la réunion complète puisse s'opérer; alors les malades conservent au-devant de la poitrine une cavité à large ouverture dont ils n'éprouvent que peu d'incommodités, mais qu'ils sont obligés de tenir fermée par le moyen d'un obturateur.

De l'ostéite costale.

L'histoire de l'inflammation du tissu des côtes rentre presque en totalité dans celle que nous avons faite de l'ostéite en général. Elle n'offre rien de particulier ni dans les causes qui la produisent, ni dans les symptômes par lesquels elle s'annonce. Nous dirons seulement que, lorsqu'elle débute par l'extrémité antérieure des côtes, elle se propage presque toujours au cartilage qui en naît, et que, quand elle attaque l'extrémité postérieure de ces os, elle s'étend presque toujours à l'apophyse transverse de la vertèbre, ce qui rend difficile de la distinguer d'une ostéite vertébrale superficielle, dont au reste elle réclame le traitement. Enfin, les moyens par lesquels on doit combattre l'inflammation du tissu des côtes, leurs exostoses et leur carie superficielle, sont les mêmes que ceux par lesquels on combat ces affections dans tous les os, et nous n'en parlerons ici que pour faire connaître quelques particularités relatives aux cas où l'inflammation affectant toute l'épaisseur de l'os s'est terminée par suppuration, et les modifications que ces particularités apportent au traitement. Dans ces cas, en effet, la plèvre détachée de la côte et épaissie, forme la paroi profonde d'un foyer dans le pus duquel baigne l'os isolé; et comme pareille chose à peu près se passe en dehors, il en résulte qu'il est très facile de mettre à nu toute la portion d'os malade et de la retrancher. Pour faire cette opération, on incise sur l'os, et parallèlement à sa direction, les tissus qui le recouvrent. On détache, à l'aide d'une spatule, du manche d'un scalpel ou de tout autre instrument analogue, les parties molles qui environnent la portion d'os malade; on passe entre celle-ci et la plèvre une plaque de plomb ou une lame de bois mince, et on la retranche à l'aide d'une petite scie en rondache qu'on applique de chaque côté au-delà des limites du mal. La même opération convient lorsque la maladie porte partie sur la côte et partie sur le cartilage. On risque peu de blesser l'artère intercostale, soit parce que ce vaisseau suit ordinairement la

plèvre et s'éloigne de la côte, soit parce qu'il est détaché en même temps que les autres parties molles par l'action de la spatule dans le premier temps de l'opération; au reste, l'enlèvement de la pièce osseuse en rendrait toujours la ligature facile si elle venait à être lésée. On ne doit pas chercher à obtenir une réunion par adhésion immédiate, parce que les chairs qui environnaient l'os malade étant elles-mêmes altérées, elles ne peuvent se réunir qu'après avoir suppuré. Il faut donc panser la plaie à fond avec un linge fenêtré enduit de cérat, de la charpie et des compresses soutenues par un bandage de corps. On ne réapplique les lambeaux que quand toute la surface de la plaie est recouverte de bourgeons de bonne nature.

De l'ostéite pelvienne.

Le sacrum tout entier, la crête de l'os ilium, ses épines, la tubérosité de l'ischion, sont, à cause de leur structure spongieuse, plus fréquemment envahis par l'inflammation que les autres parties du bassin. La face interne de ces os en est beaucoup plus souvent affectée que leur face externe.

Causes. Les causes sont celles que nous avons assignées à l'ostéite en général.

