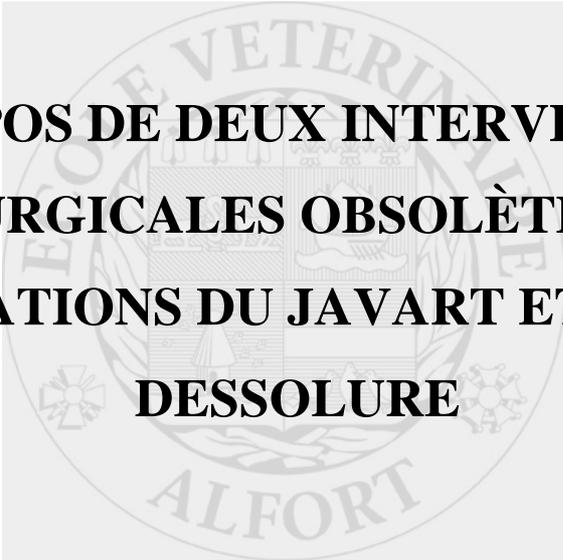


Année 2011



**À PROPOS DE DEUX INTERVENTIONS  
CHIRURGICALES OBSOLÈTES : LES  
OPÉRATIONS DU JAVART ET DE LA  
DESSOLURE**

THÈSE

Pour le

DOCTORAT VÉTÉRINAIRE

Présentée et soutenue publiquement devant  
LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE CRÉTEIL

le.....

par

**Manon, Mélanie RIFFAUD**

Née le 1<sup>er</sup> Janvier 1984 à Paris 20<sup>ème</sup>

JURY

**Président : Pr.**

**Professeur à la Faculté de Médecine de CRÉTEIL**

**Membres**

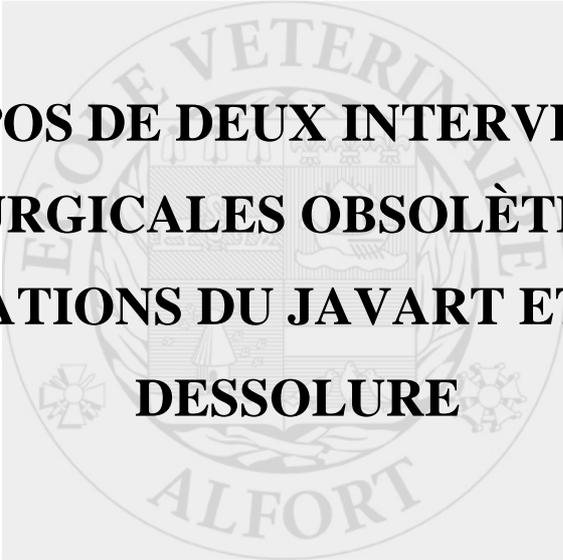
**Directeur : Monsieur Christophe DEGUEURCE**

**Professeur à l'ENVA**

**Assesseur : Monsieur Fabrice AUDIGIÉ**

**Professeur à l'ENVA**

Année 2011



**À PROPOS DE DEUX INTERVENTIONS  
CHIRURGICALES OBSOLÈTES : LES  
OPÉRATIONS DU JAVART ET DE LA  
DESSOLURE**

THÈSE

Pour le

DOCTORAT VÉTÉRINAIRE

Présentée et soutenue publiquement devant  
LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE CRÉTEIL

le.....

par

**Manon, Mélanie RIFFAUD**

Née le 1<sup>er</sup> Janvier 1984 à Paris 20<sup>ème</sup>

JURY

**Président : Pr.**

**Professeur à la Faculté de Médecine de CRÉTEIL**

**Membres**

**Directeur : Monsieur Christophe DEGUEURCE**

**Professeur à l'ENVA**

**Assesseur : Monsieur Fabrice AUDIGIÉ**

**Professeur à l'ENVA**

**LISTE DES MEMBRES DU CORPS ENSEIGNANT**

Directeur : M. le Professeur MIALOT Jean-Paul

Directeurs honoraires : MM les Professeurs MOFATJON Robert, PARODI André-Laurent, PETIT Charles, TOMA Bernard

Professeurs honoraires : MM. BRUGERE Henri, BUSSIERAS Jean, CERF Olivier, CLERC Bernard, CRESPEAU François, DEFUTTE Bertrand  
LEFARS Henri, MOUTHON Gilbert, MITHAUD Guy, POUCHERON Jean-Louis, ROZIER Jacques**DEPARTEMENT D'ELEVAGE ET DE PATHOLOGIE DES EQUIDES ET DES CARNIVORES (DEPEC)**

Chef du département : M. POLACK Bruno, Maître de conférences - Adjoint : M. BLOT Stéphane, Professeur

<p><b>- UNITE DE CARDIOLOGIE</b> Mme CHEIBOUL Valérie, Professeur M. GKOUNI Vasiliki, Praticien hospitalier</p> <p><b>- UNITE DE CLINIQUE EQUINE</b> M. AUDIGIE Fabrice, Professeur* M. DENOIX Jean-Marie, Professeur Mme GRAUDET Aude, Praticien hospitalier Mlle CHRISTMANN Undine, Maître de conférences Mme MESPOULHES-PIVIERE Calina, Maître de conférences contractuel Mme PRADIER Sophie, Maître de conférences contractuel Mlle DUPAYS Anne-Gaëlle, Maître de conférences contractuel</p> <p><b>- UNITE D'IMAGERIE MEDICALE</b> M. LABRUYERE Julien, Professeur contractuel Mme STAMBOULI Fouzia, Praticien hospitalier</p> <p><b>- UNITE DE MEDECINE</b> M. BLOT Stéphane, Professeur* M. ROSENBERG Charles, Maître de conférences Mme MAUREY-GUINOC Christelle, Maître de conférences Mme BENCHEKROUN Ghita, Maître de conférences contractuel</p> <p><b>- UNITE DE MEDECINE DE L'ELEVAGE ET DU SPORT</b> M. GEANTJEAN Dominique, Professeur* Mme YAGUYAN-COLLARD Laurence, Maître de conférences contractuel</p> <p><b>- DISCIPLINE : NUTRITION-ALIMENTATION</b> M. PARAGON Bernard, Professeur</p> <p><b>- DISCIPLINE : OPHTALMOLOGIE</b> Mme CHABORY Sabine, Maître de conférences</p>	<p><b>- UNITE DE PARASITOLOGIE ET MALADIES PARASITAIRES</b> M. CHERMETTE René, Professeur* M. POLACK Bruno, Maître de conférences M. GUILLOT Jacques, Professeur Mme MARIIGNAC Geneviève, Maître de conférences M. HUBEKI Blaise, Praticien hospitalier M. BLAGA Radu Gheorghe, Maître de conférences contractuel (rattaché au DPASP)</p> <p><b>- UNITE DE PATHOLOGIE CHIRURGICALE</b> M. FAYOLLE Pascal, Professeur* M. MOISSONNIER Diana, Professeur M. MALHAC Jean-Marie, Maître de conférences M. NIEBAUER Gert, Professeur contractuel Mme VIATEAU-DUVAL Véronique, Maître de conférences Mme RAVARY-PLUMIGNON Béatrice, Maître de conférences (rattachée au DPASP) M. ZILBERSTRIN Luca, Maître de conférences</p> <p><b>- UNITE DE REPRODUCTION ANIMALE</b> M. FONTBONNE Alain, Maître de conférences* M. NUDELMANN Nicolas, Maître de conférences M. RENY Dominique, Maître de conférences (rattaché au DPASP) M. DESBOIS Christophe, Maître de conférences Mme CONSTANT Fabienne, Maître de conférences (rattachée au DPASP) Mme MASSE-MOREL Gaëlle, Maître de conférences contractuel (rattachée au DPASP) M. MAUFFRE Vincent, Maître de conférences contractuel (rattaché au DPASP)</p> <p><b>- DISCIPLINE : URGENCE SOINS INTENSIFS</b> Mme Françoise ROUX, Maître de conférences</p>
---	--

**DEPARTEMENT DES PRODUCTIONS ANIMALES ET DE LA SANTE PUBLIQUE (DPASP)**

Chef du département : M. MILLEMANN Yves, Maître de conférences - Adjoint : Mme DUFOUR Barbara, Professeur

