

L'affection sciatique sur le lieu où la douleur se fait sentir, lorsqu'elle a été rebelle à tout autre remède. Cette manière de cautériser les articulations a été et est encore fort en usage chez les Égyptiens, les Arabes, les Japonais, les Chinois et la plupart des peuples établis au delà du Gange. Kœmpfer, Prosper Alpin et d'autres voyageurs éclairés, nous ont fait connaître la manière dont se pratique cette adustion dans les contrées où elle est en usage. La méthode des Égyptiens est la seule que nous ayons adoptée; elle consiste à brûler sur la partie que l'on veut cautériser un cylindre formé avec du coton enveloppé d'une bandelette de linge. Lorsque Prosper Alpin eut fait connaître en Europe ce mode d'adustion si familier aux Égyptiens, plusieurs médecins firent inutilement tous leurs efforts pour le propager et l'accréditer. Il était réservé à Pouteau de le naturaliser parmi nous. Voici quel est le procédé de ce célèbre chirurgien.

« Prenez du coton en laine, enveloppez-le avec une bandelette de toile d'un pouce de largeur sur trois pouces de longueur; que le coton soit aussi serré qu'il sera possible, parce qu'alors le feu sera plus vif. La bandelette bien arrêtée par quelques points d'aiguille, on aura un cylindre d'un pouce de diamètre; on coupera ce cylindre transversalement par la moitié avec un tranchant bien affilé, ce qui donnera deux cylindres à bases très-unies, et c'est cette base qui doit toucher immédiatement la peau, qu'on humecte auparavant avec un peu de salive, afin que le coton s'y colle en quelque sorte. Le feu étant mis au sommet du cylindre, on attend qu'il en ait consumé une partie; alors on place le coton sur la peau, et l'on excite légèrement le feu par le souffle d'un éventail, ou avec un petit soufflet, ou enfin en soufflant avec la bouche. Ce feu ne s'étend jamais au delà de la peau, lors même qu'on fait brûler successivement deux ou trois cylindres sur la même place. »

Lorsqu'on veut cautériser une tumeur blanche du genou avec le moxa, si la tumeur est douloureuse, et que la douleur se fasse sentir dans toute l'étendue de l'articulation, on brûle un cylindre de coton sur un des côtés de la rotule, et un autre sur le côté opposé. Quand la maladie occupe le coude, ce sont les côtés de l'articulation qui doivent être cautérisés. On cautérise derrière et au-dessous des malléoles, dans les tumeurs blanches de l'articulation du pied; et sur les faces dorsale et palmaire du poignet, dans celles de l'articulation de la main. Quel que soit le siège de la maladie, si la

douleur est bornée à un point de l'articulation, c'est sur ce point que le moxa doit être appliqué; et lorsque ces points sont multipliés, on doit brûler un cylindre de coton sur chacun d'eux. Il arrive quelquefois qu'après la disparition d'un point douloureux qui se faisait sentir dans l'endroit où l'on a appliqué le premier moxa, il s'en développe un autre ailleurs, qui cède ordinairement à un second moxa. On juge que la maladie pourra céder à la cautérisation par la cessation de la douleur et par la diminution de l'engorgement après l'application des premiers moxas. Dans ce cas, on ne doit pas craindre de les multiplier autant que les circonstances de la maladie l'exigent. Dans le cas contraire, on doit renoncer à un moyen dont l'emploi ultérieur ne manquerait pas d'exaspérer la maladie et d'en hâter les progrès.

Les avantages du moxa dans les tumeurs blanches des articulations sont prouvés par un grand nombre d'observations consignées dans les ouvrages de Pouteau et dans ceux de plusieurs autres praticiens. A ces observations, je pourrais en ajouter plusieurs qui me sont propres; mais j'ai pensé qu'il suffirait d'en faire connaître les résultats. Dans plusieurs tumeurs blanches rhumatismales, qui avaient leur siège uniquement dans les parties molles et qui avaient résisté aux moyens ordinaires, le moxa a procuré la guérison complète de la maladie. La douleur et le gonflement se sont dissipés, les mouvements se sont rétablis, et l'articulation est revenue à son état naturel. Quelquefois il a suffi de deux moxas pour produire ces changements heureux; d'autres fois il a fallu en appliquer quatre et même plus. Dans d'autres tumeurs de la même espèce, anciennes, volumineuses, accompagnées de gonflement des os et de douleurs vives, le moxa a fait cesser les douleurs et a procuré une amélioration sensible de la maladie; mais il est resté un gonflement et une gêne dans les mouvements qui inspiraient de justes craintes sur les suites du mal.