Symptômes, marche, durée, terminaisons, pronostic et traitement. Lorsque la maladie attaque quelque partie du bassin placée superficiellement, comme la face postérieure du sacrum, le sommet des apophyses épineuses, antérieure et supérieure, ou supérieure et postérieure, on pourrait reconnaître le gonflement de la substance de l'os et l'engorgement des parties molles qui le recouvrent, si la douleur n'était en général tellement obtuse, que les malades ne découvrent leur maladie que quand déjà elle est terminée par suppuration, et qu'il existe un abcès dont la présence les gêne et attire ainsi leur attention. La région sacrée ou coxale pour le sacrum, et l'épine iliaque postérieure, la partie interne de la fesse pour la tubérosité ischiatique, l'aine ou la région iliaque pour l'épine iliaque antérieure et supérieure, sont les points où se forment ordinairement ces abcès. A bien plus forte raison ne reconnaît-on les inflammations beaucoup plus fréquentes des régions intérieures du bassin que quand des abcès par congestion viennent à la fois manifester l'existence de la

maladie et sa terminaison par suppuration. Il faut donc, lorsqu'il se forme vers quelque point de la circonférence du bassin une tumeur à base large, molle, fluctuante, indolore et sans changement de couleur à la peau, s'informer avec beaucoup de soin si cette tumeur n'a pas été précédée depuis longtemps par une douleur fixe, profonde et obtuse, dont le siége corresponde à quelques uns des points qu'on sait être plus particulièrement de structure spongieuse, afin d'éviter les méprises fâcheuses qui pourraient résulter d'un diagnostic erroné. Les abcès par congestion qui proviennent d'une carie de la face concave du sacrum viennent ordinairement se former à la marge de l'anus, au périnée, ou sur la partie voisine de la fesse; ceux qui viennent d'une carie de la partie interne de la crête iliaque, de son épine, ou de la tubérosité de l'ischion, peuvent fuser jusqu'à la partie interne ou supérieure de la face postérieure de la cuisse. Cette maladie a toute l'importance des caries profondes et des abcès par congestion, et elle réclame le même traitement.

De l'ostéite articulaire.

L'inflammation des parties des os qui concourent à former les articulations, est le dernier point de départ qu'il nous reste à examiner de cette maladie très grave des articulations désignée par les auteurs sous les noms divers de *tumeur blanche*, d'*arthrocace*, de *luxation spontanée*, d'*arthrite chronique*, etc. Ce n'est pas que l'inflammation des ligaments, celle des cartilages articulaires, et celle des membranes synoviales, que nous avons déjà décrites, soient, avec celle des tissus spongieux des parties articulaires, les seules causes que les auteurs aient admises comme pouvant amener une luxation spontanée; quelques uns ont au contraire cherché à expliquer l'allongement du membre par une accumulation avec épaississement de la synovie, ou par le gonflement inflammatoire des prétendues glandes synoviales; mais la réalité de la première de ces causes n'est rien moins que prouvée, et l'expérience a fait connaître que le gonflement inflammatoire des flocons adipeux qu'on a nommés glandes synoviales, n'est jamais suffisant pour éloigner les surfaces articulaires l'une de l'autre. Il y a peu de temps encore, on pensait généralement que l'augmentation de longueur et le changement

de direction que le membre éprouve étaient dus constamment à l'augmentation d'épaisseur des cartilages articulaires qui tapissent les cavités de réception. J.-Nep. Rust pense au contraire que ces phénomènes sont toujours le résultat de l'inflammation centrale de la tête articulaire des os. Pour nous, la luxation n'est qu'un accident, un symptôme qui survient, lorsque d'une part les surfaces osseuses ne sont plus en rapport de forme, comme, par exemple, lorsque la cavité articulaire est remplie, ou que la tête est devenue trop volumineuse pour continuer d'y être reçue; et, d'autre part, quand les ligaments sont ramollis. Que l'inflammation ait commencé par la membrane synoviale, ou par les liens fibreux de l'articulation, pour se communiquer aux cartilages et aux os, ou qu'elle ait d'abord envahi les cartilages pour s'étendre aux ligaments, les conséquences sont à peu près les mêmes, lorsque toutes les parties qui concourent à l'articulation sont en même temps gonflées et ramollies; seulement, dans le premier cas, les symptômes de la synovite ou de l'arthrite chronique précèdent de longtemps l'allongement du membre, qui est toujours le premier indice de la tendance des pièces de l'articulation à se déplacer, tandis que, dans le second, cet allongement précède de plus ou moins longtemps les symptômes de synovite et d'arthrite.