<p><b>- DISCIPLINE : BIOSSTATISTIQUES</b> M. DESQULBET Loïc, Maître de conférences contractuel</p> <p><b>- UNITE D'HYGIENE ET INDUSTRIE DES ALIMENTS D'ORIGINE ANIMALE</b> M. BOLNOT François, Maître de conférences* M. CARLIER Vincent, Professeur Mme COLMIN Catherine, Maître de conférences M. AUGUSTIN Jean-Christophe, Maître de conférences</p> <p><b>- UNITE DES MALADIES CONTAGIEUSES</b> M. BENET Jean-Jacques, Professeur* Mme HADDAD/HOANG-XUAN Nadia, Professeur Mme DUFOUR Barbara, Professeur Mlle PRAUD Anne, Maître de conférences contractuel</p>	<p><b>- UNITE DE PATHOLOGIE MEDICALE DU BETAIL ET DES ANIMAUX DE BASSE-COUR</b> M. ADJOU Karim, Maître de conférences* M. MILLEMANN Yves, Maître de conférences Mme BRUGERE-FICOUX Jeanne, Professeur (rattachée au DPASP) M. BELBIS Guillaume, Maître de conférences contractuel M. HESKIA Bernard, Professeur contractuel</p> <p><b>- UNITE DE ZOOTECHNIE, ECONOMIE RURALE</b> Mme GRIMARD-BALLIF Bénédicte, Professeur* M. COURRAU Jean-François, Professeur M. BOSSE Philippe, Professeur Mme TEROY Isabelle, Maître de conférences M. ARNE Pascal, Maître de conférences M. PONTER Andrew, Professeur</p>
--	--

**DEPARTEMENT DES SCIENCES BIOLOGIQUES ET PHARMACEUTIQUES (DSEP)**

Chef du département : Mme COMBRISON Hélène, Professeur - Adjoint : Mme LE PODER Sophie, Maître de conférences

<p><b>- UNITE D'ANATOMIE DES ANIMAUX DOMESTIQUES</b> M. CHATRAU Henry, Maître de conférences* Mme CREVIER-DENCIX Nathalie, Professeur M. DEGIJFFRICE Christophe, Professeur Mme ROBERT Céline, Maître de conférences</p> <p><b>- DISCIPLINE : ANGLAIS</b> Mme CONAN Muriel, Professeur certifié</p> <p><b>- UNITE DE BIOCHIMIE</b> M. MICHAUX Jean-Michel, Maître de conférences* M. BELLIER Sylvain, Maître de conférences</p> <p><b>- DISCIPLINE : EDUCATION PHYSIQUE ET SPORTIVE</b> M. PHILIPS, Professeur certifié</p> <p><b>- UNITE DE GENETIQUE MEDICALE ET MOLECULAIRE</b> Mme ABITBOL Marie, Maître de conférences* M. PANTHER Jean-Jacques, Professeur</p> <p><b>- UNITE D'HISTOLOGIE, ANATOMIE PATHOLOGIQUE</b> M. FONTAINE Jean-Jacques, Professeur* Mme BERNEX Florence, Maître de conférences Mme CORDONNIER-LEFORT Nathalie, Maître de conférences M. REYES GOMEZ Edoard, Maître de conférences contractuel</p>	<p><b>- UNITE DE PATHOLOGIE GENERALE MICROBIOLOGIE, IMMUNOLOGIE</b> Mme QUINTIN-COLONNA Françoise, Professeur* M. ROUQUETS Henri-Jean, Professeur M. FREYBURGER Ludovic, Maître de conférences</p> <p><b>- UNITE DE PHARMACIE ET TOXICOLOGIE</b> M. TISSIER Renaud, Maître de conférences* Mme ENRIQUEZ Brigitte, Professeur M. PERROT Sébastien, Maître de conférences</p> <p><b>- UNITE DE PHYSIOLOGIE ET THERAPEUTIQUE</b> Mme COMBRISON Hélène, Professeur* M. TIRET Laurent, Maître de conférences Mme STORCK PILOT Fanny, Maître de conférences</p> <p><b>- UNITE DE VIROLOGIE</b> M. ELGOT Marc, Professeur* Mme LE PODER Sophie, Maître de conférences</p>
--	--

\* responsable d'unité

# REMERCIEMENTS

## **Au Professeur de la faculté de Médecine de Créteil,**

Qui m'a fait l'honneur d'accepter la présidence du jury de thèse.

Hommage respectueux.

## **À Monsieur le Professeur Christophe DEGUEURCE,**

Professeur à l'École nationale vétérinaire d'Alfort, qui m'a fait l'honneur et le plaisir d'accepter de diriger cette thèse. Merci pour sa motivation, son aide et sa gentillesse.

Qu'il trouve ici le témoignage de ma reconnaissance et de ma considération.

## **À Monsieur le Professeur Fabrice AUDIGIÉ,**

Qui m'a fait l'honneur d'être l'assesseur de cette thèse.

Sincères remerciements.

## **À Jean-Mathieu, mon mari,**

Qui m'a soutenue et attendu toutes ces années et qui s'est engagé à me supporter durant les décennies à venir.

## **À ma mère,**

Sans qui ces études n'auraient pas été possibles et qui verra bientôt le retour sur investissement.

## **À Mehdi,**

Qui a été le seul capable de regarder les résultats du concours pour moi et qui m'a libérée de tant de virus ces cinq dernières années.

## **Aux filles, Chloé, Élodie, Flore et Marine,**

Qui ont rendu ces années d'écoles merveilleuses. Merci pour leurs précieuses amitiés et les voyages en Bretagne à venir.

## **À Adam, mon frère,**

Qui a accepté de revenir tous les ans pour Noël.

## **Aux vétérinaires du cabinet du Theil, Claude, Frank et Maurice,**

Qui m'ont donné la place dont je rêvais.

**À mon père,**  
Qui me manque énormément.

**À tous mes proches, Danielle, Bernard, Pierre,**  
Qui m'ont accompagnée pendant ces années d'écoles.

**À Arnaque,**  
Qui m'a permis de revoir mes cours de gastro-entérologie plus de fois que nécessaire.

**À Virginie et Romuald,**  
Qui ont ouvert la voie à la fermeture éclair abdominale.

# TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION .....	3
LE JAVART .....	4
I.    INTRODUCTION.....	4
II.   DÉFINITION.....	5
III.  CLASSIFICATION.....	5
IV.  ÉTIOLOGIE.....	7
V.   SYMPTÔMES.....	9
VI.  DIAGNOSTIC.....	11
VII. TRAITEMENTS.....	13
1.  Le javart simple.....	13
2.  Le javart tendineux.....	16
3.  Le javart encorné.....	18
4.  Le javart cartilagineux.....	22
A.  Le cataplasme d'émollient.....	23
B.  Les injections escarotiques.....	24
C.  Traitement par les caustiques : dite <i>cautérisation potentielle</i> .....	24
D.  Les traitements chirurgicaux.....	26
E.  Conclusion.....	40
VIII. LE JAVART ET LA PETITE VÉROLE.....	41
IX.  CONCLUSION.....	42
LA DESSOLURE .....	44
I.    INTRODUCTION.....	44
II.   DÉFINITION.....	44
III.  TECHNIQUE OPÉRATOIRE.....	45
IV.  COMPLICATIONS.....	47
V.   INDICATIONS.....	47
1.  Le crapaud.....	48
2.  La fourbure.....	49

3.	L'encastelure.....	50
4.	Clou de rue, piqûre de pied, enclouure et retraite.....	52
5.	Solbatus.....	54
6.	Le javart.....	55
VI.	UNE TECHNIQUE ALTERNATIVE À LA DESSOLURE.....	55
VII.	CONCLUSION.....	56
	CONCLUSION.....	58
	BIBLIOGRAPHIE.....	59

# INTRODUCTION

Si la chirurgie des animaux a probablement débuté avec leur domestication, les premières sources témoignant de cette activité datent de l'Antiquité et notamment des *Hippiatrica*, ce corpus de textes d'auteurs de l'Empire romain d'Orient, écrits dans les quatre premiers siècles de notre ère et rassemblés au Xe. Ils témoignent des compétences étendues de professionnels de la médecine et de la chirurgie oeuvrant sur le cheval, qu'il soit animal de transport, de guerre, de cirque ou de poste. Si la ferrure n'existait pas, les soins aux pieds étaient déjà bien développés et les actes de chirurgie étaient légion. Si la pratique n'évolua guère au cours du moyen-âge, en Occident, elle connut de nouveaux développements avec l'accroissement de l'utilisation du cheval à partir de la renaissance. L'apparition de l'équitation académique, l'importance de l'Art du manège qui devait séduire la noblesse à partir du règne d'Henri III furent autant de facteurs qui induisirent une rationalisation des pratiques, ceci sous la férule des traditionnels soignants, les maréchaux, mais aussi d'une nouvelle profession, celle de maître d'équitation, d'écuyer.

