

la saillie des brides aponévrotiques; puis on incise la peau sur ces brides, en se conduisant différemment selon le cas et selon le procédé opératoire que l'on a adopté. Ensuite on étend les doigts sur une palette digitée, ou on les place dans un appareil mécanique. La plaie est pansée à plat. Cette opération est suivie d'un écoulement de sang très-peu abondant. Il faut avoir soin que les appareils extensifs n'agissent pas sur la plaie et ne produisent pas une constriction trop forte.

§ 4. — **D'un mouvement spasmodique et convulsif des doigts de la main, qui empêche d'écrire.** (P. B.)

Les doigts de la main droite sont quelquefois atteints de mouvements convulsifs qui ne permettent plus au malade de tenir la plume assez solidement pour écrire. Cette maladie est encore peu connue.

J'ai parlé dans le tome II de cet ouvrage, à l'article de l'*Inflammation des tendons*, p. 606, d'un cas que j'ai observé; je le rapporterai ici, et j'exposerai ce que la science nous apprend sur cette maladie.

Cette maladie n'a été observée que chez les personnes qui sont obligées d'écrire et au moment où elles veulent écrire. Dès qu'elles prennent la plume, quelque grosse qu'elle soit, il se manifeste dans les doigts un état spasmodique et convulsif qui s'oppose aux mouvements nécessaires à la formation des lettres. Toute action autre que celle d'écrire est possible : les malades peuvent se raser, couper leurs ongles et faire les choses les plus délicates sans que cette affection spasmodique se manifeste. Hors de cette action d'écrire, les doigts jouissent de la même force, de la même adresse, de la même sûreté et de la même promptitude de mouvement.

Le pouce est le siège le plus ordinaire de la maladie. Le docteur Heyfelder l'a observée dans les trois premiers doigts, le pouce, l'index et le médius; le docteur Cazenave, de Bordeaux, l'a vue dans le pouce et l'index; je l'ai rencontrée dans le doigt médius seul.

La main droite est le siège ordinaire de cette maladie. Le docteur Heyfelder a vu la maladie survenir dans la main gauche, chez une personne qui s'habitua à écrire de cette main, après avoir eu une récidive à la main droite.

Les causes de cette affection sont tout à fait inconnues. Dans les diverses observations citées et venues à ma connaissance, les personnes

avaient été atteintes antérieurement d'une maladie nerveuse générale; mais la préexistence de cette maladie ne donne pas la raison de l'apparition de l'état convulsif du pouce et des autres doigts. Dans le cas que j'ai vu, le malade avait eu, six mois auparavant, une douleur très-vive dans la main, à la suite d'un mouvement forcé de cette partie; mais, pendant ces six mois, il avait pu écrire. Chez quelques individus, la contention d'esprit, dirigée sur le sujet qui nécessitait des écritures, augmentait le mouvement spasmodique.

Cette maladie n'a été observée que chez les hommes, probablement par la seule raison que les femmes écrivent beaucoup moins souvent.

Les symptômes de cette affection sont constamment les mêmes, quel que soit le doigt malade. Les individus qui en sont atteints prennent la plume; ils la tiennent solidement et d'une manière ferme, la contraction musculaire nécessaire pour la maintenir entre les doigts n'est nullement spasmodique ni convulsive; mais dès qu'ils appuient la plume sur le papier, le mouvement spasmodique et convulsif se manifeste dans les doigts; quelque effort que fassent les personnes pour diriger la plume, elles ne peuvent y parvenir; la plume se promène irrégulièrement sur le papier, conduite par le tremblement convulsif des doigts; quelquefois le pouce, qui est seul atteint de ce tremblement, se porte en dehors et en arrière, et se refuse non-seulement à la direction de la plume, mais encore à sa tenue. Chez le malade que j'ai observé, la plume est très-bien maintenue par le pouce et l'index; mais le médius, affecté d'un tremblement d'autant plus grand que la personne fait plus d'efforts pour la tenir, la pousse irrégulièrement et d'une manière saccadée, de sorte que la formation des lettres devient impossible. Dès que les malades cessent de vouloir écrire, tous les symptômes disparaissent, et ils peuvent se servir de leurs doigts comme dans l'état normal.