Dans les tumeurs blanches scrofuleuses qui consistaient presque uniquement dans le gonflement des os, j'ai rarement retiré de bons effets du moxa; quelquefois cependant il a fait cesser la douleur dont ces tumeurs étaient accompagnées, et produit même une légère diminution dans le gonflement des os. Enfin, dans les tumeurs blanches de cette espèce, anciennes et accompagnées de symptômes qui pouvaient faire soupçonner la carie des os et l'existence d'une suppuration sanieuse dans l'articulation, le moxa a presque toujours été nuisible en augmentant la douleur et en accélérant les progrès de la maladie.



Un moyen qui a beaucoup de rapport avec la cautérisation, c'est l'application des topiques âcres et irritants, capables de produire une vive inflammation, et de convertir ainsi un engorgement chronique et froid en une tumeur inflammatoire dont on espère pouvoir ensuite obtenir la résolution. Ce moyen réussit au delà de toute espérance dans le cas suivant rapporté par Fabrice d'Aquapendente. Un homme de considération avait le genou si gonflé et si dur par une fluxion pituiteuse, qu'il ne pouvait le mouvoir en aucune façon. Capivacci fut appelé avec Fabrice : ils jugèrent tous deux que la maladie était incurable; cependant, pour essayer quelque chose, uniquement dans la vue de consoler le malade, ils commencèrent à le purger, pour le disposer à l'usage des boues thermales en topiques. Sur ces entrefaites, un empirique qu'on appela mit sur le genou un emplâtre irritant, que Fabrice crut être fait avec le flammula, espèce de clématite (*Clematis flammula*, L.), qui excita une grande inflammation, avec chaleur, rougeur et douleur; et dès ce moment même le genou acquit un peu de mouvement, et les choses allèrent toujours de mieux en mieux jusqu'à parfaite guérison. L'amour de la vérité et du bien public fait dire à Fabrice que cet empirique a fait une cure qu'il n'avait pas osé entreprendre, et il en prend occasion d'expliquer le fait en disant que le topique irritant a échauffé et atténué la matière froide et épaisse qui formait la tumeur, et l'a dissipée en l'attirant à l'extérieur. On sent aisément que la crainte d'aggraver la maladie, en excitant une vive inflammation qui peut être suivie de suppuration et de l'altération des cartilages et des os, a dû nécessairement éloigner les praticiens de l'usage des topiques âcres et irritants. Mais cette crainte n'est peut-être pas aussi fondée qu'on pourrait le croire d'abord; aussi n'a-t-elle pas empêché M. Percy de mettre en usage le topique qui fut employé par le charlatan italien. Il est à regretter que ce savant chirurgien ne soit entré dans aucun détail sur l'espèce des tumeurs auxquelles il a appliqué ce topique et sur les effets qui sont résultés de cette application, et qu'il se soit contenté de dire seulement qu'elle a été faite sans succès. Je n'ai jamais employé ce moyen, mais j'ai vu une tumeur blanche ancienne et très-douloureuse s'améliorer tellement à la suite d'une inflammation érysipélateuse qui se développa spontanément autour de l'articulation, que je suis porté à croire que l'on pourrait, dans bien des cas, tirer un parti avantageux des topiques propres à échauffer la tumeur et à l'enflammer. Toutefois il n'appartient qu'à un

praticien sage et éclairé de déterminer, d'après une indication raisonnée, les cas où ces topiques pourraient être employés utilement.