Les maladies parfois disparaissent et avec elles leurs traitements. Tel est par exemple le cas du glossanthrax, ce charbon affectant la langue et conduisant à son amputation. Courant au XVIIIe siècle, nul vétérinaire n'en a vu depuis plusieurs décennies. Ainsi en est-il aussi du javart, une affection du pied qui fut un fléau tant que le cheval fut soumis à des marches forcées, à un travail intense sur des terrains durs et irréguliers ; rares sont les maréchaux ou vétérinaires qui peuvent se targuer d'en avoir vu un durant leur carrière. Et pourtant, voici une affection qui figurait au manuel opératoire de base de l'élève vétérinaire à la fin du XIXe siècle ; chacun devait en avoir opéré plusieurs avant de plonger dans une pratique professionnelle qui chaque jour amènerait son lot de chevaux estropiés par cette tumeur.

La chose est un peu différente pour la dessolure. Cette chirurgie n'a pas disparu ; le maréchal ou le vétérinaire peuvent encore aujourd'hui pratiquer une « dessolure partielle », c'est-à-dire le retrait d'un morceau de corne solaire pour libérer un corps étranger ou laisser libre cours à un abcès de pied. Mais de dessolure totale, jamais. Ces deux opérations ont en commun d'avoir eu une influence économique et donc sociale majeures et d'avoir si bien disparu que pratiquement aucun vétérinaire contemporain n'a entendu leur nom.

Ce travail s'est donné pour ambition de replonger dans les méandres de l'Histoire pour évoquer ces deux disparus, toucher du doigt des pratiques complexes, spectaculaires, et objets de multiples débats et contestations dont certains sont à la base de la création de la médecine vétérinaire moderne.

# LE JAVART

## I. INTRODUCTION

Parmi tous les bouleversements apportés par le progrès, il en est un auquel il n'est porté que peu d'attention mais qui a modifié profondément notre mode de vie. Ce bouleversement c'est la migration du cheval outil, outil de transport, outil d'agriculture, outil d'industrie et même outil de communication, vers le cheval uniquement ludique voire sportif. Cette migration s'est naturellement accompagnée d'une baisse conséquente du nombre de chevaux sur le territoire français. En effet, en 1862, la France comptait près de trois millions de chevaux alors que, de nos jours, la population équine est estimée à quatre cent cinquante mille têtes (Bouchet, 1993). Cette baisse est étroitement liée à la baisse d'activité des équidés, concomitamment aux progrès scientifiques et techniques permettant, à mesure de ces avancées, le remplacement du cheval par l'automobile, le tracteur et même la grue.

La place occupée autrefois par le cheval était prépondérante dans la vie quotidienne. Les chevaux lourds peuplaient les campagnes pour leur capacité à tracter de lourdes charges, les chevaux plus légers, quant à eux, occupaient plutôt les grandes agglomérations telles que Paris comme nos voitures contemporaines, créant même parfois des embouteillages notamment sur la place de la Bastille. Le cheval était effectivement indissociable de nombreuses professions comme les professions agricoles, d'ambulanciers et même de pompes funèbres. Il est en outre opportun de rappeler qu'un cheval, au XVII<sup>ème</sup> siècle, travaillait en moyenne 202 jours par an, laissant augurer que nombres d'entre eux étaient de corvée de façon quotidienne tantôt afféré au tractage de lourdes charges, tantôt chargé du transport « rapide » des personnes sur des sols durs, caillouteux voire pavés (Bouchet, 1993).

À la lecture de ces postulats, il apparaît évident que le cheval, outil indispensable de l'homme, était fortement sollicité et plus spécifiquement son appareil locomoteur dont la moindre affection immobilisait l'animal, générant, de facto, un indéniable manque à gagner pour son propriétaire ou son utilisateur. De plus la forte sollicitation des pieds et membres générait, par essence, un accroissement de la fréquence et des types d'affection des membres, affections qui se trouvaient dès lors au centre des préoccupations des vétérinaires, hippiatres ou maréchaux ferrants de l'époque. Nombre de ces maladies ont, aujourd'hui, disparu du fait, comme expliqué plus haut, du changement total du mode d'utilisation du cheval qui de nos jours ne subit plus guère de contraintes aussi extrêmes qu'à l'ère pré-moderne.

Parmi ces maladies aujourd'hui reléguées au rang de vestige de l'histoire de la médecine vétérinaire, il en est une, le javart, qui retiendra notre attention dans les prochains développements et ce du fait que cette affection, qui rendait le cheval inapte au travail, était l'objet d'importantes recherches en médecine vétérinaire et même de multitudes de controverses, que nous nous efforçons d'évoquer.

## II. DÉFINITION

L'origine du mot « javart » n'est pas connue avec certitude. Il est cependant communément admis que le « javart » désigne une affection caractérisée par la nécrose des tissus de l'extrémité inférieure des membres du cheval (boulet, paturon et couronne), de l'âne, du mulet et du bœuf. Cette nécrose se manifestait par une tumeur phlegmoneuse qui s'ulcérait, allant jusqu'à créer un trajet fistuleux. Le terme englobait plusieurs variétés de javart, identifiées différemment selon les auteurs. Tous s'accordaient, néanmoins, sur le fait que le javart se traduisait par un phénomène de nécrose ou de gangrène culminant en l'expulsion d'un tissu mort, filamenteux, d'aspect blanchâtre nommé « bourbillon ». Le javart n'existe plus guère de nos jours, mais il était fréquent aux XVII<sup>ème</sup>, XVIII<sup>ème</sup> et XIX<sup>ème</sup> siècles, et même pendant la première moitié du XX<sup>ème</sup> siècle, époque où le cheval était le moteur-animal ; et il constituait alors une des préoccupations importantes des hippiatres et vétérinaires.

Cette thèse ne traitera que du javart du cheval. Celui des ruminants, surtout les bœufs, était appelé panaris et apparaissait beaucoup plus rarement. Les symptômes et le traitement étaient analogues au javart du cheval (Lafosse, 1861 ; L'abbé Rozier, 1793).

## III. CLASSIFICATION

De la Guérinière distinguait trois sortes de javart : le javart simple, le javart graisseux (ou nerveux), et le javart tendineux. Le javart simple attaquait le tissu cutané et sous cutané au niveau du paturon. Plus douloureux, toujours selon De la Guérinière que le javart « simple », le javart « graisseux » atteignait le tissu graisseux et le « tissu cellulaire », épargnant les nerfs et les tendons. Il le nommait aussi nerveux, tout en précisant qu'il s'agissait d'un abus de langage car celui-ci ne touchait ni les nerfs, ni les tendons (à travers cette remarque, la confusion qui pouvait exister chez certains auteurs entre nerfs et tendons apparaît nettement). De la Guérinière terminait par le javart tendineux (qu'il nommait aussi nerveux<sup>1</sup>) en expliquant que celui-ci était de loin le plus dangereux car les tendons étaient atteints (De la Guérinière, 1742).

Tout comme De la Guérinière, Léon Lafosse confondait les tendons et les nerfs et qualifiait aussi le javart tendineux de javart nerveux. Il le comparait au panaris chez l'homme. Cette forme particulière du javart atteignait les tendons, en partie interne ou externe du membre, et principalement les tendons fléchisseurs depuis le boulet jusqu'au paturon. Mention était alors faite par cet auteur d'une quatrième forme de l'affection, mais aucune définition n'était fournie : il s'agissait du javart encorné (Lafosse, 1861).

Parallèlement à De la Guérinière et presque un siècle avant Léon Lafosse, Philippe-Etienne Lafosse proposait une classification plus exhaustive et plus claire contenant quatre types de

---

<sup>1</sup> De la Guérinière utilisait le terme de « javart nerveux » à la fois pour le javart graisseux et le javart tendineux, ce qui contribuait à la confusion qu'il pouvait exister dans la classification des javarts.

javart: le javart simple, le javart tendineux, le javart encorné proprement dit et le javart encorné improprement dit (Lafosse, 1766).