Cette maladie n'est grave que pour les personnes dont l'état est d'écrire habituellement; mais elle est très-grave pour elles, car elle est incurable, ou au moins elle paraît l'être, puisque dans aucun des cas où elle a été observée, on n'a pu guérir les malades.

Il n'y a aucun traitement rationnel à indiquer pour la faire disparaître. Le docteur Stromeyer, attribuant ce mouvement spasmodique et convulsif aux petits muscles du pouce, eut recours à l'acupuncture de ces muscles et à un séton qui les traversait, et qu'il enduisait tous les jours d'un onguent fait avec la solution d'opium et l'extrait de

belladone. Ce traitement produisit une cure momentanée de quatre mois, et la maladie se reproduisit. Dans le cas qu'il a observé, le docteur Heyfelder employa d'abord inutilement les bains d'eau-de-vie chaude, les bains de vapeurs, les douches et les liniments volatils; il eut recours à un cautère placé à égale distance de l'acromion et de la septième vertèbre cervicale, et il recommanda au malade d'augmenter le diamètre de sa plume en la mettant dans un bouchon. Trois mois après, ce malade écrivait aussi bien qu'auparavant et sans le secours du bouchon, et se croyant radicalement guéri, il supprima le cautère. En moins de six mois, l'affection reparut dans toute sa force. Des raies de feu sur l'épaule furent proposées, mais refusées. La maladie vint plus tard à la main gauche, où elle fut moins prononcée. L'électricité, les bains, les douches, la pommade stibiée, la noix vomique à haute dose, cinq moxas et d'autres moyens encore, furent employés inutilement. Le docteur Cazenave employa sans succès la compression méthodique et modérée de l'avant-bras, des frictions sèches, des sangsues sur le trajet du nerf radial, des commotions électriques répétées; il a vu les douches alcalines et sulfureuses, les frictions avec la strychnine et les teintures de cannelle et de cantharides, et les sangsues à l'anus, mises en usage sans aucun résultat avantageux. Il s'est servi dans un cas d'un appareil qui a permis au malade de pouvoir écrire. Cet appareil consiste en un tube destiné à recevoir la plume, qui est maintenue par deux vis de pression, et en deux cercles de caoutchouc munis d'une vis de rappel. Le porte-plume est placé entre les trois premiers doigts, et il est tenu par eux comme une plume à écrire; les deux cercles de caoutchouc sont mis autour des trois doigts, l'un près de l'extrémité des doigts, l'autre près de leur base, et ils les fixent sur le porte-plume; celui-ci et les doigts forment ainsi un tout immobile. Le malade écrit en faisant des mouvements d'avance et de recul qui se passent dans l'articulation du poignet.

*Observation.* — M. L..., âgé de vingt-six ans, en l'année 1843, est employé dans une administration, qui changea de local dans le courant de cette année; il s'occupa du déménagement des archives, et parmi les livres à transporter, il y en avait de très-volumineux. M. L..., étant monté sur une échelle, prit un gros volume qu'il estime peser dix kilogrammes, et le soutint sur la paume de la main droite renversée en arrière, pour le passer à une personne qui était au bas de l'échelle. Dans ce mouvement, il sentit un craquement dans la

paume de la main. Trois jours après, une enflure survint au poignet, et elle disparut au bout de huit ou dix jours, sans que M. L... eût fait aucun remède. Cet accident n'eut pas de suite, et M. L..., ayant repris ses travaux habituels, écrivit pendant six mois, oubliant totalement ce qui lui était arrivé.

Mais à cette époque, après avoir beaucoup écrit pendant toute une journée, sous la dictée du chef de son administration, il éprouva tout à coup une impuissance complète de tenir sa plume, et il survint un tremblement convulsif dans toute la main et dans toute la longueur de l'avant-bras et du bras jusqu'à l'épaule; les doigts indicateur et médium, mais surtout le dernier, furent seuls atteints de ce tremblement spasmodique et convulsif, qui n'empêchait pas M. L... de tenir sa plume, mais qui l'empêchait de la diriger sur le papier; le pouce n'était nullement malade, et les fonctions des doigts étaient parfaitement libres pour tous les usages de la vie. M. L... m'ayant consulté, je lui conseillai des bains de vapeurs: sous leur influence, le tremblement du doigt indicateur se dissipa, et M. L... pouvait écrire un peu en ne tenant sa plume qu'avec le pouce et l'index; mais comme il fallait une grande attention pour que ces deux doigts seuls tinsent la plume et pour que le doigt médium ne vint pas s'appliquer sur elle, M. L... se trouva dans la nécessité de s'habituer à écrire de la main gauche. Pendant qu'il s'exerçait à écrire ainsi, je lui fis essayer d'écrire de la main droite en tenant un corps très-gros, soit une très-grosse plume, soit une plume passée dans un bouchon. Toutes ces tentatives furent sans succès, et M. L... renonça complètement à écrire de la main droite.

