

plaie deux ou trois fois par semaine avec de la potasse caustique ou du sulfate de cuivre.

4° *Séton*. — Ce moyen est moins fréquemment employé que les précédents. Brodie¹ l'applique à l'aîne au-dessus du tronc du nerf crural antérieur; les résultats, dit-il, ont surpassé mes espérances dans plusieurs cas. J'en ai obtenu très-soudainement l'abattement complet de la douleur. « Quand la douleur est grave, ajoute-t-il, l'usage du séton apporte un soulagement plus certain et plus immédiat que la plaie artificielle par le caustique; mais il n'est pas aussi efficace pour arrêter la marche de la maladie que pour diminuer la violence des symptômes. » Je n'ai eu que de rares occasions de voir appliquer le séton. Pour ma part, je l'ai employé encore plus rarement et je n'ai point eu à m'en louer; la maladie a même semblé prendre une marche plus active sous son influence.

5° *Vésicatoires*. — C'est le moyen de prédilection de Boyer. Voici comment il l'emploie : d'abord le malade gardera le lit et observera le repos le plus parfait. On appliquera sur la partie antérieure, supérieure et externe de la cuisse un vésicatoire plus ou moins large, suivant l'âge du malade; on ne l'enlèvera qu'au bout de vingt-quatre heures; les pansements seront faits avec le cérat; et lorsqu'il sera desséché, ce qui a lieu ordinairement au bout de cinq à six jours, on en appliquera un second à côté du premier, ensuite un troisième, et successivement le nombre qu'on jugera nécessaire. Les bons effets des vésicatoires se manifestent par la diminution de la douleur et par le retour du membre à sa longueur naturelle. On doit donc en continuer les applications jusqu'à ce que la douleur soit entièrement dissipée, et que la longueur du membre malade soit égale à celle du membre sain. Il arrive quelquefois que, après avoir sensiblement amélioré l'état du malade, les vésicatoires produisent un effet contraire, c'est-à-dire qu'ils augmentent les douleurs et qu'ils font éprouver un état de spasme aux muscles de la cuisse : on doit alors y renoncer et combattre l'irritation

¹ Brodie, p. 152.

par les topiques émollients, l'application de sangsues, les bains, etc.

Le nombre de vésicatoires nécessaires pour produire la dérivation qu'on se propose, varie singulièrement. Nous avons vu des sujets chez lesquels deux ou trois ont suffi pour produire l'effet qu'on désirait, tandis que chez d'autres il a fallu en mettre dix ou douze et même plus. On juge à la cessation des phénomènes morbides, que les vésicatoires ont arrêté les progrès de la maladie; mais il ne faut pas toujours prononcer, dans ce cas, que la guérison est radicale et complète, et permettre au malade de se lever et de marcher; il faut, au contraire, le faire tenir au lit et lui faire continuer le repos pendant un certain temps, ainsi que l'usage des remèdes intérieurs. Nous avons observé plusieurs récidives dues à l'oubli de ces précautions et qui obligent à recourir à de nouvelles applications de vésicatoires volants.

M. Guersant fils trouve que chez les enfants les vésicatoires produisent trop d'agacement. Nous avons vu qu'il préférerait les petits cautères.

Enfin, M. Velpeau préfère les vésicatoires très-larges (vésicatoires monstres) à ceux plus petits et plus fréquemment renouvelés.

La *pommade stibiée* en frictions, portée au point de déterminer une forte éruption pustuleuse, est un moyen utile encore pour remplir l'indication qui nous occupe. M. Jules Guérin l'emploie de préférence à tout autre. Son usage peut être avantageux, quand les moyens précédents répugnent trop aux malades.

On voit souvent, malgré le traitement le plus rationnel et le mieux combiné, les symptômes poursuivre leur marche, l'inflammation articulaire et les accidents continuer, la maladie enfin passer à la deuxième période.

CHAPITRE III

TRAITEMENT DES ACCIDENTS, SUITES ET COMPLICATIONS.

La conduite du chirurgien, dans ces circonstances fâcheuses,

doit être basée sur ce qu'il a observé dans le cours de la maladie, et sur la tendance qu'elle paraît affecter vers telle ou telle terminaison. Dans tous les cas, le repos, la position devront être continués comme propres à favoriser les terminaisons les plus heureuses; les moyens généraux seront continués aussi, sauf les modifications exigées par l'état général du malade. Quant aux résolutifs, aux révulsifs, ils trouveront encore leur application; le chirurgien alors se dirigera d'après les règles générales que nous avons exposées.