Nous avons déjà décrit ces deux dernières affections, ainsi que la chondrite articulaire; nous allons faire connaître, d'après Rust (1), la marche de l'inflammation qui commence par le centre des parties des os qui concourent aux articulations. Cet auteur pense que les éminences articulaires sont à peu près exclusivement le siége primitif de la maladie, et que ce n'est que consécutivement que les cavités où elles sont reçues, ainsi que les cartilages et les ligaments, sont affectées. Quelle que soit la validité de son opinion, que nous n'avons pas été à même de vérifier, il a décrit avec beaucoup plus d'exactitude qu'on ne l'avait fait avant lui cette maladie, qu'il appelle arthrocace en général, non seulement dans l'articulation coxo-fémorale, la

(1) *Arthrokakologie*. Vienne, 1817, in-4°, avec planches. Voyez l'excellente analyse qu'en a donnée M. Jourdan dans le tome I du *Journal complém. du Dict. des sc. méd.* — *Rech. sur les cavités closes de l'écon. anim.*, par M. Velpeau. (*Annal. de la chir. française*, t. VII.)

seule où les auteurs l'aient presque observée, mais encore dans toutes les articulations

Causes. Les causes sont celles de l'ostéite en général : les irritations scrofuleuse, syphilitique, arthritique, rhumatismale; la répercussion des maladies exanthémateuses de la peau, une contusion, une entorse, etc.

Symptômes, marche, durée, terminaisons et pronostic. Souvent le malade n'éprouve au début qu'un sentiment de faiblesse du membre, qui ne lui permet de le mouvoir qu'avec difficulté, et l'engage à l'aider de l'une de ses mains dans les mouvements qu'il exécute; mais dans ces cas même, si l'articulation vient à être fortement ébranlée, il se manifeste une douleur très vive. Quelquefois la douleur se fait sentir seulement dans certains mouvements de l'articulation; d'autres fois, enfin, la douleur est continue dès le début de la maladie. Une circonstance très remarquable, c'est que, quand la maladie attaque un os long, il se développe presque toujours, dans l'extrémité opposée à celle qui est affectée, une douleur sympathique qui détourne l'attention du malade du véritable siége du mal : c'est dans le genou que se font sentir pendant longtemps les premières et les plus fortes douleurs occasionnées par une inflammation centrale de la tête du fémur; c'est dans le coude qu'on ressent celles qui accompagnent le début de la même affection de la tête de l'humérus, etc. Ces symptômes sont ceux de la première période de la maladie. Presque en même temps, lorsque celle-ci affecte un membre, et qu'on le compare attentivement avec celui du côté opposé, on s'aperçoit qu'il est allongé, parce que la tête de l'os gonflée sort de la cavité destinée à la recevoir. Le mal est alors arrivé à la seconde période. Il peut guérir par la résolution de l'inflammation. Mais presque toujours il continue à faire des progrès; les ligaments ramollis permettent aux surfaces articulaires de se mouvoir l'une sur l'autre dans le sens où ils sont placés pour en borner les mouvements, et la maladie passe à sa troisième période lorsque l'action musculaire, le poids des parties, ou une cause externe vient à produire, soit lentement, soit tout-à-coup, l'abandon complet des surfaces articulaires ou *la luxation spontanée.*