Dans l'année 1844, il alla prendre les bains et les douches sulfureuses à Bagnères-de-Luchon; il n'y eut aucune amélioration. Dans l'hiver 1844 et 1845, je mis trois vésicatoires volants sur l'avant-bras; ils ne produisirent aucun effet. Dans l'été 1845, il prit les bains de Cauterets; dans l'été 1846, il y retourna: ces bains furent inutiles. M. L..., habitué à écrire de la main gauche, n'a pas voulu se soumettre à des moyens actifs, comme moxas, cautère. Aujourd'hui, en 1847, M. L... peut signer son nom avec la main droite, mais il ne peut écrire: quand il tient sa plume, le pouce et l'index ont la position convenable; mais le médium, fortement appuyé sur la plume, se renverse en arrière, comme s'il y avait une extension forcée. Ce phénomène est surtout remarquable dans la dernière phalange de ce doigt,

qui est portée en arrière comme par un mouvement convulsif. Quand M. L... veut diriger sa plume, on voit qu'il ne le peut; elle paraît se promener sur le papier sans avoir reçu une impulsion, et il est impossible de prévoir la lettre qu'il veut faire, parce qu'il la forme après plusieurs mouvements et en plusieurs traits qu'il ne peut lier.

§ 5. — De la tumeur blanche de l'articulation scapulo-humérale, ou scapulalgie. (P. B.)

L'articulation scapulo-humérale est, ainsi que l'articulation coxo-fémorale, sujette à une maladie qui est de la nature des tumeurs blanches, et qui est, comme elles, souvent confondue avec une affection rhumatismale; de sorte que la maladie, n'étant pas entravée dans sa marche, fait des progrès inaperçus par suite de l'erreur de diagnostic. De plus, une analogie très-grande des symptômes de ces deux maladies m'a encore engagé à en faire le rapprochement et à donner à celle qui m'occupe le nom de *scapulalgie*.

La scapulalgie reconnaît pour causes toutes celles des tumeurs blanches. C'est donc mettre en tête le principe scrofuleux. En effet, nous voyons que c'est lui qui la produit le plus ordinairement: dernièrement encore, je l'ai observée chez un homme auquel j'avais enlevé le doigt médius pour une tumeur blanche de l'articulation de la première et de la seconde phalange. Les contusions de l'épaule la font quelquefois naître; mais ces cas sont rares. Comme le principe scrofuleux la produit sans cause externe apparente, les malades l'attribuent à un courant d'air, à un refroidissement, à l'humidité, et les médecins ou chirurgiens, qui généralement ne connaissent pas cette affection, s'en rapportent au dire du malade. Une autre cause d'erreur vient encore de ce que tantôt elle attaque principalement les os sans aucune tuméfaction extérieure dans le principe, ce qui fait supposer plus facilement un rhumatisme; et de ce que tantôt elle se porte surtout sur les parties molles, et qu'alors on pense que ces parties sont tuméfiées par l'inflammation musculaire, et qu'on ne songe nullement aux os.

Tous les âges y sont exposés; mais, chose étonnante, je ne l'ai jamais vue que chez les adultes. Depuis plus de vingt ans que je la connais, tous les malades qui se sont présentés à moi étaient âgés de dix-huit à trente ans. Leur nombre ayant dépassé celui de vingt-cinq,

je ne les ai plus comptés. Dans le principe, je recueillais avec soin tout ce qui était relatif à cette maladie, que je regardais comme extraordinaire: aujourd'hui, il n'y a presque pas de mois que je ne sois consulté pour elle à la consultation publique de l'hôpital Saint-Louis. Les deux sexes y sont également sujets. Les travaux fatigants n'ont aucune influence sur son développement: en effet, je l'ai rencontrée chez des bouchers, des maçons, des charpentiers, des serruriers, des tailleurs, des couturières, des cuisinières et autres individus d'états peu fatigants, ce qui prouve bien que sa cause réside dans le sang et n'est pas accidentelle. Si chez ces divers individus, une violence extérieure leur a paru produire la maladie, c'est ou une erreur de leur part ou une cause totalement accidentelle.