En abordant le javart simple et le javart tendineux, Philippe-Etienne Lafosse adoptait la même classification que De la Guérinière : « *un cheval boite ; on ne voit aucune cause apparente, on porte la main sur le paturon, on sent le poil mouillé d'une sérosité puante, on presse le cheval à cet endroit, et il sent de la douleur. On frotte cet endroit de quelques graisses ; la peau se coupe en rond dans cet endroit, et il se détache un morceau qu'on appelle bourbillon. Le bourbillon tombé, il reste un creux dans la peau ; le creux se remplit peu à peu, et la plaie se cicatrise ; c'est ce qu'on appelle javart simple* »<sup>2</sup>. En ce qui concerne le javart tendineux (principalement nommé nerveux par cet auteur), Philippe-Etienne Lafosse approfondissait : « *si le javart se trouve sur le tendon, il pénètre jusque sur la gaine du tendon, et il prend le nom de javart nerveux* »<sup>3</sup>. La confusion entre la gaine tendineuse et la gaine nerveuse apparaissait aussi chez cet auteur, lacune qu'Hurtrel d'Arboval faisait remarquer un demi siècle plus tard dans son dictionnaire : « *Il est assez surprenant que Lafosse, l'un des meilleurs anatomistes de son temps, confonde les tendons avec les nerfs, comme on le faisait autrefois ; car s'il eût établi une distinction entre eux, il n'aurait pas admis un javart nerveux, il aurait préféré dire javart tendineux* »<sup>4</sup>.

Quand le javart atteignait la couronne, souvent au niveau d'un quartier du sabot, il était nommé javart encorné proprement dit, à la différence du javart qui atteignait le fibro-cartilage complémentaire de la troisième phalange que Philippe-Etienne Lafosse nommait javart encorné improprement dit ; ce dernier n'étant pas cité dans la classification de Bourgelat (Bourgelat, 1750).

Malgré le fait qu'il proposait une classification, Philippe-Etienne Lafosse soutenait qu'il n'existait qu'un seul type de javart et que les distinctions faites précédemment reflétaient, non pas différents types de javarts, mais des stades différents d'une même affection : « *il résulte de ce que je viens de dire ; que tous les javarts sont simples dans leur origine, qu'ils ne reçoivent des différences qu'à raison des différentes parties qu'ils affectent, et du progrès qu'ils font ; et qu'il n'y en a, à proprement parler que trois espèces : à savoir le javart simple, qui vient indifféremment depuis la couronne jusqu'au boulet ; le javart nerveux qui vient sur le tendon ; et le javart encorné, qui vient sur la couronne, que j'appelle javart encorné proprement dit, pour le distinguer de la carie du cartilage, qu'on appelle mal à propos javart encorné, et que je suis obligé d'appeler (pour me conformer à l'usage) javart encorné improprement dit* »<sup>5</sup>.

La classification de Philippe-Etienne Lafosse fût reprise dans l'*Encyclopédie de Diderot et d'Alembert* (Diderot et d'Alembert, 1778) ainsi que par l'abbé Rozier (L'abbé Rozier, 1793). Cette classification était la plus communément admise, notamment dans les cours dispensés dans les écoles vétérinaires, mais agrémentée de quelques modifications (Beugnot, 1859). Le javart nerveux avait été nommé tendineux et le javart encorné improprement dit porterait le nom plus révélateur de javart cartilagineux ou carie du fibro-cartilage ou encore fibro-chondrite nécrosante.

---

<sup>2</sup> Philippe-Etienne Lafosse, 1789, p. 331.

<sup>3</sup> Philippe-Etienne Lafosse, 1789, p. 331.

<sup>4</sup> Hurtrel d'Arboval, 1838, p. 380.

<sup>5</sup> Philippe-Etienne Lafosse, 1789, p. 332.

Une toute autre pratique existait pour classer les différentes formes du javart. Certains auteurs pensaient que les différents syndromes décrits plus haut n'étaient pas une maladie unique, mais plutôt que le terme de javart englobait de multiples maladies assimilées les unes aux autres par erreur et ce du fait de la présence du phénomène de nécrose (Lafosse, 1861). Ainsi, le javart simple aurait été à classer parmi les furoncles et le javart encorné parmi les panaris.

Au sein de l'entité du javart tendineux, des distinctions avaient été faites par certains auteurs en fonction des tendons atteints. Cependant les lacunes que comprenait la description anatomique des tendons et des nerfs du pied du cheval, ne permettaient pas aux auteurs de proposer une sous-classification du javart tendineux cohérente. Ainsi, les opinions divergeaient aussi quant au tendon atteint lors de javart tendineux (Beugnot, 1859). Solleysel affirmait qu'il existait trois sortes de javart tendineux : un premier qui apparaissait sous un tendon du paturon, un deuxième se situant au dessus d'un tendon du paturon et un dernier que l'on distinguait au dessus du boulet, « à côté du gros nerf (entendre le muscle interosseux III) aux jambes de derrière »<sup>6</sup>. Garsault pour sa part, considérait un javart dit intérieur, sur les tendons médians du paturon, un extérieur, sur les tendons latéraux du paturon, et un nerveux situé au niveau du boulet (Garsault, 1805).

Pour la suite, la classification en javart simple également appelé cutané, javart tendineux, javart encorné et javart cartilagineux sera conservée tout au long de cette thèse.

#### IV. ÉTIOLOGIE

À ce jour, l'étiologie du javart est mal connue et les perspectives de la découvrir sont d'autant moins prometteuses que cette maladie n'existe plus. À en juger par les écrits des XVII<sup>ème</sup>, XVIII<sup>ème</sup> et XIX<sup>ème</sup> siècles, il est possible que le javart ait été provoqué par diverses irritations des parties distales des membres : « *Les causes du javart cartilagineux sont quelquefois ignorées, cependant il n'en est pas moins certain qu'elles sont toutes physiques, et le plus souvent extérieures* »<sup>7</sup>. Ainsi, toute agression ou contusion du pied du cheval telle que celle produite par un clou, un coup de sabot, une piqûre ou encore une erreur humaine, telle un clou mal placé lors de la ferrure, aurait pu être à l'origine d'un javart.

Parallèlement, certaines théories qui avaient cours aux XVII<sup>ème</sup> et XVIII<sup>ème</sup> siècles à propos de l'étiologie du javart n'ont pas été confirmées par la suite et ne s'inscrivaient d'ailleurs pas dans l'orientation des idées scientifiques qui allaient suivre. Ainsi, Bourgelat écrivait : « *Assurément, et pour remonter à ces causes, j'observerai qu'elles peuvent être, ainsi que vous avez dû l'entrevoir par ce que je vous ai déjà dit, internes et externes. Celles-ci seront, par exemple, des coups, des meurtrissures, ou bien quelque matière irritante, une grande quantité de boues, d'ordures et de crasses, qui bouchant les pores de la peau forceront la lymphe ou l'humeur sébacée de s'arrêter dans quelque vaisseau sécrétoire. Cette humeur arrêtée empêchant celle qui vient de nouveau, et qui devrait s'exhaler aussi par la transpiration de passer et de se faire jour, donnera nécessairement lieu à un engorgement, d'où résultera une tumeur d'un volume plus ou moins considérable, qui sera plus ou moins dure, plus ou moins élevée, dont la pointe s'abcédera plus ou moins difficilement, et laissera*

---

<sup>6</sup> Beugnot, 1859, p. 229.

<sup>7</sup> Renault, 1831, p. 16.

*sortir une matière purulente, et même sanguinolente, tandis qu'il s'élèvera du fond de l'ulcère un bourbillon blanc, visqueux, tenace, élastique et semblable à un morceau de corde. Ce bourbillon hors de l'ulcère, il y aura un trou étroit et profond par lequel il s'écoulera chaque jour une certaine quantité de pus, et la tumeur enfin se résoudra et se dissipera insensiblement. À l'égard des causes internes auxquelles elle peut devoir la naissance, nous ne pouvons en accuser que l'épaississement et l'acrimonie de l'humeur, qualités vivieuses qui ont leur source dans le sang, et qui favoriseront cette accumulation, que seule forme le javart »<sup>8</sup>. Ou encore Markham qui mettait en cause le gravier : « Elle est produite par le gravier qui s'amasse sous le fer, lequel gagne au-dedans, et fait venir un abcès au dehors »<sup>9</sup>.*

Comme de tout temps, les mauvaises conditions d'hygiène constituaient un facteur aggravant, mis en cause dès la fin du XVIII<sup>ème</sup> siècle. L'abbé Rozier écrivait : « *Les principes qui donnent naissance à ces différentes espèces de javart, sont les contusions, les meurtrissures, les atteintes négligées, l'âcreté des boues, la crasse accumulée, l'épaississement et l'acrimonie de l'insensible transpiration et d'autres humeurs, etc* »<sup>10</sup>.

