de cercles très rapprochés commençant au niveau de l'épitrôchlée pour se continuer jusqu'à la base de cet os (fig. 121).

(1) [C'est l'incision que préfère M. Farabeuf, incision dans le prolongement de la crête cubitale. « Elle fend le tendon tricipital et partage la surface sous-cutanée de l'olécrâne en deux parties égales. Elle est donc sensiblement à égale distance des deux sommets de l'épitrôchlée et de l'épicondyle qu'il s'agit de contourner. » (Farabeuf.)]

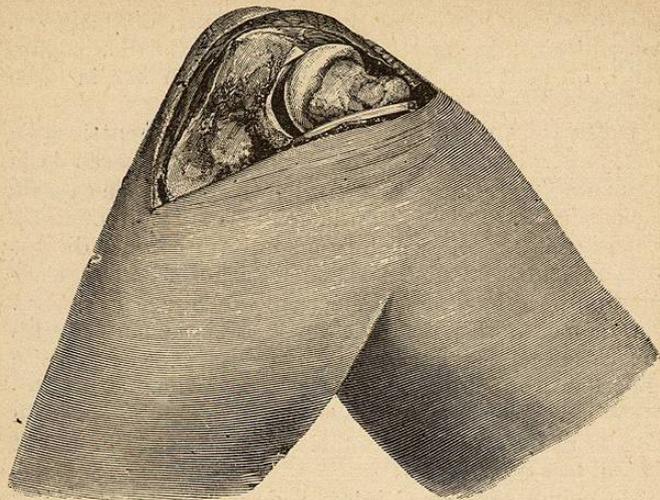


Fig. 121. — Résection du coude. Mise à nu de l'articulation sur son côté interne. On voit l'olécrâne et l'extrémité interne de la trochlée. Le nerf cubital a glissé par-dessus le sommet de l'épitrôchlée par suite de la rétraction du bord de la plaie.

En opérant de cette façon, le nerf ne se trouve jamais à proximité du couteau. En continuant, on met à nu le bord interne de la trochlée et de la cavité sigmoïde du cubitus. Une fois la capsule libérée jusqu'au delà de l'insertion des ligaments latéraux, on peut faire saillir hors de la plaie les extrémités articulaires de l'humérus et des os de l'avant-bras (fig. 125).

On saisit alors l'os avec la pince de Langenbeck, puis on scie l'humérus au-dessus de la trochlée, les os de l'avant-bras au niveau de la tête radiale et de l'apophyse coronoïde.

Dans la description de cette opération, j'ai suivi la méthode employée sur le cadavre. Dans la pratique, il faut faire subir à cette façon d'opérer quelques modifications; ainsi, l'on comprendra facilement qu'il n'y a pas

Tracé des incisions pour résection du coude.

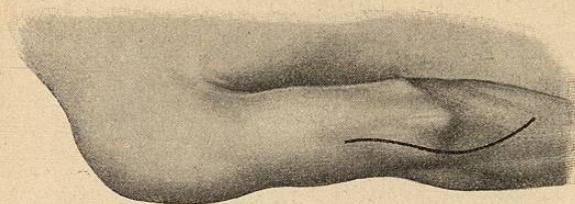


Fig. 124. — Incision radiale en hameçon, d'après Kocher.

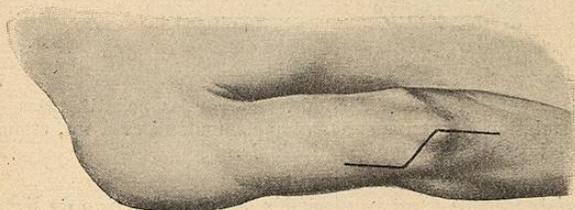


Fig. 123. — Incision en forme de baïonnette, d'après Ollier.

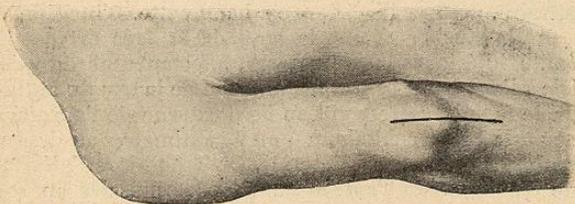


Fig. 122. — Incision longitudinale, d'après Langenbeck.

à désarticuler ni à scier isolément les os quand il s'agit d'opérer pour une ankylose de l'articulation.

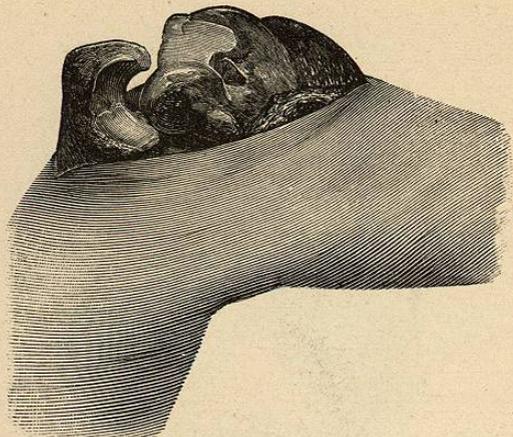


Fig. 125. — Résection du coude. Les parties constituant de l'articulation du coude sont complètement mises à nu, et font saillie hors de l'incision longitudinale.