La scapulalgie commence par une douleur peu vive dans les mouvements du bras. C'est plutôt une gêne qu'une souffrance. Le malade croit s'être frappé légèrement sans s'en être aperçu ou avoir attrapé un coup d'air. Si son état l'expose à être mouillé, il pense que c'est un rhumatisme; s'il a ressenti quelques douleurs rhumatismales vagues, ou quelques douleurs qu'il suppose de cette nature, il pense qu'elles se sont portées sur le moignon de l'épaule. Dans le principe, celui-ci n'est nullement altéré dans sa forme ni dans son aspect, ni dans sa couleur. Rarement aussi est-on consulté à ce moment. Le malade espère que ce ne sera rien, ou il fait quelques frictions, ou il applique des cataplasmes, ou il prend des bains: enfin, il suit toujours son idée sur un rhumatisme, un coup d'air ou une fausse position. Si vous êtes consulté à cette époque, et si vous examinez le moignon de l'épaule, vous n'y apercevrez aucun changement. Vous remuez le bras, et le malade souffre. Cette douleur n'a rien qui surprenne ni le malade ni vous; l'un et l'autre vous vous y attendiez. Mais si, faisant déshabiller le malade, vous vous placez derrière lui, alors vous apercevez que les deux épaules étant bien mises au même niveau, le bras malade est plus long que l'autre: vous voyez, en comparant les deux moignons, que celui du côté malade est engorgé, que le tissu cellulaire qui sépare le deltoïde des muscles voisins est œdématié, que le creux de l'aisselle est plus plein; enfin, vous jugez par comparaison que le moignon de l'épaule douloureuse ne ressemble pas à l'autre. Alors votre attention est éveillée, et vous reconnaissez qu'il y a dans les mouvements du membre une gêne et une douleur qui ne sont pas celles des maladies dont le malade et vous aviez supposé l'existence.

Lorsque la maladie a fait des progrès, les symptômes ne sont plus trompeurs. Le moignon de l'épaule se montre sous un aspect différent, selon la participation plus ou moins grande des parties à la maladie. Si les os sont principalement malades, le moignon de l'épaule amaigri laisse voir les fibres décharnées du muscle deltoïde, la saillie de l'acromion, l'amaigrissement et l'aplatissement transversal du bras. Celui-ci tombe, collé le long de la poitrine, comme si rien ne le soutenait : tous ses muscles semblent tirillés par le poids à soutenir ; phénomènes qui dépendent du poids de l'avant-bras, et qui s'expliquent par la perte de tonicité de la capsule articulaire, et l'émaciation et l'affaiblissement des muscles, suite de toute tumeur blanche. Si les os et les parties molles sont malades, le moignon de l'épaule est tuméfié et a acquis une rondeur insolite : il n'a plus de forme, il ressemble à un morceau d'os ou d'ivoire tourné, et la ressemblance est rendue plus grande par la blancheur brillante de la peau qui est devenue lisse, comme dans toutes les tumeurs blanches, et qui a pris cette demi-transparence due à son infiltration et à celle des tissus sous-jacents. Le muscle deltoïde et l'acromion, plongés au milieu de ces tissus infiltrés, ont disparu ; mais le bras est émacié, est pendant et est collé contre la paroi thoracique. Les environs de l'articulation sont seuls engorgés. Le bras, regardé par derrière et comparé avec l'autre, les épaules étant maintenues sur une ligne horizontale, est sensiblement plus long que l'autre. La vue l'aperçoit sans peine, la mensuration le prouve.

