

ter les limites de la maladie et de borner à l'étendue du mal le sacrifice des parties osseuses.

C'est d'après ce nouveau procédé que M. Maisonneuve a pratiqué récemment la résection du coude sur la malade couchée au n° 15 de la salle Saint-Jacques, à l'hôpital Cochin.

C'est une femme âgée de trente-deux ans, d'une constitution en apparence assez bonne. Elle est affectée d'une tumeur blanche au coude droit. Cette affection, qui remonte à près de dix-huit mois, date d'une distorsion violente que la malade a éprouvée en lavant du linge. Négligée d'abord, la maladie s'est aggravée rapidement; une tuméfaction considérable s'est manifestée au coude; l'articulation a suppuré; enfin, le pus s'est fait jour par trois ouvertures restées fistuleuses. Depuis lors, les accidents se sont aggravés journellement. Le coude est le siège de douleurs vives, qui redoublent au moindre mouvement; une suppuration abondante épuise la malade, et déjà plusieurs érysipèles ont failli compromettre la vie.

Dans cet état de choses, M. Maisonneuve ne croit plus pouvoir attendre à proposer une opération. Il se détermine pour la résection, de préférence à l'amputation qui priverait la malade d'un membre important, la main droite.

L'opération étant acceptée, M. Maisonneuve la pratique de la manière suivante.

La malade est soumise à l'inhalation du chloroforme.

1° Une première incision longitudinale de dix centimètres est pratiquée sur le bord interne du coude, au niveau de l'épitrachée. Le nerf cubital est aussitôt disséqué et refoulé en arrière avec la peau qui le protège.

2° Une deuxième incision, partant du niveau de l'épicondyle et venant tomber perpendiculairement sur la première, divise la peau qui recouvre l'olécrâne.

3° Un trait de scie porté transversalement à la base de cette apophyse la sépare du cubitus.

4° L'avant-bras est aussitôt porté dans la flexion, et le ligament latéral interne et latéral externe divisés chacun d'un coup de bistouri. L'articulation est alors largement ouverte en arrière. Il devient facile d'en explorer les surfaces dans tous leurs détails et de reconnaître la nature de l'ulcération, son étendue, ses limites.

5° M. Maisonneuve procède ensuite à la section des os au moyen de la scie ordinaire. Il coupe d'abord, en quelques traits de scie, la surface articulaire de l'humérus immédiatement au-dessus des cavités coronoïde et olécrânienne; puis, avec la même facilité, il résèque d'un seul coup la partie supérieure du cubitus et du radius.

L'opération tout entière a duré six minutes. En raison des fongosités nom-

breuses qui entouraient l'articulation, M. Maisonneuve ne croit pas devoir réunir par première intention; il fait un pansement simple avec la charpie et des compresses.

Il y a six semaines environ que l'opération a été pratiquée, aucun accident sérieux ne s'est manifesté; les plaies sont cicatrisées, sauf quelques points encore fistuleux, et tout fait espérer une prompte et complète guérison.

### RÉSECTION DU COUDE<sup>1</sup>

Deux malades ont été récemment soumis à cette opération.

Le premier est une jeune fille qui est entrée à l'hôpital Cochin pour une tumeur blanche suppurée de l'articulation du coude droit. Elle est aujourd'hui même sortie de l'hôpital. La plaie est entièrement guérie; les mouvements du coude et de la main sont conservés, seulement ils ne peuvent pas encore s'exécuter spontanément d'une manière complète, parce que l'opération est encore trop récente.

Le deuxième est un jeune homme couché au n° 14 de la salle Cochin, et chez lequel la guérison marche avec une grande rapidité.

Le procédé employé par M. Maisonneuve, dans ces deux circonstances, et auquel ce praticien paraît s'être définitivement arrêté, est le suivant :

A. Une incision longitudinale, longue de quinze à dix-huit centimètres, est pratiquée à la partie moyenne de la région postérieure de l'articulation.