Lorsque les tumeurs blanches ont résisté à tous les moyens dont nous avons parlé jusqu'ici, la conduite que l'on doit tenir est différente suivant les circonstances qui se présentent. Il se forme quelquefois des abcès dont le siège est tantôt dans le tissu cellulaire sous-cutané et intermusculaire, tantôt dans l'articulation même. En général, l'ouverture de ces abcès doit être abandonnée à la nature, et lorsqu'on est obligé de la pratiquer pour faire cesser les douleurs que le malade éprouve, on doit faire une simple ponction avec la pointe d'un bistouri étroit, afin de prévenir, autant que possible, l'entrée de l'air dans le foyer de l'abcès. Cette précaution est surtout nécessaire lorsque celui-ci a son siège dans l'articulation même. Plusieurs auteurs ont regardé le séton, dans ce cas, comme un moyen propre tout à la fois à procurer l'évacuation du pus et à prévenir l'entrée de l'air dans le foyer purulent; mais le séton est un corps étranger dont la présence cause de l'irritation, de l'inflammation et l'agrandissement des ouvertures qui lui donnent passage; en sorte qu'il est plus propre à favoriser l'introduction de l'air qu'à la prévenir. Les ouvertures de ces abcès se consolident quelquefois au bout d'un temps plus ou moins long; mais le plus souvent elles dégèrent en des fistules par lesquelles il sort un pus dont la quantité et les qualités sont très-variables.

La formation des abcès est accompagnée ordinairement de douleurs vives, qui ont lieu aussi quelquefois dans les tumeurs blanches où il ne se forme pas d'abcès. Ces douleurs, auxquelles on doit opposer l'opium tant à l'extérieur qu'à l'intérieur, sont si intenses dans certains cas, que ce remède les modère à peine, et que les malades sont presque entièrement privés de sommeil.

Quand les tumeurs blanches sont parvenues à leur plus haut degré, et qu'elles sont accompagnées de douleurs vives et continues, de fièvre hectique, de perte de l'appétit, du repos et des forces, de sueurs nocturnes copieuses, de dévoiement, etc., l'amputation du membre devient le seul moyen de conserver la vie du malade. A la vérité, on a vu quelques tumeurs blanches, accompagnées de la plupart de ces mauvais symptômes, se terminer heureusement à la faveur d'une ankylose; mais ces cas sont extrêmement rares, et on ne peut les regarder que comme des exceptions heureuses à la règle générale, qu'ils ne



peuvent infirmer. Au reste, lorsque la nature, secondée convenablement par l'art, paraît devoir triompher de la maladie, on doit tenir le membre dans la plus parfaite immobilité, et lui donner, s'il est possible, la position dans laquelle il pourra par la suite remplir plus facilement ses fonctions.

Quoique très-rare, les guérisons de cette espèce méritent une grande attention, et imposent au chirurgien la loi de ne jamais recourir à l'amputation qu'autant qu'il a tenté inutilement tous les moyens propres à sauver le membre affecté, et que le malade est dans un état tel, qu'on l'exposerait à perdre la vie en voulant lui conserver ce membre. Tous les praticiens conviennent de cette vérité; mais ils ne sont pas tous d'accord sur l'époque de la maladie où l'on doit recourir à l'amputation.

Les uns veulent qu'on la pratique de bonne heure et avant que le mal local ait exercé une trop grande influence sur l'économie animale. Les autres conseillent d'attendre que la maladie soit portée à son plus haut période, et que le malade soit extrêmement affaibli par la diarrhée et par les autres symptômes capables d'abattre les forces. En pratiquant l'amputation lorsque le mal est encore récent, et que le malade conserve presque toutes ses forces, on a à craindre, d'un côté, la violence des accidents inflammatoires qui accompagnent presque inévitablement les grandes opérations pratiquées sur des sujets dont les forces sont trop considérables, et qui en font périr un grand nombre, malgré les saignées et les autres moyens antiphlogistiques qu'on leur oppose; de l'autre, on s'expose à retrancher un membre dont la conservation eût été possible. Il est de fait qu'en pratiquant l'amputation trop tôt dans le cas dont il s'agit, on a plus d'une fois mutilé des sujets qui, abandonnés à la nature, auraient pu conserver non-seulement la vie, mais encore leur membre.

Il est donc plus convenable d'attendre, pour faire l'amputation, que la maladie soit parvenue à son plus haut degré, et que les forces du malade soient considérablement diminuées. En se conduisant ainsi, on ne sera jamais exposé au regret d'avoir emporté un membre dont la perte n'était pas inévitable. D'ailleurs, l'état de faiblesse est beaucoup plus favorable aux grandes opérations chirurgicales en général, et aux amputations en particulier, que le trop de vigueur des sujets. Toutefois il faut distinguer la faiblesse simple, qui n'est que l'effet du relâchement des solides, sans que les liquides soient viciés, d'avec