Ces deux premiers degrés de la scapulalgie peuvent durer plus ou moins longtemps en raison de l'intensité de la cause, en raison de celle de la maladie et en raison des soins hygiéniques et thérapeutiques que prend le malade. Je les ai vus persister pendant trois, quatre, six, huit mois et même plus. Mais, si des soins convenables ne sont pas mis en usage, bientôt arrive la troisième période : c'est elle qui juge la maladie. La maladie, soit des os, soit des parties molles, ayant fait des progrès, il se forme des abcès, soit en avant du muscle deltoïde, soit en arrière de lui, soit au-dessous de lui ; car j'en ai vu au milieu du bras, plus bas que l'empreinte deltoïdienne. Ces abcès donnent issue à un pus séreux, de mauvaise nature, semblable à celui que l'on observe dans les coxalgies. Tantôt la suppuration se supprime momentanément, le malade se croit guéri, et il voit le foyer se vider abondamment au moment où il pensait être hors de danger ; tantôt une suppuration séreuse continuelle est parfois mêlée d'un pus

mal lié et de flocons albumineux ; tantôt, enfin, il ne sort qu'une sérosité épaisse et visqueuse. Cette période peut durer plus ou moins longtemps sans altérer trop profondément la santé ; d'autres fois elle agit sur toute l'économie, et elle fait périr les malades.

Quand la scapulalgie existe seule, elle est rarement mortelle, parce que rarement elle a une action assez profonde sur l'organisme pour le détruire. Après une suppuration plus ou moins longue, les os malades rejettent leurs parties nécrosées et se soudent entre eux : l'humérus se soude à la cavité glénoïde, et le malade vit avec une ankylose de l'articulation scapulo-humérale. Tels sont au moins les cas que j'ai le plus souvent observés. D'autres fois il reste pendant de longues années une suppuration, qui est accompagnée d'une gêne plus ou moins grande des mouvements de l'articulation, et qui empêche le malade de se servir de son bras : mais enfin, cette suppuration se tarit, et des phénomènes analogues aux premiers se passent dans l'articulation. Enfin, il y a des cas où, la tumeur blanche faisant constamment des progrès, le moignon de l'épaule augmente de volume, des fistules sous-musculaires et sous-cutanées l'occupent dans divers points, et le malade meurt moins de la suppuration du bras que de l'existence des tubercules pulmonaires.

L'autopsie fait voir des désordres analogues à ceux de toutes les tumeurs blanches. Les parties molles, plus ou moins confondues suivant le degré auquel la maladie est parvenue, sont infiltrées de sérosité épaisse, sont décolorées et ont pris l'aspect de la couenne de lard. Les muscles, le tissu cellulaire et les aponévroses ne forment qu'une masse informe. Les os malades et nécrosés sont dépouillés de leurs cartilages. Quelquefois la tête de l'humérus et la cavité glénoïde sont également affectées ; d'autres fois la tête de l'humérus est atteinte seule par la maladie, et la cavité glénoïde est saine ; d'autres fois le contraire a lieu. Dans certains cas, les cartilages sont complètement détruits ; dans d'autres, ils sont érodés dans un seul point, et la lame de tissu compacte sous-jacente est éburnée ; dans d'autres cas, les os sont, comme on dit, cariés ; c'est-à-dire qu'une lame plus ou moins épaisse de tissu spongieux ou toute la masse est nécrosée. Le bourrelet glénoïdien est tantôt sain, tantôt malade.

Le diagnostic de la scapulalgie est simple : je ne ferai exception que pour les premiers temps de son développement, où l'on peut commettre une erreur quand on n'a pas vu encore cette maladie. Mais

pour peu qu'elle ait d'existence, il n'est pas possible de se tromper, en comparant les deux membres, comme je l'ai indiqué. Ce point de similitude avec la coxalgie est extrêmement remarquable. Dans le deuxième degré de la maladie, il est impossible de faire une erreur. Ce que j'ai dit plus haut me semble suffisant pour le diagnostic.

Le pronostic est grave, parce que l'ankylose de l'articulation scapulo-humérale est la conséquence la moins fâcheuse de la maladie. Dans les cas d'abcès et de complication d'autres tumeurs blanches ou de tubercules pulmonaires, il est extrêmement fâcheux, puisque la maladie est mortelle.

