

Cette considération a porté M. Bégin et l'un de nous, M. Sanson, à exécuter cette méthode par un procédé qui se rapproche autant que possible de la méthode circulaire oblique, que le dernier avait déjà appliquée à l'articulation scapulo-humérale. Ce procédé consiste à placer le point de réunion des lambeaux, d'une part, sur la branche ascendante de l'ischion, et de l'autre, sur le grand trochanter, et à les faire le plus courts possible. Pour l'exécuter, le sujet est placé comme dans les cas précédens, et l'artère crurale comprimée au pli de la cuisse. L'opérateur, placé devant le malade en dehors du membre, fait avec un long couteau une incision courbe à convexité inférieure très-légère, et qui, partant de la partie interne et supérieure de la cuisse, à deux ou trois travers de doigt du pubis, vient se terminer sur le sommet du grand trochanter, en passant sur la partie antérieure et supérieure du membre, à quatre travers de doigt au dessous de l'arcade crurale. Cette incision ne divise que les tégumens, qui sont relevés. On lie alors l'artère fémorale près de sa sortie de l'abdomen, au dessus de l'origine de la profonde. Une seconde incision de même forme, partant de l'extrémité interne de la première, et venant joindre son extrémité externe, divise les tégumens de la partie postérieure du membre, en passant au dessous du pli de la fesse. La peau étant attirée en haut, il ne reste plus qu'à couper circulairement les chairs qui environnent l'articulation et le col du fémur par une incision profonde, qui, commençant au niveau de la partie interne de la jointure, le contourne en tous sens, en passant au dessus du grand trochanter. La désarticulation est ensuite très-facile. On devrait, comme à la suite de tous les autres procédés, lier promptement les vaisseaux de la partie interne et de la partie postérieure du membre. Lorsque le blessé est couché, la résistance du lit soutient les chairs de la partie postérieure de la plaie, tandis que le lambeau antérieur, tombant par l'effet de son propre poids, s'ap-

plique comme de lui-même à sa partie antérieure et supérieure, et l'on évite ainsi les vides qui résultent de la difficulté de maintenir de longs lambeaux exactement appliqués l'un à l'autre, et aussi de la disposition de la tête et du col du fémur et du grand trochanter, qui, dans l'état naturel, soulèvent les chairs aux dépens desquelles est taillé le lambeau externe. En même temps, la contractilité du tissu du derme fait perdre aux lambeaux la forme demi-circulaire qu'on leur a donnée en les taillant, et toute la plaie, réunie suivant une ligne oblique de bas en haut et de dedans en dehors, prend l'aspect d'une plaie résultant d'une amputation circulaire ordinaire, par conséquent d'une étendue beaucoup moindre que celle dans laquelle on conserve les lambeaux. Nous n'avons jamais exécuté cette opération sur le vivant, mais tout porte à croire qu'elle serait suivie d'accidens moins graves que les autres.

Bien que non encore exécutée, cette opération a déjà été modifiée par quelques-uns de nos élèves, qui coupent d'un seul coup la peau et les muscles, en tournant autour du col du fémur, absolument comme nous en usons pour l'articulation de l'épaule. Mais cette manière de faire ne convient qu'aux sujets dont le membre a peu de volume, et dont la peau a conservé assez de mobilité pour pouvoir être fortement attirée en haut avant l'incision. Chez les autres, cette membrane reste trop courte pour recouvrir toute la surface du moignon.

Nous-mêmes avons apporté quelques modifications à l'opération qui vient d'être décrite. Voici comment nous conseillons de la pratiquer maintenant.

L'opérateur, placé en dehors du membre, commence sur sa partie interne, à quatre travers de doigt au-dessus de l'arcade du pubis, une incision qu'il ramène en devant, et qui, passant à la même distance de l'arcade crurale, vient se ter-