Dans quelques cas très heureux, mais extrêmement rares, on

a vu, dit-on, l'irritation s'apaiser, le gonflement cesser, les parties articulaires reprendre leurs rapports naturels, et les ligaments se raffermir. Nous n'avons jamais été témoins d'un semblable succès, et nous avouons qu'il nous serait difficile de l'expliquer. D'autres fois, et ces cas ne doivent pas être regardés comme malheureux, on voit, mais rarement, les symptômes inflammatoires céder après que la luxation est opérée, et une fausse articulation susceptible de mouvements se produire entre la tête de l'os luxé et le point de l'os correspondant sur lequel elle est venue s'appuyer. Mais le plus souvent il se manifeste une nouvelle série de symptômes qui caractérise une dernière période de la maladie. La douleur, d'abord calmée, après que la luxation est produite, se réveille plus vive, plus continue que jamais; de vastes foyers purulents communiquant avec l'articulation malade se forment, et se vident à l'extérieur par une ou plusieurs ouvertures qui deviennent alors fistuleuses. Le pus s'altère, et prend les caractères de celui qui provient de la carie des os. Un stylet introduit par ces ouvertures, lorsqu'elles ne sont pas trop éloignées des parties malades, pénètre jusque dans l'articulation, dont il trouve toutes les parties usées et corrodées; le frottement réciproque des parties articulaires fait entendre une sorte de crépitation, signe non équivoque de l'usure des cartilages. Les sympathies du cœur et de l'estomac s'éveillent, quelques phénomènes d'infection lente, mais journalière, du sang se déclarent, et tous les accidents de l'épuisement et du marasme se prononcent. Quelquefois on voit encore les accidents se calmer, la suppuration tarir peu à peu, et la guérison s'opérer par la soudure mutuelle des os déplacés dans les nouveaux rapports où ils se trouvent; mais ordinairement la maladie s'aggrave de plus en plus, et les malades succombent dans le marasme.

Telle est la marche la plus commune de la maladie; mais dans quelques cas, cette marche est intervertie. C'est ainsi, par exemple, qu'on voit la suppuration des parties molles et des cartilages et la carie des os précéder dans quelques cas le déplacement des extrémités articulaires; dans quelques autres cas aussi, toutes les parties qui composent l'articulation se trouvent détruites, sans que jamais il survienne de déplacement; mais en saisissant de chaque main l'un des os articulés, et les faisant mouvoir en

sens opposé, il est facile de voir, au relâchement des liens qui les unissent, que toutes les conditions nécessaires au déplacement existent, et que, s'il ne s'opère pas, cela tient à des circonstances tout-à fait fortuites. La durée de la maladie n'est pas à beaucoup près toujours la même : chez les sujets jeunes et surtout scrofuleux, quelques semaines suffisent pour que l'exarticulation de l'os soit opérée et les abcès manifestes ; dans d'autres cas, la marche de la maladie est beaucoup plus lente, et ce n'est qu'après plusieurs mois, et quelquefois plus d'une année, que la carie articulaire se déclare ; et celle-ci n'amène la consomption et la mort qu'après avoir elle-même duré plusieurs mois. Quant aux terminaisons et au pronostic, il résulte de ce que nous avons dit, qu'à toutes les périodes la maladie est susceptible de guérison ; mais que les chances favorables diminuent dans une proportion très rapide, à mesure que la maladie passe de la période d'invasion à la période d'exarticulation, et de celle-ci à la suppuration et à la carie. Difficile à faire rétrograder lorsqu'il ne fait que commencer, le mal devient presque impossible à arrêter quand la suppuration est établie ; et lorsque l'exarticulation a eu lieu, non seulement il n'est plus permis d'espérer qu'une guérison rare, mais en général il n'est plus permis d'espérer qu'une guérison accompagnée de la soudure des os, ou de l'immobilité des pièces déplacées. Les cas où il se forme des articulations anormales sont si rares qu'il n'est jamais raisonnable d'y compter. Toutefois, l'âge et la constitution des sujets influent beaucoup sur la marche ultérieure de la maladie, et sur le pronostic qu'on en doit porter. Toutes choses égales d'ailleurs, l'arthrocace qui survient chez un sujet scrofuleux est beaucoup plus rebelle et a une disposition bien plus grande à se terminer par suppuration. Chez les sujets jeunes et vigoureux, la succession des différents ordres de symptômes est plus rapide ; mais il y a beaucoup plus d'espoir de guérison que chez les sujets vieux ou épuisés.