À partir du XIX<sup>ème</sup> siècle, une corrélation certaine entre la prévalence de l'affection et les conditions de vie des chevaux était mise en avant: « *Les nombreuses causes du javart consistent dans tout ce qui peut porter un certain degré d'irritation en bas des membres. Ainsi, la malpropreté continuelle, une contusion plus ou moins forte, une morsure, une piqûre, une enclouure, les crevasses, les eaux aux jambes, les atteintes et les étonnements du sabot, peuvent donner lieu au développement du javart. Les chevaux communs que l'on soigne moins, ceux de gros trait, de halage, de course, de relais de poste et de diligence, les chevaux de grandes villes, enfin tous ceux qui sont destinés à une allure vive, sont les plus sujets au javart, et les plus exposés à ce qu'il s'aggrave* »<sup>11</sup>. La nature du travail exigé du cheval avait donc un impact sur la fréquence de cette affection. Dans les campagnes où les chevaux travaillaient souvent seuls et à petite allure, le javart était rare. En revanche, chez les chevaux des villes qui travaillaient sur les pavés, transportaient de lourdes charges et ce, à des allures vives, le javart était très courant. Bouley exposait d'ailleurs une théorie pouvant expliquer cette différence (Bouley, 1880) : à la contusion initialement présente, s'ajoutait une compression, principalement lors de javart cartilagineux, due à la formation de pus ou à un pansement trop serré amorçant la nécrose tissulaire. Partant de ce principe, le travail des chevaux des villes de longues heures durant et qui plus est attelés à de lourdes charges sur des pavés sinueux aurait favorisé une compression interne du pied pouvant être à l'origine de la dégradation d'une plaie en javart.

À la fin du XIX<sup>ème</sup> siècle, certaines idées plus farfelues persistaient encore. Ainsi, Léon Lafosse reconnaissait au javart des causes indirectes telles que des aliments avariés, une digestion difficile ou une irritation de la muqueuse intestinale. Le froid aussi constituait une cause possible, car il avait constaté une augmentation de la prévalence du javart en hiver (Lafosse, 1861). Ceci pouvait néanmoins s'expliquer par des conditions d'hygiène plus difficiles à assurer pendant les mois rudes (plus de boue...) mais aussi par des lésions plus nombreuses à la cicatrisation plus difficile (crevasses...).

---

<sup>8</sup> Bourgelat, 1750, p. 351.

<sup>9</sup> Markham, 1666, p. 166.

<sup>10</sup> L'abbé Rozier, 1793, p. 104.

<sup>11</sup> Cardini, 1848, p. 6.

Au début du XX<sup>e</sup> siècle, la notion d'infection venait compléter l'étiologie du javart (Usse, 1928). La composante infectieuse de cette affection avait été confirmée dans une thèse de l'École vétérinaire d'Alfort rédigée par un étudiant nommé Usse. Une flore diverse et variée avait été mise en évidence et une bactérie en particulier était presque toujours présente : *Fusobacterium necrophorum*, appelé aussi bacille de la nécrose. L'extension de lésions voisines au javart, telles des dermites ou crevasses, entre autres infections du pied, apparaissait alors comme une origine possible de cette infection (Usse, 1928).

Selon certains auteurs, tel qu'Hurtrel d'Arboval, chaque type de javart avait une étiologie différente (Hurtrel d'Arboval, 1838). Ainsi, le javart cutané aurait été causé par l'effet irritant de la boue, d'un corps étranger, etc., sur la peau des membres, couplé à un manque d'hygiène. Le javart tendineux, quant à lui, aurait pu faire suite à un javart cutané ou bien avoir été la suite d'une lésion, d'une distension des gaines synoviales des tendons fléchisseurs du pied ou encore d'une inflammation de ces tissus. Le javart encorné aurait les mêmes causes que le javart cutané, c'est-à-dire une lésion associée à un manque d'hygiène, auxquels s'ajoutait une mauvaise ferrure ou une inflammation de la peau. Pour finir, le javart cartilagineux aurait trouvé son origine dans une atteinte du talon compliquée d'une plaie suppurée. Le pus, ne pouvant pas s'évacuer par la sole, serait remonté au niveau du fibro-cartilage complémentaire de la troisième phalange. L'entorse avait aussi été envisagée comme cause possible du javart sans pour autant avoir été sérieusement considérée.

Cette dernière théorie, ainsi que celles de Markham, Bourgelat et Léon Lafosse, n'avaient pas été retenues par la communauté vétérinaire. Somme toute donc, l'étiologie la plus vraisemblable du javart semblait être traumatique et infectieuse, et surtout contextuelle. Cette affection touchait principalement les chevaux de trait et les diligenciers employés dans les villes, qui souffraient certes de lésions plus fréquentes des membres et du manque d'hygiène mais principalement du travail auquel ils étaient destinés. En effet ce labeur était à l'origine d'une pression intense des tissus internes du pied, amorçant ainsi l'apparition d'un javart. Aujourd'hui, le cheval n'est plus une force motrice et de traction indispensable. Jusqu'à la fin de la première guerre mondiale, ils étaient employés à tracter de lourdes charges pendant plusieurs heures d'affilée, dans les champs ou, pire encore, sur les pavés éprouvants des villes. Les changements dans l'utilisation du cheval ont été, de toute évidence, le facteur prédominant dans la disparition du javart.

## V. SYMPTÔMES

La description des symptômes du javart variait peu selon les auteurs. Cette maladie se manifestait d'abord par ce que nous appelons aujourd'hui une réaction inflammatoire qui se traduisait par une tuméfaction dure et chaude en région coronaire et un érythème, dont la manifestation n'était visible, selon Hurtrel d'Arboval, que sur les peaux claires. Ce dernier avait aussi relevé la présence annonciatrice d'un prurit (Hurtrel d'Arboval, 1838). Les membres postérieurs étaient les plus souvent atteints.

L'inflammation locale cédait ensuite la place à une masse de forme conique ou ovoïde, alors appelée « tumeur ». Certains auteurs prétendaient qu'elle n'était pas douloureuse à la palpation mais la majorité considérait, au contraire, qu'elle occasionnait une vive douleur responsable d'une boiterie très prononcée. La masse perçait, laissant s'écouler du pus, qui

pouvait revêtir des aspects variés : purulent, séro-purulent ou hémo-purulent. Une matière nécrotique, appelée « bourbillon », était évacuée par l'ouverture.

Une fistule, de profondeur variable, se dessinait alors. Elle restait très superficielle, cutanée et sous-cutanée dans le cas d'un javart simple, ou se dirigeait vers la gaine des tendons dans le cas d'un javart tendineux. Dans le cas du javart encorné, elle prenait naissance dans la couronne, principalement entre le quartier et le talon, sur la face interne du pied ; lieu où la pression était la plus forte. Elle gagnait le fibro-cartilage complémentaire de la troisième phalange en cas de javart cartilagineux. Il pouvait même se former d'autres fistules dont l'étendue pouvait faire évoluer un javart simple en un javart plus compliqué. Le trajet des fistules pouvait aussi atteindre d'autres structures, comme la troisième phalange, provoquant ainsi sa nécrose et une dégradation plus importante du pied.

Souvent, en présence de javart encorné, la tuméfaction au niveau de la face interne de la couronne était si importante qu'elle provoquait le décollement d'une partie de la corne, celle-ci finissant même par tomber. Lors de javart cartilagineux ancien, la muraille du quartier atteint prenait une direction plus verticale que d'ordinaire et il se formait alors un angle plus ou moins obtus entre la corne proche du bord coronaire et celle proche du bord plantaire (Renault, 1831).

Bien que parfois absente, la boiterie reflétait, en général, l'étendue des lésions ainsi que le type de javart. En effet les javarts encorné et cartilagineux étaient plus douloureux au toucher et la boiterie était alors une boiterie d'appui, importante. Par ailleurs, lors d'atteinte du fibro-cartilage, elle était plus marquée lors de lésions de la face palmaire de ce dernier. Il arrivait même que la douleur soit si intense que le cheval ne puisse plus se déplacer. La boiterie était susceptible de s'accroître si des complications provoquées par l'extension du site de nécrose, comme une nécrose des ligaments collatéraux de l'articulation inter-phalangienne distale (principalement le ligament latéral) ou de la troisième phalange ou encore une arthrite purulente, faisaient suite au javart (Usse, 1928).