miner sur le sommet du grand trochanter. On peut à volonté lier ou non l'artère crurale avant de pousser plus loin l'opération. Le couteau étant reporté au-dessous du membre, fait partir de l'extrémité interne de l'incision supérieure, une seconde incision qui se dirige en arrière en dehors et en haut, et vient se terminer au niveau du sommet du grand trochanter, en se confondant de nouveau avec la première, ces deux incisions n'intéressent que la peau, qui est relevée. Cela fait, le chirurgien plonge la pointe du couteau sur la partie antérieure interne et supérieure du membre, et divise sur la tête du fémur, toutes les parties molles qui recouvrent l'articulation, y compris la capsule; l'instrument est porté en avant, puis en dehors, au-dessus du grand trochanter, sans quitter la tête du fémur qui sert successive ment de point d'appui aux parties qu'on divise. Toutes les chairs de la partie interne antérieure et externe étant divisées, ainsi que la capsule, on reporte le couteau à la partie interne du membre, la pointe étant toujours maintenue dans l'articulation: on lui fait décrire une sorte de mouvement en fronde qui divise toutes les chairs de la partie postérieure du membre. En résumé, après la section de la peau, la pointe du couteau pénètre le plus promptement possible jusqu'à l'articulation, et ne la quitte plus, tandis que sa lame décrit un cône dont le sommet repose sur la cavité cœlytoïde, et dont la base correspond au niveau de la section des tégumens. La plaie qui résulte de ce procédé est parfaitement régulière, et convenablement disposée pour une réunion exacte.

De son côté, M. Delpech a imaginé et mis en pratique, avec succès, un autre procédé, qui consiste à faire un lambeau interne assez grand pour recouvrir toute la surface mise à nu, et ne point faire de lambeau externe. Ce procédé a été promptement modifié par plusieurs praticiens, et par nous-mêmes,

dans nos démonstrations de médecine opératoire. La modification apportée consiste à faire un lambeau antérieur plutôt qu'interne, qui, par son propre poids, s'applique de lui-même aux surfaces qu'il doit recouvrir.

*Méthode ovulaire.* M. Scoutetten, cherchant à appliquer la méthode ovulaire à la désarticulation de la cuisse, décrit un procédé qui ressemble beaucoup à celui que nous proposons, quant au résultat. Il en diffère, dans l'exécution, en ce que le malade est couché sur le côté opposé, et en ce que les deux incisions qui se joignent sur le grand trochanter, divisent du premier coup les parties molles jusqu'à l'os. Il est facile de voir de quel côté se trouve la sécurité, et par conséquent l'avantage.

*Réséction.* La réséction est, sortie que nous l'avons déjà dit, l'opération par laquelle on retranche une portion du corps ou l'extrémité articulaire d'un os. Les anciens la conseillaient déjà dans les cas de carie du corps des os, et dans ceux de fracture avec sortie de fragmens aigus à travers les chairs et les tégumens déchirés. Le délabrement qu'il fallait opérer pour isoler un os carié des chairs qui l'environnent, et celui qui existe déjà dans les fractures avec saillie des fragmens, et auquel l'opération ajouterait souvent encore, sont des causes trop énergiques d'inflammation violente et de gangrène, ou de suppurations prolongées et de mauvaise nature, pour qu'une pareille opération offre beaucoup de chances en sa faveur. Aussi la plupart des médecins préfèrent-ils en général pratiquer l'amputation du membre, qui substitue une plaie simple et mieux disposée à une guérison prochaine à une plaie formée, dans un cas, par des chairs blafardes et altérées par l'inflammation chronique dont elles sont le siège, et dans l'autre, par des chairs dilacérées, contuses et infiltrées de sang. Cependant l'opération de la réséction a été tentée avec succès un assez grand nombre de fois dans l'un et l'autre de ces cas.

De nos jours, Moreau père, Percy, Béclard, et d'autres, ont enlevé des portions plus ou moins considérables du tibia et du péroné affectés de carie. Dans le cas rapporté par Moreau, ce chirurgien enleva le corps du tibia dans l'étendue de dix pouces; le péroné céda, et l'individu guérit, en conservant la faculté de s'appuyer sur sa jambe raccourcie et déformée. Un grand nombre d'autres chirurgiens ont aussi pratiqué la résection de fragmens de fractures récentes qui saillaient à l'extérieur, et celle d'extrémités articulaires luxées, qui, sortant à travers une plaie déchirée des tégumens, offraient beaucoup de résistance aux efforts de réduction. C'est à la sagacité du chirurgien de décider au besoin l'opportunité d'une semblable opération, et d'apprécier les chances de succès qu'elle offre en sa faveur, comparée à l'amputation du membre.