Il existe encore d'autres procédés pour la résection de l'articulation du coude: on fait une incision de chaque côté de l'articulation (Vogt, Hueter), une incision en H (Moreau); dans ce dernier procédé, l'incision transversale tranche le tendon tricipital au-dessus de son insertion. Szymanowsky et Bruns font une incision transversale à la face dorsale du coude et scient temporairement l'olécrâne en travers. Ollier, au contraire, préfère l'incision en baïonnette. L'incision en hameçon de Kocher s'étend le long de la face externe de l'extrémité inférieure de l'humérus, affectant une direction parallèle à l'axe de cet os jusqu'au niveau de la tête du radius; à partir de là, elle correspond au bord externe de l'anconé et va jusqu'à la crête cubitale, à 4 ou 6 centimètres au-dessous de la pointe de l'olécrâne (fig. 124). On fend alors l'olécrâne avec le ciseau et on l'enlève ou bien les muscles en sont désinsérés. Kocher scie les os par un trait en arc.

RÉSECTION DU POIGNET.

Incision dorso-radiale d'après Langenbeck. — Incision cutanée à la face dorsale partant du milieu du bord interne du deuxième métacarpien et allant jusqu'au niveau de l'extrémité inférieure du radius (fig. 126).

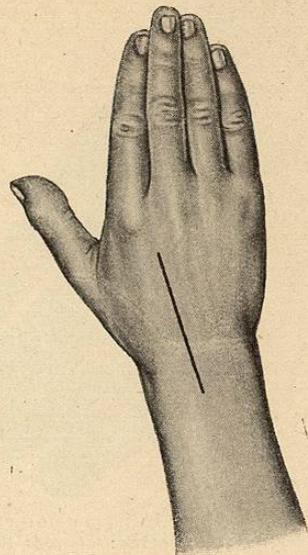


Fig. 126. — Résection du poignet. Incision dorso-radiale de Langenbeck.

On va plus profondément entre les tendons de l'extenseur commun des doigts et le long extenseur du pouce et on fend le ligament transverse dorsal du carpe. On détache ensuite de leurs insertions à la base des métacarpiens les muscles radiaux externes et on ouvre l'articulation radio-carpienne. Avec le couteau ou la rugine tranchante, on détache la capsule de la face dorsale des

os du carpe : les petites articulations sont ouvertes, et les os du carpe extirpés isolément (fig. 127).

L'incision dorso-cubitale (Lister), pour la résection de l'articulation du poignet, part du milieu du cinquième méta-



Fig. 127. — Résection du poignet. Incision dorso-radiale. Les tendons des extenseurs ont été écartés; on voit l'extrémité inférieure du radius et les deux rangées des os du carpe.

carpien; la main, étant légèrement fléchie sur le côté radial, passe sur le milieu de l'articulation du poignet et s'étend jusqu'à l'épiphyse radiale. On fend alors le ligament transverse dorsal du carpe, et l'on attire en dehors les tendons des extenseurs pour pouvoir aborder l'articulation. Il faut avoir soin d'enlever de la base du cinquième métacarpien le tendon du cubital postérieur, et dès lors on peut désinsérer la capsule en partant du cubitus : on met ainsi à nu les os du carpe et on les extirpe isolément.

Si par hasard l'on était obligé d'enlever aussi l'épiphyse radiale, on la ferait saillir hors la plaie, on la saisirait avec la pince de Langenbeck au niveau de l'apophyse styloïde et on la scierait transversalement.

Méthodes pour la résection du poignet : incision bilatérale sur les côtés de l'articulation du poignet (1), incision en H de Gritty. L'incision transversale sur le dos de la main divise les tendons.

RÉSECTION DES DOIGTS.

On fait la *résection des articulations métacarpo-phalangiennes* du pouce, du deuxième et du cinquième doigt, ainsi que celles des articulations interphalangiennes, en pratiquant une incision externe, qui laisse indemnes les tendons fléchisseurs comme les extenseurs. L'incision ouvre l'articulation latéralement. On désinsère de l'os les attaches capsulaires sur la face postérieure et sur l'antérieure; on fait saillir hors de la plaie les extrémités articulaires et on les scie. Une fois les os enlevés, la surface synoviale de la capsule est entièrement mise à nu. On ne peut aborder l'articulation métacarpo-phalangiennne du pouce qu'après l'ablation des muscles thénariens.

Les articulations métacarpo-phalangiennes des troisième et quatrième doigts seront mises à nu par des incisions longitudinales dorsales; l'ouverture de l'article et l'ablation des extrémités articulaires se font comme d'habitude.

Pour réséquer en entier un métacarpien, on fait une incision longitudinale dorsale partant de la base du métacarpien et allant jusqu'à sa tête; de chaque côté, on détache du corps de l'os le périoste avec les interosseux, puis on ouvre l'articulation de la base et celle de la tête, et l'os se trouve libre de toute attache (fig. 104).

Pour réséquer une phalange entière, on pratique des incisions longitudinales latérales.

(1) [Grande incision dorso-radiale, petite dorso-cubitale (Ollier).]