

Opération le 11 août. Même procédé, même lésion capsulaire, mêmes suites bénignes. On administre le bromure de potassium à 4 grammes pour prévenir les crises d'épilepsie.

12 septembre. Suppression du pansement. Membre affaibli. Les mouvements articulaires se font librement et sans douleur. Massage et électrisation des muscles.

Malgré la reprise du travail et des attaques d'épilepsie, la luxation ne s'était pas reproduite le 25 octobre, pas plus que le 25 août 1893, plus d'un an après l'opération.

Il n'est pas besoin, je pense, de commenter longuement la note de M. Ricard pour en démontrer l'importance et la valeur. Trois faits surtout s'en dégagent :

a. Constatation de la lésion capsulaire, probablement constante, expliquant et permettant la luxation récidivante.

b. Création d'un procédé opératoire combattant, corrigeant et faisant disparaître la lésion susdite, avec temps accessoires et moyens adjuvants propres à assurer le succès définitif.

c. Nouveau triomphe de la thérapeutique rationnelle basée sur les causes et la nature du mal.

Avant d'adresser à notre jeune confrère nos remerciements, nos félicitations et nos encouragements, vous permettez à votre rapporteur de présenter deux remarques personnelles.

La première est relative au traitement post-opératoire, toujours si utile pour conduire à bien les convalescences chirurgicales, mais qui, dans le cas particulier qui nous occupe, a puissamment contribué, suivant moi, à la simplicité des suites immédiates et à l'excellence du résultat définitif.

Vous vous rappelez qu'aussitôt le pansement fini, le bras appliqué sur le thorax avec la main reposant sur l'épaule saine a été très soigneusement immobilisé, d'où vraisemblablement l'absence complète de douleur et l'apyrexie absolue. Mais ce qui mérite toute votre attention, c'est le temps relativement très long pendant lequel cette immobilisation a été rigoureusement maintenue, savoir : trente-huit jours dans un cas et au moins trente et un dans l'autre. Après quoi on a mis le bras en écharpe et, comme on constatait l'affaiblissement et la légère atrophie des muscles biceps et deltoïde, on pratiqua l'électrisation et le massage exclusivement musculaire, *mais en s'abstenant de toute mobilisation articulaire provoquée*, qui, d'ailleurs, eût été bien superflue, puisque la *mobilité naturelle de la jointure paraissait conservée*. C'est seulement après un nouveau délai d'une semaine environ qu'on autorisa enfin les opérés à se servir progressivement et prudemment de leur membre.

Je prévois la stupeur dans laquelle cette conduite et surtout son éclatant succès jetteront les chirurgiens *ankylophobes*, qui s'imaginent qu'il faut incessamment manipuler et tourmenter les jointures blessées pour les empêcher de s'enraidir et sauvegarder