Caractères anatomiques. Il est rare qu'on puisse examiner l'état des parties quand la maladie n'est encore qu'à sa première, à sa seconde, et même à sa troisième période ; on ne peut le faire que dans le cas où le sujet est mort d'une maladie étrangère à celle de l'articulation. Cependant voici ce qu'on observe, suivant Rust. Dans le début de la maladie, on trouve la tête articulaire plus

volumineuse que dans l'état normal, et sortant de la cavité destinée à la recevoir, laquelle ne peut plus la contenir : le centre de cette éminence est injecté, ramolli, et présente des traces évidentes de l'inflammation, que cet auteur pense débuter toujours par le tissu membraneux médullaire qui revêt les cellules spongieuses de l'os. Nous ajouterons, d'après un assez bon nombre d'auteurs, que quelquefois la tête articulaire n'a pas changé de volume, mais que c'est la cavité de réception qui se trouve remplie par le gonflement de l'os qui la supporte, ou par celui du cartilage qui la revêt. Quand l'exarticulation est opérée depuis longtemps, et qu'il s'est formé une articulation anormale, on trouve la cavité articulaire abandonnée, rétrécie et effacée ; la tête de l'os, ordinairement rapetissée, quelquefois aplatie et presque toujours déformée, repose sur une cavité de nouvelle formation, irrégulière, peu profonde, et tapissée par un cartilage mince ; tandis que les muscles environnants, le tissu cellulaire, les tendons, amincis et transformés en un tissu fibro-cellulaire, forment une capsule articulaire qui, se portant d'un os à l'autre, affermit les deux pièces de l'articulation anormale. Lorsque les parties affectées sont en suppuration, on trouve tous les caractères que nous avons assignés à la carie : les cartilages, les extrémités des os, et quelquefois les cavités articulaires, détruits, baignés de pus ; les ligaments ramollis ; les parties molles environnantes mollasses, grisâtres et fongueuses ; et si les abcès se sont ouverts, des trajets fistuleux faisant communiquer le foyer principal avec l'extérieur. Enfin, si après la carie il se forme une soudure, et que la suppuration ait cessé depuis longtemps, on trouve les extrémités articulaires unies par un cal volumineux et irrégulier, dans lequel sont souvent confondus les organes fibreux et musculaires environnants.

Traitement. Tant que la maladie n'est pas passée à l'état de suppuration, le traitement qui lui est applicable ne diffère de celui de l'ostéite en général que par l'énergie avec laquelle on doit l'administrer, en raison de la rapidité plus grande que partout ailleurs avec laquelle l'inflammation marche dans les parties articulaires des os. Ainsi, le repos le plus complet de l'article, des saignées locales abondantes et réitérées, des bains, des cataplasmes émollients, le régime des inflammations, en forment les

moyens principaux. Ces moyens doivent être employés avec énergie et persévérance jusqu'à ce que l'inflammation soit maîtrisée et la douleur calmée. Lorsqu'ils sont employés à temps et convenablement, ils suffisent seuls pour faire dégonfler les os, et pour ramener le membre allongé à sa longueur naturelle. Dans tous les cas, on n'en doit cesser l'usage que quand ils ont fait disparaître la douleur, et qu'on s'est assuré, en persévérant suffisamment dans leur emploi, qu'on n'en peut plus rien obtenir. Alors on les remplace par les révulsifs appliqués à la peau ou au tissu cellulaire sous-cutané, parmi lesquels les vésicatoires volants, promenés en grand nombre et successivement autour de l'articulation malade, les moxas appliqués sur les centres principaux de l'engorgement, ou le plus près possible de l'articulation, et surtout les sétons qu'on passe dans le tissu cellulaire sous-cutané, le plus près possible du siége du mal, tiennent le premier rang. Ce n'est pas que les frictions mercurielles, que Bell administrait deux ou trois fois par jour à doses assez faibles pour ne pas provoquer la salivation; ce n'est pas non plus que les liniments volatils ou camphrés, ceux qui sont faits avec un mélange de savon noir et d'eau-de-vie camphrée, que la pommade d'Autenrieth, les sinapismes, les douches et les bains sulfureux ou autres; les frictions sèches faites avec une flanelle imprégnée de vapeurs de benjoin, de succin, etc.; l'emplâtre d'onguent styrax saupoudré de fleurs de soufre, les cataplasmes de racine de bryone râpée et cuite dans du lait, l'application constante de sachets remplis de tan pulvérisé mêlé à une certaine quantité de muriate d'ammoniaque et de chaux éteinte, etc., conseillés par la plupart des auteurs, ne puissent avoir des avantages lorsque l'inflammation a perdu son acuité; mais l'efficacité de ces moyens tient en grande partie à l'irritation qu'ils produisent sur la peau, et sous ce rapport ils doivent le céder complétement aux vésicatoires, aux moxas et au séton.