Maintenant, c'est sur un point ardu de la question que nous devons nous arrêter; je veux parler des abcès formés autour de l'articulation. Ces abcès sont de deux ordres: M. Gerdy les distingue en abcès circonvoisins et en abcès migrateurs ou par congestion.

§ 1^{er}. — Abcès.

1^o *Abcès circonvoisins*. — Ces abcès se développent dans le voisinage des os malades, mais sans communiquer avec eux. « Plus la maladie est intense, dit M. Gerdy¹, plus les abcès sont communs et étendus; il n'est pas rare, dans le cours de quelques mois, de voir ainsi un plus ou moins grand nombre de ces abcès s'ouvrir et se cicatriser ensuite à la circonférence d'un os malade: il ne faut pas confondre ces abcès, que je désigne par l'épithète de *circonvoisins*, avec ceux qui sont formés par le pus sécrété par l'os malade, et qui s'est réuni sous la peau: ces derniers sont les abcès par congestion de certains auteurs, je les appelle *abcès par migration* ou *migrateurs*, quand le pus qui les forme vient d'un peu loin. Ces derniers communiquent nécessairement avec l'os malade, au moyen d'un trajet plus ou moins direct, plus ou moins sinueux. Les premiers, au contraire, situés à une profondeur variable, se sont formés sous l'influence de l'inflammation voisine de l'os malade, et en restent séparés par une couche plus ou moins épaisse de tissus sains et altérés.

¹ *Archives*, troisième série, t. IX, p. 10.

Dans la coxalgie, ces abcès sont rares, cependant on les peut rencontrer. Boyer, qui les signale un peu obscurément, il est vrai, conseille de les abandonner à la nature, ou de ne les ouvrir que si leur présence gêne beaucoup le malade. S'il était toujours possible de les distinguer des abcès provenant de la carie articulaire, on pourrait avec avantage leur appliquer le traitement des abcès ordinaires, c'est-à-dire l'incision large qui permet une issue complète et facile de la matière purulente. Mais, dans le doute, il n'y a pas d'inconvénient à se conduire comme si l'abcès avait une origine osseuse.

2^o *Abcès par congestion* ou *migrateurs*. — Bien que Larrey ait vu, sous l'influence des moxas appliqués au nombre de vingt ou trente dans le cours d'une année, des abcès par congestion disparaître sans laisser de traces, on ne doit pas compter sur un pareil résultat. Ce sont de ces faits exceptionnels dont il faut tenir compte, mais qui ne peuvent servir de guide dans la pratique ordinaire.

Le plus ordinairement la maladie continue à marcher; et si l'art n'intervient, l'abcès s'ouvre spontanément.

Nous avons vu, à l'article *pronostic*, que cette ouverture spontanée n'était pas nécessairement mortelle, mais il n'en est pas moins vrai qu'elle est généralement plus grave que l'ouverture faite par les moyens de l'art. Et sur ce point, les chirurgiens sont à peu près unanimes; ils défendent d'abandonner la tumeur à elle-même, dans la crainte que l'ouverture spontanée ne cause la destruction d'une portion de la peau, et ne demeure large et béante. L'abcès sera donc ouvert; mais à quelle époque? et de quelle manière? Plusieurs chirurgiens, frappés par la considération des accidents terribles dont l'ouverture de ces abcès peut être le point de départ, ont conseillé de les ouvrir le plus tard possible. Boyer, lui-même, a longtemps professé cette opinion; mais, depuis, remarquant qu'un abcès par congestion entraîne une mort d'autant plus certaine et plus prompte qu'il est plus ancien et plus volumineux, il a modifié sa pratique et donné le conseil formel d'ouvrir la tumeur aussitôt que la fluctuation y est devenue manifeste. A l'époque où

Boyer écrivait, c'était peut-être une détermination hardie que celle d'ouvrir de si bonne heure ces abcès par congestion, parce qu'alors on ne connaissait guère les moyens de prévenir les complications funestes dues au contact de l'air.

Maintenant la question est plus simple; cependant, tout en admettant qu'il faut ouvrir ces abcès de bonne heure, je pense, avec M. Denonvilliers¹, qu'avant de prendre ce parti, l'on doit tenter quelques efforts en faveur de la résolution.

Quels sont les procédés les plus avantageux pour pratiquer l'ouverture de ces abcès?