Quoi qu'il en soit, les altérations organiques et les fractures pouvant affecter les os longs dans des points très-différens de leur longueur, et dans une étendue très-variable, on sent que nous ne pouvons ici qu'indiquer d'une manière fort générale les règles suivant lesquelles l'opération doit être pratiquée. Lorsqu'on opère pour retrancher une portion du corps d'un os long affecté de carie, de spina ventosa, ou de quelque autre maladie semblable, le chirurgien, après avoir fait préparer des bistouris, des rugines, une spatule, des élévatoires, des scies à main et à chainons, des pinces à ligature, des fils et quelques autres objets d'un usage commun dans toutes les opérations, et fait coucher le membre sur un appui solide, garni d'alèzes, incise les parties molles qui recouvrent l'os du côté opposé à celui où existent les gros vaisseaux, et divise ces parties depuis la peau jusqu'au périoste inclusivement; la portion d'os malade est ensuite dénudée dans toute sa circonférence. On engage en haut et en bas, au dessous d'elle, une plaque de plomb, de carton ou de bois, qui met les parties molles à l'abri de l'ac-

tion de la scie, et on la sépare par deux traits de cet instrument du reste du corps de l'os. On panse ensuite le membre comme s'il était affecté de fracture comminutive compliquée de perte de substance à l'os et de plaies aux parties molles. Pour retrancher une partie d'os saillante hors d'une lésion de continuité, il faut presque toujours commencer par débrider la plaie qui lui donne passage; on incise ensuite circulairement les parties molles et le périoste qui adhèrent à la base du fragment; on garantit les chairs voisines avec une compresse fendue, comme on le fait dans les amputations, ou on interpose entre elles et l'os une plaque de plomb, de cuir bouilli, de carton, etc., et on opère, au moyen de la scie, la résection de toutes les parties d'os saillantes et dénudées; il ne reste plus qu'à faire la réduction de la fracture ou de la luxation, et à panser le malade comme il sera dit à l'occasion des fractures compliquées. Si les deux fragmens d'une fracture sortaient en même temps par la plaie, ou s'il était facile de les faire saillir successivement au dehors, et que tous deux fussent terminés par une pointe aiguë, il vaudrait mieux retrancher l'extrémité de chacun d'eux, que de borner la résection à un seul; il faut, dans le cas contraire, ne retrancher que l'extrémité du fragment saillant.

Tels étaient, en y ajoutant celui où l'extrémité de l'os nécrosée fait saillie à la surface du moignon après l'amputation du membre, les seuls cas auxquels on bornait l'usage de la résection des os, lorsque Whyte conçut, en 1759, l'idée d'en faire usage dans ceux d'articulation anormale, à la suite des fractures non consolidées; et en 1768, celle de la substituer à l'amputation des membres dont une articulation est affectée de carie. Depuis lui, nos chirurgiens militaires ont appliqué la résection des extrémités articulaires aux cas de fractures comminutives de ces extrémités par les projectiles lancés par la poudre à canon.

Le procédé qu'employait Whyte pour obtenir la consolidation des articulations contre nature, consistait à inciser jusqu'aux os les parties molles du côté opposé aux gros vaisseaux du membre, à faire ensuite saillir successivement, et en commençant par celui qui présente le plus de facilité pour cela, l'extrémité de chacun des fragmens pour en opérer la résection à l'aide d'une scie, ou à ne réséquer que l'un des deux, en se bornant à ruginer l'autre. Il remplaçait ensuite les os, et mettait le membre dans un appareil à fracture. Ce procédé a depuis été imité par un assez grand nombre de chirurgiens, et avec succès. Mais comme on était peu à peu arrivé à l'opinion qu'il était absolument indispensable de *rafraîchir* les deux fragmens, on n'en faisait guère usage que pour les fractures non consolidées de l'humérus, où, les fragmens restant ordinairement opposés bout à bout, il est facile de les faire sortir l'un après l'autre par une incision faite à la partie externe du bras. On en faisait rarement usage contre les fractures non consolidées du fémur, où le plus souvent, les fragmens chevauchant l'un sur l'autre, le supérieur, porté au dehors, est le seul qui puisse être facilement mis à découvert, l'inférieur, porté en dedans et en arrière, étant trop éloigné pour pouvoir être ramené au dehors par une plaie faite de ce côté, et recouvert en dedans par des parties trop épaisses et par des vaisseaux trop importants pour que l'on puisse tenter de l'attaquer par le côté interne du membre. M. Dupuytren a prouvé que l'opinion qui consistait à regarder comme indispensable d'agir sur les deux fragmens était erronée. Dans ce cas il s'est borné à pratiquer la résection d'un seul des fragmens, et il a réussi à obtenir la consolidation dans les deux cas où il a mis cette pratique en usage. Dans le premier, il s'agissait d'une femme affectée depuis dix-huit mois d'une fracture du fémur non consolidée, et à laquelle, après avoir mis à nu, par une incision faite à la partie externe de la cuisse, le fragment supérieur de la fracture, il retrancha