Lorsque la maladie attaque un sujet robuste, le traitement qui vient d'être décrit est le seul qui convienne; mais lorsque le malade est en même temps atteint de scrofules, ou de syphilis, ou de scorbut, il faut y joindre l'usage interne des remèdes propres à détruire ces affections. Seulement on ne doit, en général, administrer de traitement interne que quand les symptômes inflammatoires locaux ont disparu, c'est-à-dire à peu près en même temps qu'on applique les révulsifs à l'extérieur, parce que, la plupart des remèdes qui composent le traitement des scrofules, de la syphilis et du scorbut étant excitants, ils sont contre-indiqués tant qu'il existe une inflammation locale intense.

Lorsque la luxation spontanée est opérée, c'est encore de la même manière qu'on doit attaquer le mal, c'est-à-dire par les saignées locales et les émollients d'abord, et par les révulsifs lorsqu'il n'y a plus de douleur; ces moyens n'ont pas ordinairement pour effet d'opérer la réduction des os luxés, mais ils empêchent la terminaison par suppuration, et favorisent la formation d'une articulation anormale ou d'une ankylose. Comme on doit supposer que le membre s'ankylosera, on le placera dans la position la plus favorable au genre de service qu'il est destiné à rendre, afin qu'il s'y soude. Lorsque déjà il existe des abcès, que la luxation soit opérée ou non, on peut encore attaquer le mal par des saignées locales, mais ce n'est plus alors que dans le but de diminuer l'excitation générale et locale: aussi ne doit-on point trop insister sur l'emploi de ce moyen, qui affaiblirait inutilement le malade. On doit aussi, lorsque les saignées ont calmé les symptômes généraux ou locaux d'excitation, appliquer aux environs de l'articulation malade un ou deux cautères, dont on entretient la suppuration, parce que ces moyens dérivatifs peuvent contribuer à borner les progrès de la maladie. Mais il est inutile de multiplier les vésicatoires, les moxas, etc., puisqu'on n'en peut plus attendre une guérison complète, et que surtout l'excitation qu'ils provoquent pourrait produire un effet contraire à celui qu'on en attend, en ajoutant à celle qu'on veut détruire, et qui est toujours disposée à se réveiller ou à s'exaspérer à l'époque où l'inflammation passe à la suppuration. On insiste sur les émollients et le repos.

Les praticiens ne sont pas d'accord sur la conduite qu'il convient de tenir lorsque des abcès se forment, la fluctuation est manifeste; quelques uns pratiquent une ponction aussitôt qu'ils reconnaissent la fluctuation, après quoi ils font cicatriser la plaie et renouvellent cette opération toutes les fois que la collection reparaît. Mais il s'en faut de beaucoup que cette pratique ait ici les avantages qu'elle offre dans le traitement des abcès par conges-

BIBLIOTECA

tion ; l'irritation inévitable apportée par cette légère opération a presque toujours pour effet l'inflammation générale de la membrane synoviale, et par conséquent l'exaspération de tous les symptômes, surtout lorsque les parties qu'il faut traverser pour arriver à la cavité articulaire étant elles-mêmes altérées et peu disposées à se réunir, comme cela a souvent lieu, l'ouverture reste béante et permet à l'air de s'introduire dans l'intérieur du foyer. Aussi d'autres praticiens, également recommandables, et parmi lesquels nous pouvons citer Nep. Rust, veulent-ils qu'on incise de bonne heure et largement les abcès, afin de procurer au pus un libre écoulement, et d'éviter les inconvénients de sa stagnation dans un foyer où il est presque inévitablement altéré par la présence de l'air. D'autres, fondés sur ce que ces opérations provoquent très souvent une recrudescence des symptômes d'excitation et une accélération dans la marche de la maladie, laissent ces abcès s'ouvrir d'eux-mêmes, retardant ainsi autant que possible l'introduction de l'air dans le foyer et le développement des accidents locaux et sympathiques dépendants de l'irritation qu'il provoque.