Certains auteurs, dont Léon Lafosse et Cardini (Cardini, 1845 ; Lafosse, 1861), avaient observé une fièvre, principalement en cas de javart cartilagineux et de javart tendineux : *« Cette maladie très douloureuse cause souvent des boiteries violentes et des engorgements considérables. L'animal souffre tant, qu'il se cabre lorsqu'on porte la main dans la région malade, et que quelquefois il refuse de marcher. De petites tumeurs se montrent bientôt à la surface de l'engorgement, s'abcèdent, et laissent échapper un pus sanieux et infect ; d'autres fois l'abcès est simple : une fièvre violente a lieu, les flancs sont agités, et l'animal souffre tellement qu'il finit par tomber, et quelquefois par périr »*<sup>12</sup>.

Finalement, dans certains cas, les pourtours des fistules bourgeonnaient et le javart se résolvait de lui-même, surtout en cas de javart simple ou tendineux. Des cicatrices ou malformations, telles qu'un épaississement de la peau voire une déviation du bourrelet ou du sabot lors de javart cartilagineux, pouvaient persister. Dans ce dernier cas, mais aussi en cas de javart encorné, la pousse de la corne du sabot était parfois affectée et des cercles horizontaux se dessinaient alors à la surface du pied, laissant ainsi un sabot cerclé.

---

<sup>12</sup> Cardini, 1848, p. 6.

## VI. DIAGNOSTIC

À la question : « À quoi reconnaît-on le javart ? », Philippe-Etienne Lafosse répondait : « On s'aperçoit d'un javart par une chaleur, une sensibilité plus marquée dans cet endroit que partout ailleurs ; quelques jours après, on trouve le poil hérissé dans ce même endroit, accompagné d'une sérosité qui s'écoule de la partie qui doit s'en détacher. Les jours suivants, cette sérosité augmente, la tumeur est fétide ; on voit le bourbillon se décerner, et ensuite tomber par la suppuration qui ne tarde pas à s'y établir, et qui hâte la chute »<sup>13</sup>. Et il ajoutait : « Souvent le javart simple n'est pas bien apparent, et on ne s'en aperçoit que parce que le cheval boite, et qu'en portant la main au paturon, on sent le poil mouillé d'une matière qui donne mauvaise odeur »<sup>14</sup>. En effet, le diagnostic du javart cutané se faisait grâce à la mise en évidence de pus, mais aussi, et principalement, du bourbillon. Il était également important de constater la présence de la « tumeur ». Le diagnostic s'appuyait donc sur les symptômes cardinaux du javart cutané.

De toute évidence, un diagnostic précis des javarts n'était pas aisé et les avis des hippiatres et vétérinaires divergeaient souvent. Il est même probable que bon nombre d'affections furent diagnostiquées comme des javarts sans en être, et vice versa, comme le faisait remarquer Philippe-Etienne Lafosse : « On donne mal à propos le nom de javart, 1°. À des bourbillons qui se détachent de la peau dans différents endroits, comme au boulet et au devant du pied ; ce ne sont que de petites plaies occasionnées par quelques coups que le cheval se donne quelquefois en se heurtant, ou qu'il reçoit d'un autre cheval ; elles ne méritent pas le nom de javart »<sup>15</sup>. Pourtant le javart cutané était décrit comme étant une atteinte faisant suite à un traumatisme à l'origine de la formation d'une « tumeur », puis d'un abcès avec l'expulsion d'un bourbillon. La description que Philippe-Etienne Lafosse proposait (alors qu'il soulevait lui-même le problème d'une définition claire du javart afin de ne pas le diagnostiquer à tort) n'était que peu précise et laissait supposer que le diagnostic était loin d'être le même selon les protagonistes. D'ailleurs Léon Lafosse expliquait, presque un siècle plus tard, qu'il était aisé de confondre le javart cutané (qu'il classait parmi les maladies furonculeuses) avec le farcin boutonneux<sup>16</sup> : « mais les boutons de farcin sont d'abord durs, bien circonscrits, moins douloureux que le furoncle ; ils s'ouvrent dans leur centre sans présenter de bourbillon ; leur cicatrisation est lente ; ils dégénèrent souvent en ulcères à bord renversés, tandis que les plaies furonculeuses se cicatrisent rapidement. Enfin, les boutons de farcin sont souvent multiples et reliés par des cordes en chapelet ; caractères, le dernier surtout, qui manquent au furoncle »<sup>17</sup>. Ici encore, la mise en évidence du bourbillon revêtait d'une importance capitale.

Le diagnostic du javart tendineux était encore plus hésitant : « Le diagnostic de cette variété de javart est quelquefois obscure »<sup>18</sup>. Pour mettre en évidence un javart tendineux, plusieurs symptômes devaient être associés :

---

<sup>13</sup> Philippe-Etienne Lafosse, 1787, p. 269.

<sup>14</sup> Philippe-Etienne Lafosse, 1775, p. 32.

<sup>15</sup> Philippe-Etienne Lafosse, 1789, p. 335.

<sup>16</sup> Le farcin est la forme cutanée de la morve. Il se forme des boutons au niveau des voies lymphatiques : abcès lymphatiques ; ces derniers s'ulcèrent. Les boutons peuvent être réunis en forme de corde (abcès du trajet lymphatique) ; il s'agit alors d'un farcin cordé. L'agent du farcin est le même que celui de la morve, c'est-à-dire *Burkholderia mallei*.

<sup>17</sup> Léon Lafosse, 1861, p. 213.

<sup>18</sup> Hurtrel d'Arboval, 1838, p. 389.

- « Douleurs aiguës le long de la corde tendineuse du canon,
- Un engorgement inflammatoire,
- L'exploration de la main est suivie d'un accroissement de souffrance locale,
- À moins que quelque autre cause connue ne détermine de tels effets »<sup>19</sup>.

Cependant, il s'agit ici de la description symptomatique de la tendinite laissant augurer qu'un javart tendineux pouvait être diagnostiqué alors que le cheval ne présentait qu'une simple tendinite. De plus, il est surprenant que la description du javart tendineux fasse état de la sortie d'un bourbillon ainsi que de pus provenant d'une fistule atteignant la gaine tendineuse, sans pour autant que ces signes aient été pris en considération comme critères dans la démarche diagnostique. Philippe-Etienne Lafosse proposait, pour méthode diagnostique, de décrire ce qui aurait pu être pris pour un javart tendineux mais qui ne l'était pas: « On regarde comme javart nerveux (entendre tendineux) une plaie avec enflure, qui s'étend depuis le boulet jusqu'au canon, qui fait boiter le cheval, et dont l'humeur est si âcre, qu'il se détache une partie de la peau au bout de deux ou trois jours. Ce n'est pas un javart nerveux ; c'est une plaie sur laquelle il faut appliquer des plumaceaux chargés de digestifs, pour diminuer la suppuration de l'inflammation, et évacuer l'humeur âcre qui en est la cause »<sup>20</sup>. Ainsi, en guise de diagnostic, Philippe-Etienne Lafosse définissait *a contrario* le javart tendineux en énumérant ce qui ne le caractérisait pas. Cette approche rendait le diagnostic encore moins aisé qu'il ne l'était avec une définition *a priori* des symptômes.

Le diagnostic du javart encorné se faisait aussi par à la mise en évidence de symptômes tels que :

- « La chaleur de l'ongle,
- La douleur intérieure »<sup>21</sup>
- Une boiterie croissante : « Ces premiers symptômes augmentent d'intensité, prennent de l'étendue, et rendent la boiterie toujours plus forte
- Il survient au dessus du biseau un gonflement très chaud
- Le poil se hérissé
- Et le suintement de la matière indique le décollement de la corne »<sup>22</sup>.

Le javart encorné était donc avéré lorsqu'un abcès apparaissait sous la couronne et était accompagné de symptômes associés à l'inflammation et l'infection que sont l'engorgement et la douleur.

Le diagnostic du javart cartilagineux était plus aisé. Il nécessitait également la mise en évidence de certains symptômes comme l'inflammation de la couronne, la boiterie, l'engorgement, la suppuration, l'expulsion d'un bourbillon, les fistules, etc., quoique leur présence n'ait pas toujours été simultanée. Il existait aussi une méthode plus objective, conseillée par Hurtrel d'Arboval qui consistait en l'exploration des fistules à l'aide d'une sonde flexible et au recueillement de liquide afin d'en observer la consistance : « cette matière, plus ou moins claire, visqueuse et glaireuse, file à la manière de la synovie »<sup>23</sup>. Néanmoins, il existait des cas où le cartilage était atteint, nécrosé, mais les fistules refermées, ne laissant en évidence qu'une couronne chaude, blanchie en regard de l'atteinte du cartilage

---

<sup>19</sup> Hurtrel d'Arboval, 1838, p. 389.