l'extrémité saillante de ce fragment, réduisit la fracture, et en obtint la consolidation au bout de deux mois environ. Le sujet de la seconde observation était un jeune officier russe qui, ayant eu la mâchoire fracturée avec perte de substance par une balle, était guéri de ses plaies, mais avait conservé une grande mobilité entre les fragmens de la fracture. La maladie existait depuis trois ou quatre ans quand il vint trouver M. Dupuytren (1). La résection fut également bornée à un seul des fragmens, l'autre étant trop profondément caché dans la partie la plus épaisse de la joue; et cependant, la fracture, ayant été réduite, se trouva consolidée lorsqu'on enleva l'appareil, le soixante-unième jour de l'opération, quoique par l'effet de celle-ci, et surtout par celui de la blessure, l'os maxillaire eût éprouvé une perte de substance d'au moins un pouce.

Dans tous les cas de résections des os, faites pour obtenir la consolidation d'articulations anormales, le procédé ne diffère de celui que l'on met en usage pour retrancher les fragmens saillans au dehors d'une fracture récente, qu'en ce que, dans ce dernier cas, l'os à réséquer se présente en quelque sorte de lui-même à l'instrument, tandis que dans le premier il faut le mettre à découvert par une incision, et le pousser en dehors avant de le dépouiller des chairs et de son périoste, pour en opérer la résection. Nous ne reviendrons donc pas sur ce que nous avons dit à ce sujet. La sagacité du chirurgien doit lui servir de guide dans le choix du procédé le plus propre à lui faire atteindre son but. Quant à la résection des extrémités articulaires cariées ou fracassées, comme la forme des articulations est invariable, et que les procédés les plus avantageux pour les ouvrir et retrancher les parties osseuses

(1) Voyez l'observation de ce fait intéressant dans le tome XIX du *Journal universel des sciences médicales*.

qui les composent ont été indiqués et décrits pour chacune d'elles, nous allons les faire connaître.

*Réséction de la tête de l'humérus.* Pour pratiquer cette opération, Whyte commençait par faire une incision verticale, étendue depuis le sommet de l'acromion jusqu'à la partie moyenne du bras, et qui pénétrait jusqu'à l'os. Depuis, l'on a pensé, avec raison, qu'il y aurait de l'avantage à découvrir plus largement l'articulation, en faisant, aux dépens des chairs du moignon de l'épaule, des lambeaux de formes et de dimensions diverses. Bent, ayant fait une incision qui partait d'un orifice fistuleux situé au devant de l'épaule, incisa ensuite les attaches du muscle deltoïde à la clavicule, pour se faire du jour. Dans un autre cas, Moreau de Bar fit deux incisions verticales, l'une devant et l'autre derrière le moignon de l'épaule, et les réunit ensuite par une incision transversale, de manière à avoir deux lambeaux quadrilatères, un supérieur et un inférieur; et il put, non-seulement extraire la tête de l'humérus, mais encore l'angle antérieur de l'omoplate, auquel la carie s'était propagée. Lafaye faisait, comme Moreau, deux incisions verticales; mais il les réunissait à leur partie inférieure par l'incision transversale, de manière à n'avoir qu'un large lambeau, qu'il relevait. Le procédé le meilleur et le plus prompt est celui de M. Dupuytren, qui saisit de la main gauche et soulève la masse du deltoïde, traverse sa base avec un couteau à deux tranchans, qu'il fait passer entre le muscle et l'humérus, glisse l'instrument de haut en bas, le long de cet os, jusqu'à ce qu'il soit arrivé près de l'insertion du tendon, et, inclinant le tranchant en dehors, forme ainsi, en un seul temps, le large lambeau que Lafaye ne formait qu'à l'aide de trois incisions.

De quelque manière que l'on ait mis l'articulation à découvert, une fois que ce premier temps de l'opération est terminé,