1° *Incisions larges.* — C'est M. Lisfranc surtout qui préconise cette manière de faire, dans le but, dit-il, d'évacuer plus complètement le pus, d'empêcher autant que possible sa stagnation, sa putréfaction : quant aux accidents qui peuvent suivre cette opération, il les attribue à l'inflammation du kyste, et les combat par les applications réitérées de sangsues. Il y a dans cette pratique quelque chose de rationnel; s'il convient d'ouvrir un abcès par congestion, évidemment il vaut mieux une grande incision qu'une médiocre. Certainement aussi les applications de sangsues sur le trajet du foyer ont une certaine efficacité, non-seulement pour prévenir le mouvement fébrile qui se développe si souvent quelque temps après l'ouverture, mais aussi pour retarder, dans certains cas, le développement des symptômes adynamiques consécutifs. Ce sont des faits dont j'ai été témoin. Cependant je n'adopte point cette pratique.

2° *Ouvertures par les caustiques.* — C'était une pratique fort usitée autrefois; tantôt on employait les caustiques proprement dits, tantôt le fer rouge. Rust, Percy, Larrey ont cherché à faire revivre cette méthode, mais elle a, comme la première, un inconvénient capital, celui de permettre l'introduction de l'air au milieu du foyer, sans présenter aucun avantage réel.

3° *Ponctions successives.* — Boyer a beaucoup insisté sur l'importance d'éviter l'introduction de l'air dans le foyer de la

¹ Denonvilliers, *Dictionn. des études méd.*, t. I, p. 51.

collection. Voici comment il s'exprime : « Comme l'accès de l'air est encore plus nuisible que dans aucune autre espèce d'abcès, on doit faire la ponction avec un bistouri très-étroit, plonger cet instrument très-obliquement en tendant fortement la peau, afin de pouvoir suspendre plus aisément le cours du pus quand on viendra à lâcher la peau, l'ouverture de celle-ci se trouvant plus éloignée de celle du sac purulent. Enfin, ne tirer qu'une quantité médiocre de pus à chaque ponction, afin de favoriser le retour des parois de l'abcès sur elles-mêmes et la diminution graduelle du foyer. »

Cette méthode a subi depuis lors d'utiles perfectionnements. Petit, de Lyon, voulait qu'on se servît d'une ventouse pour retirer le pus à travers une ouverture étroite, faite par une aiguille rougie à blanc. M. Pelletan fils a proposé à l'Académie un instrument à l'aide duquel on opère à la fois le vide et la ponction de l'abcès. Le plus commode, à mon avis, est le trocart plat, dont la canule est munie d'un robinet, et s'adapte, par son extrémité extérieure, à une seringue à hydrocèle. Le trocart, coiffé de la canule, est introduit obliquement dans le kyste, à travers des tissus épais, des muscles si c'est possible; on retire avec précaution la tige, on ferme immédiatement le robinet pour empêcher l'introduction de l'air, on adapte ensuite la seringue, on ouvre le robinet et l'on aspire le pus : avant de retirer la seringue, le robinet doit être de nouveau fermé. On répète cette aspiration jusqu'à ce que l'abcès soit vidé; puis on retire la canule, en ayant soin de presser avec les doigts sur son trajet, afin de l'essuyer et d'empêcher le pus de pénétrer dans le trajet qu'elle parcourt : on comprime ce trajet et l'on ferme l'orifice extérieur avec du sparadrap. A l'aide de ce procédé bien exécuté, on est complètement à l'abri de l'introduction de l'air.

J'ai plusieurs fois eu l'occasion de le mettre en usage, et jamais je n'ai eu lieu de m'en repentir. J'ai vu, dans le service de M. Robert, à l'hôpital Beaujon, une jeune fille affectée de coxalgie à la deuxième période. Un vaste abcès s'était manifesté à la partie supérieure et externe de la cuisse; le cas était

fort grave; je crus cependant pouvoir être utile à la malade et la mettre dans des conditions favorables à la guérison, en évacuant cette vaste collection purulente. Au moyen du trocart plat, muni de sa canule à robinet, je fis une première ponction qui me permit d'extraire deux litres de pus. Plus tard, M. Robert, reprenant son service, continua le traitement que j'avais commencé; il fit plusieurs ponctions à quelques semaines de distance, et, quatre mois après, il eut le bonheur d'obtenir une guérison complète.

Depuis, M. Robert a encore obtenu un résultat à peu près aussi beau chez une femme qui, probablement, avait une destruction partielle du fémur, et qui est restée avec un raccourcissement de trois centimètres.