<sup>20</sup> Philippe-Etienne Lafosse, 1789, p. 335.

<sup>21</sup> Hurtrel d'Arboval, 1838, p. 395.

<sup>22</sup> Hurtrel d'Arboval, 1838, p. 395.

<sup>23</sup> Hurtrel d'Arboval, 1838, p. 408.

complémentaire et laissant échapper du pus. Il était alors difficile de différencier un javart cartilagineux d'un javart encorné (Hurtrel d'Arboval, 1838). Le javart pouvait tout simplement être considéré comme ancien et supposé cartilagineux, lorsque la muraille du sabot, eu égard à la lésion du cartilage complémentaire, avait poussé de façon plus verticale qu'à la normale.

La méthode diagnostique du javart cartilagineux de Philippe-Etienne Lafosse, bien que moins détaillée et de soixante ans la cadette de celle d'Hurtrel d'Arboval, se basait sur les mêmes principes: « *On le connaît par le suintement continu qui subsiste à l'endroit du cartilage, par l'enflure du pied à cette partie, par le fond qu'on sent avec la sonde* »<sup>24</sup>.

Les méthodes diagnostiques des javarts étaient imprécises et variaient selon les auteurs. Elles se basaient principalement sur la symptomatologie, le vécu et l'interprétation personnelle. Les descriptions de la maladie variant d'un auteur à l'autre, il est aisé de comprendre que les diagnostics qui en résultaient étaient personnels et que bon nombre de maladies furent diagnostiquées comme des javarts sans en être, et inversement. Le javart cartilagineux était le seul pour lequel il existait un procédé diagnostique plus objectif et plus universel : le sondage de la fistule.

## VII. TRAITEMENTS

Comme pour les autres affections, il n'y avait alors pas de distinction entre les différents types de javart et les traitements médicaux proposés n'étaient aucunement justifiés : « *Pour guérir chevaux qui ont javarts, prenez miel et poudre de poivre, et le faites bouillir ensemble, lavez lui, et en frottez les javarts, incontinent il séchera. Autrement, prenez de la chaux et du sel, et broyez tout ensemble, et le liez sur le javart, puis y mettez des estoupes hachées bien menues, afin qu'il se purge. Autrement, prenez du vert de gris et du gras de lard, et le broyez ensemble comme dessus. Autrement, prenez vieil oing et miel, et en faites oignement, duquel ferez un emplâtre sur la maladie par quarte ou cinq jours et non plus. Autrement pour faire bien pourrir les dits javarts, prenez vert de gris, noix de galle, ce chacun une once, de soufre une once, d'armenic une once, et de tout cela faites poudre, et incorporez et mêlez avec vieil oing : et en faites oignement, duquel en mettez deux fois le jour sur lesdits javarts* »<sup>25</sup>. D'ailleurs, certains traitements s'étaient apparemment avérés efficaces non seulement pour tous les javarts mais aussi pour d'autres affections : « *Emmielleure blanche ou emplâtre blanc pour les eaux, pourreaux, arestes, mulles, crevasses, javarts et enchevestrures* »<sup>26</sup>.

### 1. Le javart simple

Certains auteurs, comme l'abbé Rozier, considéraient le javart simple comme une affection sans gravité : « *Du javart simple. Celui-ci n'est accompagné d'aucun danger, il attaque seulement la peau et une partie du tissu cellulaire du paturon, plus communément aux pieds*

---

<sup>24</sup> Philippe-Etienne Lafosse, 1789, p. 338.

<sup>25</sup> Beaugrand, 1639, p. 108-109.

<sup>26</sup> Solleysel, 1674, p. 436.

de derrière qu'à ceux du devant »<sup>27</sup>. D'autres, comme Hurtrel d'Arboval, estimaient que, bien que le javart cutané fut généralement sans gravité, il arrivait qu'il puisse être de nature plus compliquée atteignant une large zone provoquant ainsi la nécrose d'une partie considérable de la peau du membre : « *Le javart cutané ne suit pas toujours cette marche régulière ; il peut offrir moins de simplicité, et même de la gravité. Dans celui qui se développe sous forme de tumeurs agglomérées, comme on le voit assez souvent au pli du paturon, il peut arriver qu'une partie de la peau plus ou moins grande se gangrène et tombe en masse, et alors la cicatrisation est très longue à s'effectuer* »<sup>28</sup>. Quelquefois le javart cutané se résorbait sans soins ; cependant les complications probables, pouvant évoluer souvent vers un autre type de javart plus compliqué, suffisaient pour aborder le javart cutané avec sérieux.

La première mesure à prendre était de maintenir le cheval au repos dans un lieu sec et propre : « *il suffit presque toujours d'entretenir la partie malade et ses environs dans un état de propreté exacte, et surtout à l'abri des boues* ».... « *Pendant le cours du traitement, il est toujours prudent de ne pas faire travailler l'animal, et de le tenir à l'écurie, les pieds secs, sur une bonne litière* »<sup>29</sup>.

Une notion commune aux vétérinaires et hippiatres de l'époque était la maturation de l'abcès. Ils avaient pleinement conscience de l'importance, pour que la maladie se résolve, de faire murir l'abcès afin d'en évacuer le contenu. Les cataplasmes maturatifs, dont la composition variait selon les auteurs, étaient alors mis en avant. Ainsi, l'abbé Rozier expliquait : « *Après avoir donc reconnu que les téguments du paturon sont les seules parties affectées, coupez-en les poils, et appliquez sur la tumeur un cataplasme de mie de pain et de lait. Le cataplasme fait avec du levain, des gousses d'ail et du vinaigre, recommandé par M. Soleysel, m'a réussi plusieurs fois, continuez-le jusqu'à ce que l'abcès s'ouvre* »<sup>30</sup>. De la Guérinière proposait, quant à lui, encore une autre recette à base d'excréments humains, d'emmiellure blanche (à base de miel) et d'oignons de lys cuits dans la braise et pilés avec de l'huile de navette (De la Guérinière, 1742). Les procédés de fabrication approximatifs couplés à la nature parfois ubuesque des ingrédients apparentaient ces traitements plus à la recette de cuisine qu'à la véritable médecine vétérinaire. Ainsi les écrits de la Guérinière relataient : « *ou bien des Oignons de lys cuits dans la braise, et pilés dans un mortier avec de l'huile de navette ou de lin, ou telle qu'on pourra l'avoir* »<sup>31</sup>. Hurtrel d'Arboval, bien qu'étant aussi de l'avis d'utiliser un cataplasme suppuratif afin de faire mûrir l'abcès, ne proposait qu'un seul onguent, l'onguent de populéum<sup>32</sup>. Il mettait d'ailleurs en garde contre certaines pratiques, comme celle de la Guérinière, décrite dans le paragraphe précédent (Hurtrel d'Arboval, 1838): « *Quelques guérisseurs ou gens de village conseillent, pour déterminer le détachement ou la chute du bourbillon, les applications de fientes de porcs, de vers vivants ou d'excréments humains ; mais il y a longtemps que les vétérinaires ont fait justice de ces sortes de remèdes dégoûtants, tout au moins ridicules* »<sup>33</sup>.

La deuxième étape consistait à vider l'abcès. Il était d'abord percé à l'aide d'un fer puis le bourbillon en était extrait, sans que la façon de procéder ne fut décrite (Hurtrel d'Arboval,

---

<sup>27</sup> L'abbé Rozier, 1793, p. 104.

<sup>28</sup> Hurtrel d'Arboval, 1838, p. 385.

<sup>29</sup> Hurtrel d'Arboval, 1838, p. 386.

<sup>30</sup> L'abbé Rozier, 1793, p. 104.

<sup>31</sup> De la Guérinière, 1789, p. 253.

<sup>32</sup> Composition de l'onguent populéum : bourgeons de peuplier, ainsi que de belladone, de jusquiame, de morelle noire et de pavot.

<sup>33</sup> Hurtrel d'Arboval, 1838, p. 386.

1838). Certains traitements n'étaient que très succinctement expliqués, tel celui de Philippe-Etienne Lafosse : « *L'indication qu'on a, est de faire détacher le bourbillon, pour faire cicatriser la plaie ; il faut pour cela employer les suppuratifs, pour favoriser par la sonde ou la suppuration, la sortie du bourbillon* »<sup>34</sup>.

