

rables à opposer à l'effrayante mortalité de la désarticulation coxo-fémorale. Les plaies préexistantes guideraient le chirurgien dans le choix du procédé, et il serait facile de les convertir en incisions cruciales, en L ou en T. Sur le cadavre, une incision semi-lunaire, à convexité inférieure, simple ou terminée en raquette, circonscrivant le grand trochanter, et de 0<sup>m</sup>,10 de base, nous paraît le meilleur procédé à adopter, et c'est celui que nous avons pratiqué avec succès.

**Résection du genou.** *Anatomie.* L'articulation du genou présente les surfaces articulaires les plus étendues (93 centimètres carrés) et l'appareil ligamenteux le plus compliqué (ligaments latéraux et croisés). La synoviale s'étend à une très-grande hauteur sous le tendon du triceps, envoie des prolongements sous le muscle poplité et le tendon du demi-membraneux et communique si souvent avec l'articulation péronéo-tibiale supérieure, que divers auteurs ont décrit cette jointure comme appartenant à celle du genou. Les contours articulaires sont assez faciles à suivre (voy. fig. 445 et 446) et à mettre à nu.

*Historique et appréciation.* Les conditions anatomiques de l'articulation fémoro-tibiale semblent peu favorables à la résection. Il faut, si l'on suit les procédés ordinaires, diviser des extrémités osseuses d'un volume considérable, les muscles extenseurs de la jambe, la plus grande partie des fléchisseurs, puisqu'on intéresse l'expansion aponévrotique des couturier droit interne et demi-tendineux, et que l'on détruit l'insertion du muscle demi-membraneux, si on enlève le condyle interne du tibia, et le tendon du muscle biceps, si la tête du péroné est sacrifiée. Il ne reste, pour conserver la continuité du membre, que la peau des faces latérales et postérieure de l'article, quelques fibres aponévrotiques et les nerfs et les vaisseaux poplités. On comprend dès lors la gravité d'une pareille résection et l'opposition qu'elle a rencontrée.

Filkin (de Norwich) en 1762, opéra un jeune homme atteint de carie et le guérit; Park (de Liverpool) publia son premier succès vingt ans plus tard (1782). L'opéré de Filkin vivait encore à cette époque et marchait facilement; celui de Park put servir comme matelot. Moreau père, en 1792, et son fils, en 1811, firent chacun une résection du genou, dont la terminaison fut favorable. Ces exemples trouvèrent néanmoins peu d'imitateurs, mais à partir de 1850 les observations se multiplièrent. M. O. Heyfelder en réunit 183 cas, comprenant 109 succès, et M. Lefort en a communiqué à la Société de chirurgie 217 observations. Jones (de Jersey) ne

perdit, dit-on, qu'un malade sur quinze. Humphrey (de Cambridge), un sur treize, mais il dut en amputer quatre consécutivement. M. Fergusson a guéri vingt-cinq malades sur quarante (*Med. Times*, vol. II, 1864, p. 31). M. Heusser (de Zurich) sept sur treize; M. Langenbeck, cinq sur dix, et M. Esmarch cinq sur sept.

Ces succès ont été fort discutés et avec raison, mais en admettant que beaucoup de cas malheureux aient été dissimulés, qu'on ait opéré des enfants, sans nécessité absolue, qu'on ait exagéré le nombre des réussites, il n'en reste pas moins établi que la résection fémoro-tibiale est parfaitement justifiée par l'expérience, et qu'il faut en étudier avec soin les indications.

M. Verneuil l'a pratiquée deux fois heureusement à la suite de traumatisme (Soc. de chir., 1864), et MM. H. Larrey et Legouest, en se faisant les défenseurs de la sage réserve des chirurgiens militaires, n'ont pas moins accepté cette opération en faveur des malades encore jeunes, d'une constitution saine, et placés dans de bonnes conditions hygiéniques.

Nous avons vu, dans nos salles de clinique, un homme de plus de quarante ans guérir par ankylose et se servir très-bien de son membre, à la suite d'une résection du genou pratiquée par M. E. Bœckel. Les accidents furent de la plus grande gravité et la vie plusieurs fois compromise; mais le succès fut complet et définitif et le malade s'applaudissait beaucoup de ne pas avoir été amputé.

*Procédés opératoires.* On a posé le précepte d'enlever la rotule, pour éviter que cet os n'agrandisse inutilement les surfaces traumatiques et ne mit obstacle à la réunion, sans aucune utilité, puisque le tibia ne doit plus exécuter de mouvements sur le fémur. Cette opinion paraît juste dans le cas où le ligament rotulien est divisé; mais si l'on peut le conserver, ainsi que le tendon du triceps *crural*, il y a de l'avantage à ne pas toucher à la rotule, car les conditions de l'ankylose sont d'autant plus favorables qu'on a plus de parties vivantes autour des os, et, dans le cas où une fausse articulation s'établit, l'action des muscles restés intacts a une grande importance.

Park fit au devant du genou une incision en croix, dont la branche transversale répondait au bord supérieur de la rotule, qu'il enleva après avoir coupé le tendon du triceps *crural* et le ligament rotulien; puis, divisant les ligaments latéraux, il luxa le fémur en avant, incisa avec précaution les ligaments croisés, dénuda l'os en arrière en évitant les vaisseaux, et en retrancha avec la scie la portion malade. La même opération peut être répétée sur l'extrémité tibiale.

Le même chirurgien avait aussi conseillé une seule incision laté-