B. Les parties molles sont ensuite disséquées au plus près des os, en commençant par la lèvre interne de la plaie. Dans cette dissection, le nerf cubital est écarté de la gouttière qui le renferme derrière l'épitrachée, et l'olécrâne est mis à nu.

C. Dans un troisième temps, l'olécrâne est scié transversalement.

<sup>1</sup> *Gazette des Hôpitaux*. 1853, p. 280.



*D.* Dans un quatrième temps, les ligaments latéraux de l'articulation sont divisés avec le bistouri, et les extrémités osseuses dégagées dans toute l'étendue de la maladie.

*E.* Dans un cinquième temps, l'extrémité inférieure de l'humérus est réséquée avec une scie ordinaire.

*F.* Enfin, dans un sixième temps, on résèque les extrémités supérieures du radius et du cubitus.

Cette opération rapide n'intéresse aucun vaisseau, aucun nerf. Les chairs sont ensuite rapprochées avec les bandelettes.

Cette chirurgie conservatrice est sans contredit bien préférable à celle qui mutilé, surtout quand on songe que les accidents immédiats auxquels sont exposés les malades après la résection sont bien plus rares et moins meurtriers que ceux qui compliquent les amputations.

#### RÉSECTION DU POIGNET<sup>1</sup>

Au numéro 9 de la salle Cochin est couché un homme de trente-cinq ans, qui portait depuis deux ans une tumeur blanche suppurée de l'articulation radio-carpienne et de tous les os du carpe. Toutes les ressources médicales avaient été vainement employées pour enrayer la marche de la maladie. Une suppuration abondante épuisait les forces du malade.

L'amputation du membre paraissait inévitable. Enhardi par les succès nombreux qu'il a depuis quelques années obtenus dans les résections, M. Maisonneuve pensa devoir tenter la conservation de la main en pratiquant la résection du poignet.

Cette opération fut exécutée le 17 mai de la manière suivante :

Une incision longitudinale de vingt centimètres d'étendue, pratiquée sur la région dorsale de l'avant-bras et de la main, permet de mettre à découvert l'articulation radio-carpienne et le carpe. Les tendons extenseurs furent écartés avec soin et refoulés avec les téguments en dedans et en dehors. L'articulation radio-carpienne fut ensuite ouverte avec le bistouri, et, grâce à la résolution complète dans laquelle étaient plongés les muscles, il fut assez facile de faire saillir les extrémités du radius et du cubitus, qui furent réséqués avec une scie ordinaire.

<sup>1</sup> *Gazette des Hôpitaux*, 1855, p. 280.

Ce premier temps exécuté, M. Maisonneuve fit l'extirpation successive des huit os du carpe au moyen d'une petite pince incisive.

Dans toutes ces manœuvres, aucun organe important ne fut sacrifié. Tous les tendons, toutes les artères, tous les nerfs furent ménagés avec soin. Puis la plaie fut réunie au moyen de bandelettes agglutinatives et d'un pansement simple.

Trois semaines se sont à peine écoulées depuis cette brillante opération, et déjà l'on peut voir quel important résultat en sera la conséquence.

La plaie est presque entièrement cicatrisée; la main a conservé toute sa sensibilité et tous ses mouvements, et tout annonce que le malade pourra s'en servir comme auparavant.

Nous ne connaissons pas d'exemple d'opération semblable pratiquée en France. Ce sera donc un nouveau progrès que la chirurgie de notre pays devra à l'infatigable activité de l'habile chirurgien de Cochin.

#### RÉSECTION DU GENOU<sup>1</sup>

Le mardi 17 juillet, M. Maisonneuve a pratiqué une de ces opérations rares sur lesquelles la science, encore indécise, appelle les recherches des maîtres; nous voulons parler de la résection du genou.

Cette opération n'est point nouvelle; mais on n'en connaît encore qu'un petit nombre d'exemples, et jusqu'à présent aucun chirurgien ne l'a soumise à une expérimentation sérieuse.