Le traitement de la scapulalgie réclame toute l'attention du médecin; je le comparerai à celui de la coxalgie, et c'est celui que je suis pour cette dernière affection qui m'a le mieux réussi. La première indication à remplir est de soutenir le bras, et c'est par elle que je commence: je le maintiens suspendu au moyen d'une écharpe qui est fixée sur l'épaule saine, et j'ai soin que cette suspension soit portée au point que le bras soit, pour ainsi dire, trop élevé; je veux dire par là qu'il faut qu'il soit tellement soutenu, qu'aucune des parties qui environnent l'articulation n'éprouve le moindre tiraillement: peut-être serait-il mieux de faire de suite coucher le malade, afin que son bras soit mieux soutenu; mais je n'ai pas remarqué que cette précaution fût nécessaire dans les premiers moments; je n'y ai recours que dans la deuxième et la troisième période de la maladie, et encore ai-je beaucoup de peine à l'obtenir des malades. J'applique autour de l'articulation de petits vésicatoires volants, dont la grandeur doit être proportionnée à celle de l'articulation, de façon que trois vésicatoires puissent en occuper la circonférence, afin qu'il y en ait toujours un et que la place du premier soit sèche quand le troisième est sec. Je n'ai jamais vu les sangsues et les cataplasmes produire de bons effets; il en est de même des bains; et dans quelques cas, des douches qui avaient été ordonnées et prises ont aggravé le mal. Plus tard des cautères temporaires ou un cautère à demeure peuvent être avantageux; cependant, je ferai remarquer que je n'ai jamais observé que les résultats fussent aussi heureux que ceux des vésicatoires. Quand des foyers purulents se forment, il faut les ouvrir; et si le pus est retenu, il faut avoir soin de maintenir les incisions fistuleuses. Je pense que, dans les cas où les parties molles sont très-engorgées, des raies de feu seraient très-avantageuses. Lorsque l'ankylose s'est formée, et

même lorsque la maladie a de la tendance à prendre cette terminaison, les bains sulfureux et les douches de même nature la favoriseront. Dans les cas où il existe des trajets fistuleux, je me suis toujours très-bien trouvé de l'emploi des bains alcalins.

Il faut ajouter au traitement local un traitement général approprié à la constitution et au tempérament du malade: ce régime doit être tonique et fortifiant.

On trouve dans les ouvrages de chirurgie des observations de désarticulations de l'épaule et de résections de l'extrémité supérieure de l'humérus, dans lesquelles on dit qu'on a cautérisé la cavité glénoïde cariée, et dans lesquelles on voit que quelquefois cette cavité ruginée ou sciée a été enlevée. Ces cas doivent être rapportés à la scapulalgie, pour laquelle on a cru devoir pratiquer une semblable opération; elle est très-rationnelle dans certains cas: ce sont ceux où les parties molles ne sont pas malades, où l'on a la certitude que les os sont nécrosés, où l'on est également certain que les organes pulmonaires ni aucun des autres organes importants ne sont atteints de tubercules, et où aucune complication n'existe.

§ 6. — De l'extirpation et de la résection du scapulum. (P. B.)

Les observations de Belchier et de Musset ont prouvé que l'arrachement du scapulum avec le bras n'était pas un accident aussi grave qu'on pouvait le penser, puisque le blessé cité par Belchier fut guéri en deux mois. Aussi les chirurgiens n'ont-ils pas hésité à enlever cet os, soit en totalité, soit en partie, à la suite des plaies d'armes à feu, dans les cas de nécrose et dans les cas où des tumeurs de diverse nature, développées sur le scapulum, ont nécessité sa section pour être extirpées. Moi-même, j'ai fait une opération de ce genre, que j'ai rapportée tome III, p. 547. Je ne pense pas qu'il soit utile de donner ici les observations qui ont rapport à l'extirpation d'une portion ou de la totalité du scapulum, parce qu'elles ne fournissent aucune règle pour cette opération. En effet, chaque chirurgien a été obligé de se conduire différemment selon chaque cas. Il suffit de rappeler que les vaisseaux qui se rendent au scapulum et aux muscles qui le recouvrent sont peu volumineux, et qu'en conséquence on n'a pas à redouter l'hémorrhagie ni même un écoulement de sang assez abondant pour gêner le chirurgien dans sa manœuvre opératoire, et qu'on peut dissé-

quer et couper hardiment toutes les parties, tant qu'on n'approche pas du creux axillaire, seul endroit voisin du scapulum où se trouvent des vaisseaux et des nerfs considérables.