celle qui consiste dans l'énervation des solides, jointe à l'altération des liquides. La première, comme nous l'avons dit plus haut, est favorable au succès de l'amputation, pourvu qu'elle ne soit pas excessive et portée assez loin pour empêcher le développement de l'inflammation nécessaire à l'établissement d'une suppuration louable. La seconde espèce de faiblesse, caractérisée par la fièvre hectique, le dévolement colliquatif, le marasme, etc.; loin d'être favorable au succès de l'opération, lui est très-contraire. En pareil cas, la nature languissante fait des efforts inutiles pour le développement de l'inflammation de la plaie et l'établissement d'une bonne suppuration; la fièvre hectique, le dévolement colliquatif, et tous les autres symptômes qui avaient lieu avant l'amputation, continuent; et cette opération, qui aurait pu, dans des circonstances plus favorables, sauver la vie du malade, ne sert alors qu'à précipiter sa fin.

Lors donc qu'une tumeur blanche est parvenue à ce degré où l'amputation du membre paraît être la seule ressource, il faut, avant de se décider à cette opération, examiner avec la plus grande attention les différentes circonstances dont le concours doit faire adopter ou rejeter cette opération. Et lorsqu'on est décidé pour ce moyen extrême, on doit balancer judicieusement ce qu'il y a à craindre ou à espérer du retardement et de l'exécution prompte de l'opération.

Parmi les diverses circonstances dont les tumeurs blanches qui sont parvenues à leur plus haut degré peuvent être accompagnées, il en est plusieurs qui doivent être regardées comme de véritables contre-indications à l'amputation: telles sont l'existence simultanée de plusieurs tumeurs blanches affectant de grandes articulations; l'affection grave d'un organe dont les fonctions sont essentielles à la vie; enfin, la coexistence des symptômes annonçant que la cause qui a produit la maladie de l'articulation conserve encore beaucoup d'énergie, et qu'elle exerce ses ravages sur d'autres parties de l'économie animale.

En effet, l'existence simultanée de plusieurs tumeurs blanches ayant leur siège dans de grandes articulations, comme les genoux, les coudes, etc.; détournera toujours un chirurgien prudent d'entreprendre l'amputation; car si la maladie est portée à son plus haut degré dans l'une et l'autre articulation, on sera dans la nécessité de pratiquer deux amputations, et il n'est guère probable que le malade puisse survivre à cette double mutilation; si, au contraire, la maladie est portée à son plus haut degré dans l'une des articulations, et à un



degré beaucoup moindre dans l'autre, il est certain qu'après l'opération pratiquée pour la tumeur la plus avancée, celle qui l'est moins fera des progrès qui la rendront promptement mortelle, ou qui nécessiteront une seconde opération, à laquelle il n'est guère probable que le malade puisse résister.

La cause qui produit une tumeur blanche ne borne pas toujours son action à l'articulation affectée : elle exerce quelquefois ses ravages sur les organes intérieurs, et particulièrement sur les poumons. Lorsque l'affection de ces organes est portée à un certain degré, l'amputation ne servirait qu'à avancer la fin du malade. En supposant qu'il ne succombât pas aux accidents qui accompagnent souvent cette opération, après la guérison de la plaie ou même avant, les progrès rapides de l'affection pulmonaire ne tarderaient pas à le faire périr.

Enfin, lorsqu'une tumeur blanche est accompagnée de symptômes qui annoncent que la cause qui l'a produite conserve encore beaucoup d'activité, et qu'elle exerce son action sur d'autres parties de l'économie animale, l'amputation est contre-indiquée. Dans ce cas, ou elle ferait périr le malade, ou elle serait suivie de récidives tout aussi fâcheuses que le premier mal ; et l'on aurait ainsi manqué le but qu'on s'était proposé en la pratiquant.

Quand on a successivement essayé tous les topiques et tous les moyens généraux proposés pour guérir les tumeurs blanches ou pour en arrêter les progrès, et que le mal continue à s'aggraver, il devient absolument nécessaire, comme nous l'avons dit plus haut, d'emporter la partie malade. Longtemps l'amputation du membre au-dessus de l'articulation affectée fut la seule ressource de l'art ; et lorsque la tumeur occupait l'articulation scapulo-humérale, par exemple, l'ablation du bras, dans l'article, était jugée indispensable. Le désir de conserver le membre a fait proposer, dans ce cas, une opération qui a paru moins cruelle que l'amputation ; c'est la résection des extrémités des os qui forment l'articulation malade.