on relève les lambeaux, on coupe les tendons des muscles qui s'attachent aux deux tubérosités de l'humérus, en même temps que la capsule articulaire; ensuite, on luxe, en haut et en dehors la tête de l'humérus; puis, après avoir pris les précautions convenables pour garantir les parties molles de l'épaule et les vaisseaux axillaires, soit à l'aide d'une compresse, soit à l'aide d'une plaque, on la retranche d'un trait de scie. L'humérus est alors remis en place, et le malade traité comme s'il avait une fracture compliquée. Quelques malades succombent, après cette opération, des suites de la continuation de la suppuration fournie par les chairs de mauvaise nature qui forment le moignon de l'épaule, et qui ne se cicatrisent pas. Chez ceux qui guérissent, il est rare que l'extrémité tronquée de l'humérus se soude complètement avec l'omoplate. Dans la plupart des cas, ces deux os se réunissent au moyen d'une substance fibreuse et épaisse, qui tient le bras suspendu, et lui permet d'exécuter quelques mouvemens fort bornés. Il doit être très-rare de voir se former une articulation anormale véritable entre les deux os; cependant cela n'est pas impossible: on trouve dans le *Bulletin des sciences* de la société philomatique, une observation insérée par M. le professeur Chaussier, et dont le sujet est un individu chez lequel, après une séparation spontanée de la tête de l'humérus, affectée de carie, il s'était formé sur l'extrémité de cet os une cavité articulaire encroûtée de cartilage, et qui recevait une saillie arrondie en forme de tête, développée sur la partie correspondante de l'omoplate, laquelle était également encroûtée d'un cartilage diarthrodial. Moreau a vu une fois l'articulation se faire entre l'extrémité supérieure de l'humérus et les côtes.

*Réséction de l'articulation du coude.* Cette opération a, pour la première fois, été proposée par Park de Liverpool,

en 1785. Le procédé qu'il a imaginé consistait à fendre crucialement les tégumens du coude, à amputer l'olécrane, et après avoir opéré la résection des extrémités des os malades, à placer l'avant-bras dans la position demi-fléchie, à remplir la plaie de charpie, et à rapprocher par-dessus les lambeaux de l'incision cruciale. M. Moreau père (1), qui, le premier, l'a exécutée sur le vivant, a suivi un procédé qui lui est propre, et qui est préférable à celui de Park. Le malade étant couché sur le ventre, ce chirurgien pratique de chaque côté de la partie inférieure du bras une incision parallèle au bord correspondant de l'humérus, et qui, commençant à deux pouces au dessus du condyle, vient se terminer au niveau de l'articulation; une incision transversale, passant au niveau du sommet de l'olécrane, réunit les deux premières, et circonscrit un lambeau dont la base, dirigée en haut, est continue aux chairs de la partie postérieure du bras. Ce lambeau est relevé; si l'olécrane est sain, on le laisse en place; s'il paraît malade, on l'ampute. Dans tous les cas, on détache avec précaution les chairs qui adhèrent aux bords et à la face antérieure de l'humérus; on glisse entre elles et cet os une lame de bois ou de carton, qui les garantit de l'action de la scie, et à l'aide de cet instrument on sépare l'extrémité de l'os de son corps. Lorsque cette section est opérée, on dégage la portion d'os détachée des chairs qui l'unissent encore aux parties voisines et aux os de l'avant-bras. Si ceux-ci paraissent affectés, on prolonge du côté de la main les deux premières incisions latérales, et, après avoir détaché de haut en bas le lambeau des parties molles, on fait saillir leurs deux extrémités par la plaie, en luxant l'avant-bras en haut et en arrière, après quoi on opère facilement la résection; ou bien, si la maladie est très-superficielle, on l'enlève avec

(1) Voyez la thèse de M. Moreau, ayant pour titre : *Observations pratiques relatives à la résection des articulations affectées de carie*. Paris, 1803.

la gouge et le maillet. L'opération terminée, Moreau réunissait la plaie au moyen de la suture, et plaçait le membre dans la demi-flexion.

M. le professeur Dupuytren fait, comme Moreau, deux incisions verticales, qu'il réunit par une incision transversale, laquelle passe au niveau de la base de l'olécrane, mais au lieu de couper le nerf cubital, il incise la gaine de ce nerf, et le porte en avant du condyle interne de l'humérus, où un aide le maintient avec une spatule; cela fait, il sépare, dans tous les cas, l'olécrane du corps du cubitus par un trait de scie appliqué à sa base, l'extirpe s'il est malade, et le laisse dans le lambeau qu'il relève, dans le cas contraire. Il coupe alors les ligamens latéraux de l'articulation, luxe l'humérus en arrière, et retranche toute la partie de son extrémité qui est altérée: enfin, il luxe à leur tour les os de l'avant-bras dans le même sens, et en opère la résection s'il les trouve affectés.