Quelquefois après la résection de l'extrémité supérieure de l'humérus, celle de la cavité glénoïde a été pratiquée. Les règles à suivre dans cette opération sont les mêmes que celles conseillées pour la résection de l'humérus.

§ 7. — De l'extirpation et de la résection de la clavicule. (P. B.)

L'extraction de portions plus ou moins considérables de la clavicule nécrosée a été faite, et ces ablations ont été regardées comme des extirpations de cet os. On conçoit sans peine qu'une pareille confusion ne peut subsister. Dans l'extraction d'une clavicule nécrosée, il n'y a aucune opération chirurgicale grave : il suffit d'inciser la peau pour ôter le séquestre qui repose sur un nouvel os formé par le périoste ossifié; il n'y a donc aucune crainte de blesser les vaisseaux qui se trouvent au-dessous de la clavicule. Il n'en est pas de même quand on pratique l'extirpation ou la résection de la clavicule pour l'ablation d'une tumeur qui lui est adhérente; cette opération est très-grave; sa manœuvre est très-difficile. M. V. Mott, qui a extirpé la clavicule avec une tumeur située sur cet os, fut obligé de lier les veines jugulaires externe et interne; il dit que c'est la plus grande et la plus difficile de toutes les opérations qu'il ait pratiquées, et qu'il a fallu placer plus de quarante ligatures avant de la terminer. Le malade guérit, et il fallut, pour conserver presque tous les usages du bras, remplacer la clavicule par une mécanique. D'autres chirurgiens ont enlevé la presque totalité de la clavicule, mais ils n'ont pas désarticulé son extrémité sternale, et ils ont scié l'os. Les conséquences de l'opération ont été heureuses dans certains cas et malheureuses dans d'autres.

L'extrémité acromiale de la clavicule a été enlevée plusieurs fois avec succès : c'est une opération qui peut présenter des difficultés pour la désarticulation de l'os et sa séparation des parties molles voisines, mais qui est moins grave que celle de l'extrémité sternale.

La résection de l'extrémité interne ou sternale de la clavicule a été pratiquée par Davie et par Wurtzer. Cette opération offre plus de difficultés que la précédente, à cause de la position de l'os, à cause des parties environnantes, et à cause des ligaments nombreux

et très-forts qui unissent cette extrémité au sternum, à la première côte et à la clavicule du côté opposé.

Il est impossible de donner des règles relatives aux manœuvres opératoires convenables dans l'extirpation de la clavicule et dans la résection de ses extrémités, parce que les maladies pour lesquelles on pratique ces opérations sont tellement variables dans leur forme et leur développement, que les règles applicables à une opération ne conviennent pas à une autre. Il faut donc se guider d'après chaque cas, en se rappelant que l'os est voisin de vaisseaux et de nerfs importants, et en ayant toujours soin, dans les résections, de glisser sous l'os un corps solide pour préserver les parties molles environnantes.

ARTICLE II.

*Des maladies du pied.*

Entre les maladies dont le pied peut être attaqué, les unes lui sont communes avec toutes les parties du corps; les autres lui sont propres, ou du moins l'affectent beaucoup plus souvent. Les premières ont été exposées dans d'autres volumes de cet ouvrage : il ne sera question ici que des dernières.

§ 1. — Des Engelures.

Quoique le pied ne soit pas le siège exclusif des engelures, nous les plaçons dans ce chapitre, parce qu'il en est attaqué plus souvent que les autres parties.

Les engelures consistent en une inflammation de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané, qui survient en hiver et qui dépend de l'action locale du froid. Les pieds sont le siège le plus ordinaire des engelures, et elles affectent plus particulièrement les orteils et le talon. Quand elles occupent cette dernière partie, le vulgaire les désigne sous le nom de *mules*. Après les pieds, les mains sont les parties les plus exposées aux engelures, qui se montrent particulièrement sur la face dorsale des doigts et sur le dos de la main. Elles se développent aussi quelquefois aux coudes, au nez, aux oreilles et aux lèvres; mais ces parties y sont bien moins sujettes que les pieds et les mains.

Les engelures attaquent particulièrement les enfants, les femmes,