Cette opération semble avoir été indiquée par Hippocrate, et surtout par Paul d'Égine ; mais leur pensée est exprimée avec une telle concision de style, que, s'il est permis de croire qu'ils aient eu spécialement en vue la résection des os dans les articles, il est également permis d'en douter. Au reste, on ne trouve rien dans les écrits de ces pères de la médecine, qui puisse porter à croire qu'ils aient pratiqué cette opération. Ainsi, on ne peut refuser aux modernes la gloire

d'avoir seuls osé retrancher les extrémités articulaires des os affectés de gonflement et de carie, dans la vue de conserver un membre.

La résection a d'abord été pratiquée pour la carie de l'extrémité supérieure de l'humérus ; ensuite elle a été mise en usage pour l'articulation du genou, pour celle du coude et pour la plupart des autres articulations ginglymoïdes des membres. Nous allons considérer successivement la résection des extrémités articulaires des os dans les articulations orbiculaires et dans les ginglymoïdes.

L'articulation scapulo-humérale est disposée si favorablement pour l'exécution et pour le succès de cette opération, qu'il n'est pas étonnant que ce soit là que d'abord la résection ait été pratiquée ; on a d'ailleurs été naturellement conduit à cette opération par les exemples de séparation et de sortie spontanée de l'extrémité supérieure de l'humérus, soit que ce phénomène fût le résultat du décollement de l'épiphyse, ou de la nécrose du col qui la supporte, soit qu'il fût l'effet consécutif d'une violente contusion de l'épaule. L'idée d'enlever l'extrémité supérieure de l'humérus s'est présentée presque dans le même temps à Withe et à Vigarous ; mais l'observation du premier a été publiée avant celle du second. Il paraît aussi que David, chirurgien de l'hôpital de Rouen, a pratiqué cette opération dans le même temps ; mais le fait n'a été rendu public que longtemps après. Le sujet de l'observation de Withe était un jeune garçon dont l'épaule avait été le siège d'un vaste abcès, pour lequel on avait pratiqué une longue incision auprès de l'aisselle ; on distinguait, à travers cette ouverture, la tête de l'humérus dépouillée de son ligament capsulaire ; le pus avait fusé sous les téguments du bras, et le malade était déjà épuisé par la fièvre hectique qui s'était jointe aux symptômes locaux. Withe fit au bras une longue incision, depuis sa partie moyenne jusqu'à l'acromion ; il prit ensuite le coude du malade, et, le poussant de bas en haut, il força l'extrémité de l'humérus de sortir par la plaie qu'il avait faite ; il saisit l'os avec la main gauche, et en fit la résection avec la droite armée d'une scie à amputation. La maladie marcha rapidement vers la guérison, et quatre mois après l'opération, la guérison était achevée : le bras n'était que fort peu raccourci ; sa forme n'était pas changée, et le malade s'en servait avec autant de force et d'agilité que de celui qui était sain.

Vigarous avait pratiqué une opération semblable deux ans avant Withe, sur un jeune homme de dix-huit ans, attaqué d'une carie cou-



sidérable à la tête de l'humérus; une seule incision faite suivant la longueur du deltoïde suffit pour faire sortir l'os qui fut scié deux pouces et demi au-dessous de sa tête; mais l'opération fut faite trop tard, et le malade mourut. Il est à remarquer que dans ces deux cas la tête de l'humérus était déjà détachée du reste de l'os quand l'opération fut pratiquée. Je ne fais qu'indiquer ici les observations de David, de Bent (de Newcastle), de Moreau (de Bar-sur-Ornain) et de M. Roux.

Les avantages de cette opération sont si frappants, qu'il est presque inutile de les énumérer. Le peu d'épaisseur des parties molles qui couvrent l'articulation scapulo-humérale, la laxité du ligament orbiculaire, le peu de profondeur de la cavité glénoïde, en rendent l'exécution très-facile. Le danger qui accompagne cette résection ne peut pas être plus grand que celui de l'amputation dans l'articulation, puisque le lieu où l'on opère est le même, que la plaie est moins étendue, et la masse des parties molles incisées beaucoup moins considérable. Enfin, lorsque le malade survit à l'opération, soit qu'il se fasse une ankylose, ou qu'il se forme une nouvelle articulation, le résultat est toujours beaucoup plus avantageux que dans l'amputation du membre: quelques malades se servent du bras opéré comme de l'autre; tous conservent au moins les mouvements de l'épaule sur le tronc, de l'avant-bras sur le bras, et ceux du poignet et des doigts.