La résection de l'articulation huméro-cubitale a été exécutée un assez grand nombre de fois, tant pour remédier à des caries, que pour extraire les fragmens de fractures comminutives du coude, à la suite de plaies d'armes à feu. Elle a réussi toutes les fois que les chairs n'étaient pas désorganisées; mais c'est toujours après beaucoup de temps et de danger que les malades guérissent. La soudure des extrémités tronquées des os ne s'opère pas; mais les parties s'affermissent, et l'avant-bras recouvre assez de force et de mobilité pour rendre encore des services importans et nombreux. Dans un cas où une balle restée dans la plaie avait déterminé une carie du condyle externe de l'humérus et de la partie correspondante de l'olécrane, Moreau fit une incision verticale le long de la crête de l'os, en dirigea une seconde de la partie inférieure de celle-ci à l'olécrane, releva le lambeau, et ayant ainsi mis la carie à découvert, l'enleva avec la gouge et le

maillet, ainsi que la balle qui l'avait produite. Le lambeau fut recousu, et six semaines après, le militaire qui fait le sujet de cette observation avait repris son service.

Une opération analogue conviendrait, si le condyle opposé était le siège de l'affection.

*Réséction de l'articulation radio-carpienne.* Cette opération a, pour la première fois, été pratiquée par Moreau, sur une jeune fille, à laquelle il a retranché l'extrémité inférieure du radius carié, et qui a recouvré assez de liberté dans les mouvemens pour reprendre sa profession de couturière. Il ne décrit pas le procédé qu'il a suivi. Percy veut que l'on fasse sur le bord externe du radius, et sur le bord interne du cubitus, une incision verticale; nous avons ajouté dans les premières éditions de cet ouvrage, qu'il fallait que ces incisions fussent prolongées jusqu'aux apophyses styloïdes, afin de faciliter la section des ligamens latéraux; et qu'il serait avantageux de commencer par séparer, lors même que le radius seul serait malade, l'extrémité inférieure du cubitus, qui est plus petite et plus sous-cutanée. M. le professeur Roux a pensé comme nous dans ce dernier point, ayant à pratiquer la réséction du poignet, voici le procédé qu'il a suivi. Deux incisions parallèles à la direction du radius et du cubitus furent faites à la partie inférieure de l'avant-bras; et de l'extrémité latérale de chacune d'elles, en partit une autre horizontale, qui se dirigeait vers la face postérieure de l'articulation. Le lambeau angulaire qui en résulta de chaque côté fut disséqué et relevé; la partie inférieure du cubitus fut ensuite isolée, on passa entre elle et le radius, une compresse qui, ramenée sur le radius, entraîna toutes les chairs de ce côté; le cubitus fut scié, puis sa tête isolée et désarticulée, après quoi on procéda de la même manière pour le radius. Nous avons vu le malade opéré par M. Roux. La main forme un angle dans

le sens de la flexion avec l'avant-bras, mais elle jouit de la facilité de saisir divers objets.

*Réséction de l'articulation coxo-fémorale.* Whyte, et après lui Vermandois et Rossi, ont pensé que l'on pourrait pratiquer avec avantage la réséction de la tête du fémur; il ne serait en effet pas fort difficile, en plongeant au devant de la partie supérieure de la cuisse un couteau dont la pointe serait dirigée de manière à venir sortir en arrière, et dont le tranchant serait ensuite conduit en bas et en dehors, de former un lambeau, et de mettre à découvert la partie externe et supérieure de l'articulation; mais ce lambeau achevé, l'ouverture de la capsule articulaire, la section du ligament interne, et l'exarticulation de l'os, n'offriraient-elles pas sur un sujet vivant de grandes difficultés, à cause de l'épaisseur et de la force des muscles qui s'attachent de toutes parts au fémur? D'ailleurs, en supposant que l'on vint à bout d'opérer la réséction, quels accidens inflammatoires n'en seraient-ils pas la suite, et de quelle utilité pourrait être pour le malade un membre flottant en quelque sorte, et incapable de lui servir d'appui? Ces raisons, qui ont été senties de tout temps, ont empêché les chirurgiens de tenter la réséction de la tête du fémur, et cette opération n'a jamais été faite.

*Réséction de l'articulation fémoro-tibiale.* Park est le premier qui ait pratiqué cette opération. Pour l'exécuter, il fit au devant du genou une incision cruciale qui pénétrait jusqu'à l'articulation, écarta les quatre lambeaux, dans l'un desquels se trouvait la rotule, et, après avoir isolé l'extrémité inférieure du fémur, la retrancha. MM. Moreau, père et fils, l'ont ensuite exécutée par un autre procédé que voici: le membre étant étendu, on pratique de chaque côté, entre les muscles vastes et les fléchisseurs de la jambe, une incision qui commence au dessus du condyle correspondant du fémur, et vient à ceux