Lorsque, par le fait de la marche naturelle de la maladie, ou bien par le fait de l'art, les abcès se sont ouverts à l'extérieur, il importe de prévenir ou de combattre les accidents qui peuvent en résulter. Ces accidents sont dus, ou bien à l'inflammation de la membrane du kyste, alors les moyens antiphlogistiques, préconisés par M. Lisfranc, trouvent ici leur application; ou bien par la viciation du pus, alors on doit avoir recours à la position, aux pansements fréquemment renouvelés, aux contre-ouvertures, à la compression méthodique, aux injections détersives. Un moyen qui m'a rendu plus d'une fois de grands services, et que j'ai vu fréquemment employer par M. Récamier, consiste à remplir la cavité de l'abcès avec un liquide inerte, de l'eau tiède par exemple, à boucher ensuite l'orifice avec un tampon de charpie; l'eau filtre peu à peu à travers le tampon, et le pus ne se putréfie pas.

Enfin le malade peut s'épuiser par le fait de l'abondance trop considérable de la suppuration; on soutiendra ses forces au moyen de toniques amers, de bon vin vieux, d'aliments réparateurs. Mais si les accidents deviennent par trop pressants, on aura à se demander si l'art ne possède pas encore quelque ressource extrême; je veux parler de la résection et de l'amputation.

§ II. — Résection.

C'est une question bien grave que celle de la résection du fémur dans la coxalgie; car de deux choses l'une : ou bien le malade conserve encore une certaine vigueur, alors tout espoir n'est pas perdu d'obtenir une guérison par ankylose; ou bien le malade est épuisé par la suppuration, alors il est à craindre que l'opération n'ajoute encore à cet état de faiblesse et ne détruise la dernière résistance vitale.

Cependant ces considérations n'ont point empêché Whytt, Parek, Vermandois, Petit-Radel, Rossi, de conseiller cette opération, à laquelle un jeune chirurgien militaire des plus distingués, M. Bonino, vient encore de donner son assentiment dans un excellent travail publié dans les *Annales de la chirurgie*¹.

« Je suppose, dit Vermandois², qu'il n'y ait pas un délabrement dans les parties molles, capable d'ôter tout espoir de conserver le membre... Ainsi, dans les suppurations, dans les caries de l'articulation du fémur avec l'os innominé... si la maladie a fait des ravages sur les parties dures, je suivrais la division qui y conduit, s'il y en a une que l'on puisse suivre avec sûreté; sinon je ferais une incision longitudinale qui commencerait au-dessus du grand trochanter, et se prolongerait le long de la partie supérieure et externe du fémur...; tirant en dehors la portion supérieure de l'os, j'en dépouillerais une portion plus ou moins longue, et j'emporterais avec la scie non-seulement tout ce qui serait vicié, mais aussi une étendue suffisante pour me permettre de traiter aisément la carie de la cavité cotyloïde et le vice des parties environnantes par les moyens convenables...; les objections qu'on pourrait faire contre les grandes incisions, en cette circonstance, tomberaient avec autant de fondement sur l'amputation dans l'article, opération que M. La-louette croit pouvoir réussir, malgré la carie de la cavité co-

¹ Bonino, *Annales de la chirurgie*, 1844.

² *Ancien journal de médecine*, t. LXVI, p. 72; 1786.

tyloïde. Dans le cas où le vice des parties serait borné à la tête du fémur, cette opération n'aurait aucun avantage sur le moyen que je propose, et dans celui où la cavité cotyloïde se trouverait en même temps intéressée, elle ne pourrait que présenter un peu plus de facilité dans les pansements. »

Rossi donne les mêmes conseils¹ : « Si la cavité cotyloïde se trouve aussi affectée de carie, on aura soin, en appliquant le lambeau, de tenir ouverte une voie pour pouvoir y apporter les remèdes propres à arrêter les progrès de la carie et à en extraire les morceaux. »

« Quant² aux moyens de traitement pour la carie de la cavité cotyloïde, c'est la cautérisation que se proposait d'employer Briot, après une résection qu'il avait projetée, s'il trouvait le cotyle carié. M. Moreau père espérait enlever la partie malade avec la gouge et le maillet. Il proposa l'opération à deux malades qui la refusèrent. »

Quelques chirurgiens ont été plus loin ; ils ont mis à exécution ce que les précédents avaient seulement proposé. La nature elle-même semble les y avoir conduits, en opérant par ses propres forces la séparation de la tête du fémur, cariée, et son expulsion.