Les avantages de cette opération ne sauraient donc être contestés, et l'on ne doit pas hésiter de la préférer à l'amputation, non-seulement dans le cas de tumeur blanche, mais aussi dans toutes les occasions où la maladie qui nécessiterait l'amputation est bornée à la jointure; telles que les exostoses, le *spina-ventosa*, la carie, les fractures par armes à feu, etc.

Dans les deux observations de Withe et de Vigarous que nous avons succinctement rapportées, une seule incision longitudinale depuis l'acromion jusque vers le milieu du bras a suffi pour faire sortir l'extrémité supérieure de l'humérus qu'on a enlevée au moyen de la scie. Ce procédé pourrait encore être employé dans tous les cas où la tête de l'humérus serait séparée du reste de l'os, et après s'être assuré que la cavité glénoïde ne participe pas à l'affection: ainsi nous voyons dans les *Mémoires de l'Académie de chirurgie*, que Boucher retirait de cette manière les fragments osseux qui résultaient du fracas de la tête de l'humérus par les armes à feu, dans des cas où d'autres

chirurgiens pratiquaient l'amputation dans l'articulation, et où personne n'avait encore proposé la résection. Mais dans tous les cas où la tête de l'humérus, encore unie au reste de cet os, a conservé son volume naturel, ou en a acquis un plus considérable, il serait le plus souvent impossible, et toujours très-difficile, de faire sortir la tête de l'humérus par une seule incision pratiquée dans un muscle épais qui se contracte avec force, et sur des téguments presque toujours engorgés et endurcis. Cette incision d'ailleurs ne permettrait point de faire sur la partie articulaire de l'omoplate l'application des moyens qui peuvent être nécessaires à la réussite de l'opération: il est donc indispensable dans ces cas de mettre à nu l'articulation. Divers procédés ont été mis en usage pour parvenir à ce but. Dans le cas qui s'offre à lui, Bent, de Newcastle, fit d'abord une longue incision verticale du côté interne du bras; puis deux autres incisions perpendiculaires à la première, et naissant des extrémités pour se porter horizontalement en dehors de manière à avoir un lambeau long et étroit, adhérent par son bord externe. Sabatier propose de former un lambeau triangulaire, circonscrit par deux incisions obliques, partant, l'une du sommet de l'apophyse coracoïde, l'autre de la base de l'acromion, et se réunissant en V à quatre travers de doigt au-dessous de l'articulation du bras. Moreau le père, dans un cas de cette nature, fit deux lambeaux carrés, l'un supérieur adhérent à l'épaule, l'autre inférieur adhérent aux chairs de la partie externe du bras. M. Roux (1) conseille, et son procédé nous paraît généralement préférable, de faire un seul lambeau carré, à peu près comme dans le procédé de La Faye, pour l'extirpation du bras. L'articulation étant ainsi mise à nu et la capsule incisée, on luxe en haut et en dehors la tête de l'humérus; on isole avec le bistouri le col de l'os des parties molles auxquelles il adhère, et l'on passe derrière lui une petite plaque de bois ou de carton destinée à protéger les chairs contre l'action de la scie avec laquelle on coupe la portion malade de l'humérus. On fait la ligature des artères circonflexes; on examine ensuite la cavité glénoïde; on rugine ou l'on cautérise les parties légèrement affectées; on enlève, à l'aide de la gouge et du maillet, les portions d'os plus profondé-

(1) Voyez ses *Mélanges de chirurgie et de physiologie*, et sa *Dissertation sur la résection des os*.



ment altérées. On abaisse ensuite le lambeau, on rapproche le bras du tronc; on le relève un peu contre l'épaule au moyen d'une bande qui passe sous le coude à demi fléchi, et l'on fait coucher le malade sur le dos pour que le pus ait une issue libre par l'incision postérieure. Le pansement de la plaie n'offre rien de particulier; la cicatrisation est plus ou moins longue à s'opérer, suivant l'état des parties molles qui entourent l'articulation.