M. Maisonneuve ne pense pas que cette réprobation soit méritée, et les raisons sur lesquelles il appuie son opinion nous paraissent assez graves pour fixer l'attention des praticiens. Nous allons les résumer en peu de mots.

Dans les cas de désordres graves de l'articulation, deux opérations seulement sont praticables : l'amputation de la cuisse et la résection du genou.

A laquelle des deux doit-on donner la préférence?

1° Sous le point de vue du résultat définitif, l'amputation de

<sup>1</sup> *Gazette des Hôpitaux*, 1849, p. 548.



la cuisse laisse le malade mutilé; le membre artificiel que l'on applique au moignon ne remplit qu'imparfaitement les usages du membre normal.

La résection laisse au malade son membre presque entier, raccourci seulement d'un décimètre environ et ankylosé. Mais, tel qu'il est, il est encore, sans contredit, préférable à une jambe de bois.

2° Sous le point de vue de la durée de la cure, l'avantage est à l'amputation; mais de peu de chose. Il est rare qu'un amputé de cuisse puisse se servir utilement d'un membre artificiel avant trois mois. Après le même laps de temps, si la résection n'est pas entièrement guérie, elle en est peu éloignée. Le terme moyen de la guérison ne semble pas dépasser cinq mois; c'est donc une différence de deux mois dans l'époque où le malade peut faire usage de son membre.

3° Sous le point de vue des dangers de l'opération, l'amputation de la cuisse est une des plus meurtrières de la chirurgie; à peine sauve-t-on deux malades sur trois. L'expérience n'a point encore prononcé pour la résection; mais on peut, *à priori*, calculer approximativement les chances qu'elle présente.

Dans l'amputation, on intéresse l'os au niveau de son canal médullaire; on coupe tous les muscles, les nerfs, les artères, les veines superficielles et profondes.

Dans la résection, on divise les os dans leur partie épiphysaire, le triceps crural dans sa portion fibreuse et quelques ligaments; mais les nerfs, les artères, les veines superficielles et profondes sont intacts.

De sorte que l'hémorrhagie, la phlébite, les phlegmons diffus, ces deux grandes causes de mort après l'amputation, sont presque entièrement étrangers à la résection.

Après avoir exposé ses principes à l'égard de la résection du genou, M. Maisonneuve a pratiqué cette opération d'après un procédé qui lui est propre.

Le malade est un jeune homme de dix-huit ans, affecté d'une arthrite du genou gauche, terminée par suppuration; il est dans le service de

M. Maisonneuve depuis bientôt trois mois, et a été soumis, sans résultats avantageux, aux traitements les plus rationnels. Une fièvre hectique menace gravement la vie, il est urgent de prendre un parti.

M. Maisonneuve procède à la résection de la manière suivante: une première incision transversale et semi-elliptique, à concavité supérieure, ouvre largement l'articulation en avant, au-dessous de la rotule.

Une deuxième incision transversale et semi-elliptique, à concavité en bas, circonscrit en haut la rotule et la peau qui la recouvre, et en constitue un lambeau que l'on résèque entièrement.

Une troisième incision longitudinale ouvre en avant le cul-de-sac profond que forme la capsule synoviale sous le tendon du triceps, pour ne laisser aucun clapier.

Le chirurgien, fléchissant alors la jambe sur la cuisse, incise les ligaments latéraux, puis les ligaments croisés; circonscrit rapidement avec son couteau les condyles du fémur et les tubérosités du tibia qu'il veut sacrifier, et, en deux traits de scie, en fait la résection. Les condyles du fémur sont sciés d'avant en arrière; le tibia, au contraire, d'arrière en avant.

L'opération tout entière a duré à peine cinq minutes; aucune ligature n'a été nécessaire.

M. Maisonneuve a fait un pansement simple et maintenu le membre dans l'extension au moyen d'un appareil ordinaire pour les fractures du membre inférieur.