Quoi qu'il en soit, déjà cette opération a été pratiquée huit fois, et elle compte trois succès : nous ferons observer cependant que les faits rapportés par Schmalz et par Vogel ne sont pas en réalité des résections, puisque la tête de l'os était déjà séparée, et qu'il a suffi de l'extraire.

La science, comme on voit, n'a point encore dit son dernier mot sur cette opération.

§ III. — Désarticulation de la cuisse.

Les mêmes raisons qui tendent à faire repousser la résection de la tête du fémur s'appliquent à la désarticulation ; et contre cette dernière encore existent des raisons spéciales. En effet,

¹ *Éléments de médecine opér.*, t. II, p. 225 ; Turin, 1806.

² Bonino, *Annales de la chirurg.*, p. 409 ; avril 1844.

comme opération, la désarticulation de la cuisse est plus grave que la résection ; et même, en cas de réussite, les résultats sont loin d'être comparables ; car, dans l'une, il y a mutilation énorme ; dans l'autre, il y a au moins conservation du membre.

Obs. C. — M. Baffos, en 1812, me paraît être le premier qui l'ait pratiquée dans cette circonstance. C'était chez un enfant âgé de sept ans. Le malade guérit de l'opération, quoique la cavité cotyloïde fût altérée ; mais il succomba aux progrès de la maladie scrofuleuse au bout de trois mois.

Je ne pense pas, malgré ce demi-succès, que M. Baffos trouve beaucoup d'imitateurs.

§ IV. — Ankylose.

Lorsque la maladie a fait des progrès tels que les surfaces osseuses se trouvent détruites dans une étendue plus ou moins considérable, l'ankylose est un bienfait, tous les efforts du chirurgien doivent tendre à provoquer cette terminaison. Nous ne reviendrons pas sur les moyens thérapeutiques indiqués plus haut, et qui rempliraient parfaitement cette indication ; mais quand la maladie est terminée, quand toute trace d'inflammation a disparu, qu'il ne reste plus que la difformité, l'intervention du chirurgien peut encore être utile. Les moyens proposés dans cette circonstance varient suivant que l'ankylose est complète ou incomplète.

1° *Ankylose complète.* — Une opération hardie a été proposée par M. Rhea Barton, et exécutée avec succès par cet habile chirurgien, dans le double but d'établir une fausse articulation et de redresser le membre qui était fléchi à angle droit sur le bassin. Cette opération consiste dans la section du col du fémur. Plus tard, M. Rodgers, chirurgien de New-York, a suivi son exemple avec le même succès. C'est donc une nouvelle voie ouverte à la thérapeutique chirurgicale. Ces faits sont trop peu nombreux encore pour que je puisse en déduire des considérations générales ; je me contenterai de les rapporter. (Voy. Obs. CI et suivantes.)

Enfin, M. Velpeau, dans un cas bien remarquable, par suite de l'ankylose des deux fémurs, jointe à l'atrophie des membres inférieurs, a osé pratiquer l'amputation des deux cuisses, et, chose prodigieuse, le malade a survécu, retirant de cette double opération le bénéfice qu'il en attendait, d'être cul-de-jatte. (Voy. Obs. CV.)

Depuis l'époque où j'écrivais ce travail, j'ai eu moi-même l'occasion de pratiquer l'opération de Rhea Barton avec un succès complet. Bien plus, tout récemment, en 1861, j'ai obtenu le même résultat au moyen d'une méthode beaucoup plus innocente, la diaclasie.

Obs. CI. — *Coxalgie; ankylose; section du col du fémur*¹. — Dans le courant de l'hiver dernier, le docteur J. Rhea Barton, de Philadelphie, l'un des chirurgiens de l'hôpital de Pensylvanie, a pratiqué une opération nouvelle qui doit occuper un rang dans les fastes de l'art. Ce fut à l'occasion d'une ankylose de l'articulation coxo-fémorale, accompagnée d'une difformité considérable.