Dans tous les cas, le bras perd une partie de sa longueur naturelle; mais à cela près, le résultat de l'opération n'est pas toujours le même. Chez quelques malades, le bras opéré reprend la même force qu'il avait auparavant, et jouit d'une partie ou de la totalité des mouvements qui lui sont propres. Chez d'autres malades, il perd toute sa mobilité, et ne peut exécuter d'autres mouvements que ceux qui sont dus au jeu de l'omoplate sur le tronc. Dans d'autres, au contraire, non-seulement le bras se prête aux mouvements ordinaires, il peut encore se prêter à d'autres et se tordre sur lui-même, mais il est privé d'une partie de sa force. Dans le premier cas, il s'est formé une articulation secondaire: tel fut sans doute le résultat de l'opération de Withe; tel fut certainement celui d'une séparation spontanée de la tête de l'humérus observée par M. Chaussier, qui eut occasion de reconnaître, après la mort du sujet, que l'omoplate portait une éminence arrondie en forme de tête, et que l'humérus offrait une cavité destinée à la recevoir; cette disposition permettait au malade l'exercice de presque tous les mouvements du bras. Dans le second cas, l'humérus se soude avec la cavité glénoïde. Dans le troisième, il reste entre ces deux os un intervalle rempli par des parties molles qui les unissent d'une manière plus ou moins lâche, ce qui diminue considérablement la force du membre et augmente sa mobilité. Sabatier a eu deux fois occasion d'observer quelque chose d'analogue à la suite de coups de feu qui avaient détruit l'humérus dans une grande étendue: les fragments supérieur et inférieur ne s'étaient pas réunis, et le bras n'avait pas repris sa solidité: néanmoins, dans des cas semblables le malade conserverait encore l'usage de l'avant-bras et de la main.

Withe et Vermandois ont proposé de faire sur l'extrémité supérieure du fémur, dans le cas de luxation spontanée de cet os, la même opération qu'on pratique sur l'extrémité supérieure de l'humérus. Mais si toutes les circonstances se réunissent pour engager à mettre en usage la résection de l'extrémité supérieure de l'os du bras, tout, au con-

traire, s'oppose à l'exécution et au succès d'une semblable opération appliquée au fémur. L'épaisseur considérable des chairs qui couvrent l'articulation ilio-fémorale; la solidité des ligaments qui l'entourent ou qui sont placés dans son intérieur; la profondeur de la cavité cotyloïde; la difficulté de luxer la tête du fémur et de porter la scie au milieu d'une si grande épaisseur de chairs, rendraient l'opération très-laborieuse. Si l'on considère ensuite que la maladie pour laquelle on propose la résection de l'extrémité supérieure du fémur consiste bien moins encore dans l'altération de cet os que dans celle de la cavité cotyloïde, sur laquelle on ne peut sans témérité porter le feu ou l'instrument tranchant comme on le fait sur la cavité glénoïde, on renoncera entièrement à une opération extrêmement difficile pour le chirurgien, périlleuse pour le malade, presque toujours inutile par l'affection simultanée des os du bassin et du fémur, et qui, même dans le cas de succès, ne conserverait probablement au malade qu'un membre inutile et incommode.

Park, chirurgien de l'hôpital de Liverpool (1), est le premier qui ait entrepris et conseillé la résection des extrémités des os dans les articulations ginglymoïdes du genou et du coude, et ce fut sur le genou qu'il exécuta d'abord cette opération. Un matelot Écossais, homme fort et robuste, âgé de trente-trois ans, était dans l'hôpital de Liverpool, pour une maladie du genou qui subsistait depuis dix ans. La tuméfaction était très-considérable et les téguments très-distendus. La contraction des muscles fléchisseurs était si forte, que la jambe formait avec la cuisse un angle droit et restait invariablement fixée dans cette position: les douleurs étaient très-grandes; il n'y avait pas encore d'ouverture aux téguments, quoiqu'il fût évident que la suppuration et la carie avaient déjà fait des progrès considérables.

Park, après plusieurs essais sur les cadavres, fit la résection des extrémités articulaires, le 2 juillet 1781. Des hémorrhagies, des abcès, et divers autres accidents, retardèrent la guérison, qui ne fut complète qu'à la fin du mois de juillet de l'année suivante.

Peut-être le chirurgien anglais fut-il devancé par Vermandois, et par Moreau le père, de Bar-sur-Ornain, qui a pratiqué la résection

(1) *Nouvelle méthode de traiter les maladies qui attaquent l'articulation du genou et du coude, ouvrage traduit de l'anglais.*