Ces diverses pratiques comptent des succès, et par conséquent des partisans ; mais quelle que soit celle qu'on adopte, il arrive presque toujours, après l'ouverture artificielle ou spontanée des abcès, que l'inflammation se renouvelle, que les sympathies du cœur et de l'estomac se réveillent, et que, la carie faisant des progrès plus rapides, le malade tombe bientôt dans l'épuisement et le marasme. L'étendue de la maladie, la disposition des os affectés, l'importance et la sensibilité des tissus divers qui concourent à former l'articulation, ne permettent pas d'employer contre la carie le cautère actuel, et il ne reste alors d'autres ressources que l'ablation des parties malades. C'est pour cela que quelques chirurgiens, considérant à quel prix les malades, lorsqu'ils viennent à guérir, achètent un membre presque toujours déformé, roide et ankylosé, pensent qu'aussitôt qu'il est manifeste que l'inflammation des parties articulaires des os est passée à la suppuration, il faut, sans perdre un temps précieux, retrancher les parties d'os cariés. On peut le faire, soit en amputant le membre, soit en pratiquant la résection des extrémités articulaires malades. Cette dernière opération, qui consiste à ouvrir l'articulation, à faire saillir l'une après l'autre les extrémités des os qui concourent à la former et à les retrancher d'un trait de scie, puis à mettre en contact l'os supérieur avec l'os inférieur, et à panser ensuite le membre comme s'il était affecté de fracture avec plaie, cette opération, lorsqu'elle réussit, a de grands avantages sur l'amputation. En effet, comme la plupart des articulations où on la pratique sont sous-cutanées, et qu'on dispose toujours les incisions de manière à ménager les gros troncs vasculaires et nerveux, il en résulte qu'elle est à la fois peu douloureuse et exempte de dangers, puisque la peau, quelques ligaments et les os sont à peu près les seules parties intéressées ; et elle donne la facilité de conserver le membre, qui, bien que raccourci et souvent ankylosé, n'en est pas moins propre à remplir divers usages importants.

Mais il s'en faut de beaucoup que cette opération soit toujours couronnée de succès, parce qu'on attend en général pour la pratiquer que toute espérance de guérison spontanée soit tout-à-fait perdue. Alors les chairs qui environnent les os sont grisâtres, blafardes, fongueuses et peu disposées à se réunir, et la suppuration qu'elles fournissent, baignant incessamment les extrémités des os, s'oppose à tout travail de réunion entre elles. Le pus continue donc à couler en aussi grande abondance et avec les mêmes caractères après l'opération qu'avant, et on voit les accidents reparaître et nécessiter l'amputation du membre. Il est donc très important de ne pas attendre, pour pratiquer l'opération, que des trajets fistuleux aient trop altéré les parties molles et aminci la peau. En général, il est temps d'opérer lorsque la présence du pus commence à se faire reconnaître dans l'articulation, que les ligaments ramollis ne maintiennent plus solidement les parties osseuses qui y concourent, que, en saisissant avec les mains le membre au-dessus et au-dessous de l'article, on en peut faire mouvoir les deux parties horizontalement l'une sur l'autre, et que le frottement qui a lieu pendant ce mouvement entre les surfaces articulaires est accompagné de crépitation, indice de l'usure de leur substance et de la perte de leur poli. Mais dans beaucoup de cas encore, malgré les soins les plus éclairés, on ne peut obtenir la guérison ; c'est pour cela que beaucoup de chirurgiens préfèrent l'amputation du membre, qui ne nous paraît devoir être tentée qu'après que la résection des os a échoué.

La forme différente des articulations, leur étendue, leur siége, leur importance, apportent, soit dans les symptômes qui ac-