

du tibia, en pénétrant jusqu'aux os; une incision transversale passant au dessous de la rotule, et pénétrant également jusqu'aux os, réunit les deux premières; le lambeau et relevé, l'extrémité inférieure du fémur isolée, et le doigt indicateur gauche étant passé derrière, on retranche toute la portion d'os affectée, en sciant d'avant en arrière, sur ce doigt. On fait alors abaisser la jambe, et le doigt placé derrière la pièce coupée la pousse d'arrière en avant par son extrémité supérieure; le fragment est alors saisi et détaché de toutes ses adhérences. Si le tibia est malade, il est très-facile de le luxer en avant, et après avoir placé derrière lui une plaque ou un doigt qui garantisse les vaisseaux poplités, de retrancher tout ce qui est affecté. Le membre est ensuite placé dans l'extension, et pansé convenablement.

M. Bégin et l'un de nous avons pensé qu'il était possible de pratiquer cette opération d'une manière plus simple. La jambe étant fléchie sur la cuisse, on pratique au dessous de la rotule une incision qui, divisant son ligament inférieur, ainsi que les ligamens latéraux du genou, ouvre largement l'articulation. Il est alors facile d'opérer, soit à l'aide du bistouri, soit avec des ciseaux, la section des ligamens croisés, et de luxer ensuite en avant successivement l'extrémité inférieure du fémur et l'extrémité supérieure du tibia, pour en opérer la résection. Il est inutile de dire que si la rotule était malade, il faudrait, de même que dans les autres procédés, l'extraire. L'opération achevée, la jambe serait replacée dans l'extension, et couchée dans une gouttière qui la maintiendrait dans cette position jusqu'à la fin du traitement.

Les résultats de la résection du genou n'ont pas en général été satisfaisans. Dans les cas les plus heureux, les malades ont acheté, par plusieurs mois de souffrances et de dangers, la conservation de membres déformés, et peu propres à remplir

leurs fonctions dans la marche et la sustentation du corps.

Résection de l'articulation tibio-tarsienne. M. Moreau fils est le premier qui l'ait pratiquée; voici quel procédé il mit en usage. Le malade étant couché sur une table solide, ce chirurgien commença par abaisser le long du péroné et du tibia une incision verticale, de l'extrémité inférieure de laquelle il en fit partir une seconde horizontale, qui s'étendait d'arrière en avant, d'un côté, jusqu'à l'attache du muscle petit péronier latéral, et de l'autre côté, jusqu'à celle du muscle jambier antérieur. Les deux lambeaux étant relevés, M. Moreau, placé au côté interne du membre, détacha les chairs de la partie inférieure et postérieure du tibia; puis, ayant engagé une petite scie derrière cet os, il en opéra la section, dirigeant l'instrument de manière que, sur la fin de l'opération, il devint parallèle à la face externe du tibia. La portion séparée du corps de l'os fut ensuite renversée en dedans, et détachée des parties molles auxquelles elle était encore adhérente. La portion appartenante au péroné fut ensuite extraite. Il semble qu'il vaudrait mieux, après avoir formé le lambeau, commencer par détacher l'extrémité du péroné; puis, portant le pied en dehors, couper les ligamens qui partent du sommet de la malléole interne, et luxer le tibia en dedans, pour en opérer plus commodément la section. On pourrait facilement retrancher avec la gouge et le maillet les portions de la surface de l'astragale qui se trouveraient altérées. Cette opération a réussi. M. Roux a été moins heureux: le malade auquel il avait pratiqué la résection de l'articulation tibio-tarsienne a succombé.

En comparant les inconvéniens de la résection des extrémités articulaires avec ceux de l'amputation, on se convaincra facilement qu'il doit être de règle de tenter cette opération pour les maladies des membres supérieurs, dont rien

ne peut remplir les usages quand on les a perdus, mais qu'en général il faut s'en abstenir pour les maladies des membres inférieurs, puisqu'on n'obtient, pour prix de souffrances fort grandes et de dangers prolongés pendant fort long-temps, que des membres difformes et incommodes, qui remplissent beaucoup moins bien leurs usages que ne le ferait une jambe de bois. Ceci s'applique surtout à la résection de l'extrémité supérieure du fémur, et à celle de l'articulation tibio-fémorale : celle du pied étant moins dangereuse, on peut à la rigueur la tenter chez les sujets bien disposés et qui ont une répugnance invincible pour l'amputation.

ORDRE PREMIER.

CONTUSIONS.

Des contusions en général.

La contusion est toujours produite par l'action d'un corps moussé mû avec une grande vitesse ou pourvu d'un grand poids qui heurte ou qui presse plus ou moins fortement le point sur lequel il est appliqué, suivant une direction oblique ou perpendiculaire à sa surface. A vitesse égale, un corps contondant qui agit par une surface étroite et dans une direction perpendiculaire aux parties, et sur des tissus bien soutenus, produit une plus forte contusion qu'un corps contondant qui agit par une large surface, qui frappe obliquement sur la partie, ou qui agit sur des tissus auxquels leur mobilité permet d'éluder en partie son action; avec la même vitesse et le même volume, un corps contondant qui frappe les parties dans une direction oblique détermine une contusion moins forte, mais plus étendue, qu'un corps qui agit dans une direction perpendiculaire.

Considérés en général, les effets de la contusion peuvent se rapporter à trois degrés principaux. Dans le premier, l'atteinte portée aux tissus n'est pas assez profonde pour détermi-

ner leur désorganisation ni au moment du coup ni à l'époque du développement de la réaction inflammatoire; dans le second, les tissus vivent encore immédiatement après l'action du corps contondant; mais leur organisation est tellement altérée qu'ils sont incapables de résister au travail d'une inflammation vive, et qu'ils meurent au moment où cette inflammation inévitable commence; dans le dernier enfin, l'organisation et la vie y sont détruites par le seul effet de la contusion, et ils sont immédiatement transformés en eschares. Les phénomènes ultérieurs dont s'accompagne la maladie ne sont par conséquent pas les mêmes dans ces trois degrés; leur gravité relative est aussi fort différente, et il en est de même des indications curatives qu'ils présentent; il serait donc fort important de pouvoir de prime abord les distinguer l'un de l'autre; mais dans l'état actuel de la science, cela est le plus souvent tout-à-fait impossible. On ne peut guère juger de l'intensité de la contusion d'après la profondeur à laquelle elle pénètre; car ce mode d'évaluation serait lui-même fautif, parce que les tissus ne résistent pas tous également, et qu'il arrive souvent que la peau et le tissu cellulaire sous-cutané qui cèdent, en vertu de leur mobilité, à l'impulsion du corps contondant, ne présentent que des traces de contusion très-légère, tandis que les muscles, plus résistans, sont complètement divisés ou même désorganisés.

Les effets de la contusion se présentent sous trois formes principales, qui sont : l'ecchymose simple, l'épanchement sanguin, et le broiement de la partie. L'ecchymose simple se manifeste en général lorsque le corps vulnérant a été mû avec une vitesse médiocre, et offre une large surface; elle a aussi lieu, lorsqu'un corps mû avec une grande vitesse n'a fait qu'effleurer la partie. L'épanchement de sang est produit par le choc perpendiculaire ou oblique d'un corps doué d'une