John Coyle, de Philadelphie, âgé de vingt et un an, matelot, tomba, le 17 mars 1825, de deux mètres à deux mètres et demi de hauteur sur le bord d'un baril. Il en éprouva une douleur violente à la hanche droite, avec une tuméfaction considérable et une grande difficulté à marcher. Pendant cinq mois, le malade éprouva tous les accidents et tous les symptômes que doit nécessairement causer l'inflammation d'une des plus grandes cavités articulaires du corps, et la maladie se termina par l'immobilité et la difformité du membre. De retour à Philadelphie, en octobre 1825, ce malade entra à l'hôpital de Pensylvanie. Il existait alors une tuméfaction très-considérable à la hanche; le malade avait la position que détermine la luxation du fémur sur l'échancrure sciatique; cependant, la position du grand trochanter, par rapport à l'épine antérieure et supérieure de l'os des iles, ne permettait pas de s'arrêter à cette opinion, et au milieu de mon incertitude, toutefois, je penchais à supposer qu'il n'y avait ni fracture ni luxation. Ayant encore trouvé ce malade à l'hôpital l'année suivante, je me décidai à lui faire une opération qui eut pour but l'établissement d'une articulation artificielle, et je me proposai d'opérer de la manière suivante: Je pensai qu'il convenait de faire une incision longitudinale de seize à dix-huit centimètres et demi de longueur, s'étendant au-dessous du grand trochanter; d'en pratiquer une autre transversale de dix à treize centimètres, qui vint faire avec la première un angle au sommet du grand trochanter, de manière à former

¹ Rhea Barton, *Arch. gén. de méd.*, t. XIV, p. 305; 1827.

une incision cruciale, dont les quatre angles fussent réunis sur l'éminence trochantérienne; de disséquer ensuite l'aponévrose, et de séparer les muscles du col de l'os sans couper leurs fibres; de scier ensuite le fémur transversalement entre les deux trochanters, au moyen d'une scie forte et étroite fabriquée pour cela; de placer le membre dans l'extension, et de mettre sur la plaie un appareil approprié; et lorsque la première irritation serait passée, d'agiter souvent et doucement le membre pour prévenir la formation du cal, et pour donner issue à une fausse articulation. L'état satisfaisant du malade, la connaissance des phénomènes que présentent les bords fracturés d'un os qui, ne se réunissant pas à l'aide d'un cal, sont maintenus à l'aide d'une substance ligamenteuse, tandis que leurs extrémités perdent leur surface raboteuse, me firent espérer le succès de mon opération, que je pratiquai de la manière indiquée plus haut, le 29 novembre 1826, assisté des docteurs Heerson et Parrish, à l'hôpital de Pensylvanie.

Après avoir disséqué et soulevé l'aponévrose, j'incisai les muscles au grand trochanter, et après m'être frayé une route par laquelle je pouvais introduire l'indicateur par devant et par derrière le col du fémur, j'introduisis sans difficulté la scie dont j'ai parlé plus haut, et je fis la section de l'os: alors on étendit le membre, en lui faisant exécuter un mouvement de rotation en dehors. Mis à côté de l'autre, il parut plus court de quatorze millimètres environ, ce qui était dû en partie à la distorsion du bassin.

On n'eut pas un seul vaisseau à lier; la plaie ne fut point réunie par première intention: on se contenta d'en réunir les bords avec un emplâtre agglutinatif, et de soutenir le membre avec l'appareil de Desault. L'opération ne dura que sept minutes. Le soir, le malade souffrait beaucoup; il était faible; son estomac était irrité: on lui fit prendre deux grains d'opium.

Le 30 au matin, vomissements, nuit mauvaise, pouls faible, membre douloureux. On administra pendant le jour de l'opium et de l'eau de soude (soda water), et, le soir, de l'opium et du camphre, une mixture neutre, un sinapisme sur l'épigastre; il survint du mieux; il s'écoula un peu de sang par la plaie. Jusqu'au 24 décembre les accidents se calmèrent peu à peu; la suppuration commença à s'établir; la plaie se recouvrit de bourgeons charnus de bonne nature. Du 1^{er} au 20 janvier la suppuration fut abondante; le malade s'affaiblit: on le soutint par l'usage des toniques à l'intérieur, et la plaie fut pansée simplement. Le 20 janvier la plaie commençait à se cicatriser et la suppuration était moindre. On avait commencé le vingtième jour après l'opération à faire exécuter au membre des mouvements analogues à ceux qui se passent dans une articulation saine; mais on eut toujours soin de ne pas répéter ce mouvement, tant que le malade éprouva trop d'irritation; on le réitéra plus fréquemment à mesure que le membre devint moins douloureux. Du 20 au 30 janvier les accidents disparurent peu à peu. Du 1^{er} au 15 février il se développa quelques rougeurs