Suite à ces traitements, une grande vigilance était indiquée pour guetter l'éventuel développement de cerises, entendre chéloïdes, lors de la cicatrisation. Si elles apparaissaient, elles devaient être retirées à l'aide de divers produits, tels que l'onguent *basilicum*<sup>35</sup>, voire parfois de façon chirurgicale (Lafosse, 1766). Hurtrel d'Arboval précisait : « *mais il ne faut pas confondre ces productions avec les bourgeons cellulaires et vasculaires*<sup>36</sup>, qu'il importe de respecter »<sup>37</sup>. Nombre d'auteurs préconisaient l'utilisation de térébenthine pendant la phase de cicatrisation afin de créer une action qu'on qualifierait aujourd'hui d'antiseptique<sup>38</sup>. Elle pouvait être utilisée directement ou à l'aide d'un plumaceau imbibé de térébenthine (Lafosse, 1766).

Hurtrel d'Arboval mettait en garde sur l'évolution de la maladie : si le javart était trop avancé et la gangrène trop importante, il fallait alors prévenir les complications (notamment le javart tendineux et le javart cartilagineux). Pour cela, il proposait l'utilisation de narcotiques, principalement l'opium. La difficulté de ce traitement résidait en son aspect financier, l'opium étant, à l'époque, un produit extrêmement coûteux, le réservant donc à une poignée de chevaux chanceux, de « bonne famille ». Ce traitement, semblait-il, procurait de bons résultats. La gestion par les opiacés de la douleur semblait conduire à une amélioration clinique. Cependant la guérison ne pouvait résulter, quant à elle, que des traitements résultant des soins de la plaie (Hurtrel d'Arboval, 1838).

Seuls Hurtrel d'Arboval, en 1838, et Léon Lafosse, en 1861, avaient évoqué une seconde technique, chirurgicale (Hurtrel d'Arboval, 1838 ; Lafosse, 1861). Elle était alors récente et semblait prometteuse : « *Il est une méthode peu usitée, que nous avons plusieurs fois mise en pratique à titre d'essai, et dont nous avons retiré assez d'avantage pour nous empresser de la faire connaître* »<sup>39</sup>. Il convenait de la réaliser au début de l'évolution du javart, avant que l'inflammation ou la nécrose n'aient été trop étendues. Une incision plutôt profonde devait être pratiquée, à travers tout le derme et en marge de la « tumeur ». Ceci permettait un désengorgement du membre et limitait la tuméfaction. Pour sa part, Léon Lafosse précisait que cette technique n'était efficace que sur les stades précoces du javart : « *J'ai eu souvent recours, avec avantage à ce procédé, mais, pour être efficace, il faut qu'il soit employé tout à fait au début* »<sup>40</sup>. Hurtrel d'Arboval, quant à lui, admettait que débrider le furoncle était plus efficace en début de maladie, mais qu'il était tout de même très utile de le faire une fois la nécrose établie : « *Lorsque la gangrène existe ou commence à s'établir, le débridement est*

---

<sup>34</sup> Philippe-Etienne Lafosse, 1789, p. 334.

<sup>35</sup> Onguent Basilicum : onguent suppuratif composé de cire jaune, suif de mouton, résine, poix et térébenthine, utilisé sur les furoncles, les ulcères...

<sup>36</sup> Entendre la granulation du tissu, c'est-à-dire sa cicatrisation.

<sup>37</sup> Hurtrel d'Arboval, 1838, p. 386.

<sup>38</sup> L'essence de térébenthine est reconnue depuis longtemps comme un produit avec de nombreuses vertus. Au XIX<sup>ème</sup> siècle, les propriétés de diurétique, expectorante, anti-diarrhéique et anti-suppurative et cicatrisante lui était déjà attribuées (Tabourin, 1875). Aujourd'hui, elle est utilisée comme expectorant et antiseptique urinaire et pulmonaire.

<sup>39</sup> Hurtrel d'Arboval, 1838, p. 387.

<sup>40</sup> Léon Lafosse, 1861, p. 214.

*sans doute moins efficace qu'au début du javart, mais il n'est pas pour cela tout à fait inutile, puisqu'il permet l'application immédiate, sur les tissus lésés, des agents thérapeutiques »<sup>41</sup>.*

Le traitement du javart cutané, qui était jusqu'alors principalement médical, commençait à devenir chirurgical, méthode qui était en ces temps en plein essor. La démarche thérapeutique était celle du traitement d'un abcès (maturation, vidange, désinfection) cependant, la qualité des préparations médicamenteuses proposées pouvait laisser pantois. Certaines avaient effectivement une action bénéfique comme la térébenthine, aux vertus qualifiées aujourd'hui d'antiseptiques. D'autres, en revanche, étaient plus fantaisistes et relevaient plus de croyances que de science. Certaines devaient même probablement produire l'effet inverse de l'effet recherché. En effet, les excréments humains et les fientes de porcs n'ont jamais été reconnus pour leur capacité à soigner des plaies et encore moins pour leurs vertus antiseptiques.

## 2. Le javart tendineux

Le javart tendineux, plus grave que le javart cutané, était souvent accompagné de symptômes plus marqués tels qu'une boiterie plus prononcée, une inflammation plus étendue, et parfois quelques épisodes de fièvre.

Sa résolution spontanée survenait rarement et la résorption du processus inflammatoire était lente. Contrairement au javart cutané, la suppuration était moins fréquente, mais la nécrose s'étendait rapidement. Le pronostic était alors nettement plus sombre ; la pire des conclusions étant une gangrène incurable du membre dont l'issue était le plus souvent mortelle: « *Les terminaisons du javart tendineux sont la résolution, la suppuration et la gangrène »<sup>42</sup>.*

Philippe-Etienne Lafosse proposait, pour soigner le javart tendineux, le traitement suivant : la création d'un accès direct aux tendons afin de les soigner à l'aide d'un produit détersif, voire suppuratif (Lafosse, 1766). Ainsi, il introduisait une sonde cannelée dans la plaie ou la fistule, débridait les pourtours de celle-ci à l'aide d'un bistouri afin d'accéder aux tendons et appliquait, sur ces derniers, des plumasseaux de digestif permettant, dès lors, la détersion des parties nécrosées tout comme la suppuration de la plaie : « *faire détacher par la suppuration la partie gâtée »<sup>43</sup>.*

L'abbé Rozier, dans son *Cours complet d'Agriculture* proposait une technique similaire mais dont la description s'avérait plus complète : « *introduisez-y une sonde cannelée, sur laquelle vous ferez glisser un bistouri, faites une incision longitudinale, que vous prolongerez jusqu'au foyer du mal »* et des mises en garde étaient apportées: « *en prenant garde de ne pas intéresser les parties tendineuses »<sup>44</sup>.* Cet auteur distinguait ainsi les tendons sains des tendons lésés. Philippe-Etienne Lafosse prévoyait l'introduction d'un plumasseau de digestif simple dans la plaie, alors que l'abbé Rozier, quant à lui, préconisait l'utilisation de plumasseaux d'onguent digestif associés, afin de favoriser la détersion des parties lésées du tendon, à de l'eau de vie voire de la teinture d'aloès (L'abbé Rozier, 1793).

---

<sup>41</sup> Hurtrel d'Arboval, 1838, p. 387-388.

<sup>42</sup> Hurtrel d'Arboval, 1838, p. 390.

<sup>43</sup> Philippe-Etienne Lafosse, 1789, p. 335.

<sup>44</sup> L'abbé Rozier, 1793, p. 104.

Hurtrel d'Arboval complétait ce traitement avec d'autres procédés. Ainsi, il commençait par pratiquer des saignées locales au niveau des gonflements, recommandait des bains de pied puis enfin la pose de cataplasmes émollients. Si l'inflammation s'avérait trop importante et associée à une fièvre, il conseillait une diète et une à plusieurs saignées (Hurtrel d'Arboval, 1838). Bien qu'il utilisait et prescrivait ces traitements, il reconnaissait néanmoins leur inefficacité : « *Ces mêmes moyens, propres à calmer l'inflammation et la douleur, conviennent dans le commencement ; mais ils n'apportent souvent aucun changement avantageux dans les progrès de la maladie, ils restent à peu près sans effet, et, malgré tout ce que l'on peut faire, la tumeur est quelquefois très opiniâtre...* »<sup>45</sup>. Ensuite, il débridait l'abcès afin d'évacuer le pus et le bourbillon tout en insistant sur l'importance d'ouvrir promptement afin de limiter la propagation de la maladie. L'incision devait être pratiquée au niveau du pli du paturon et atteindre les tendons, en prenant garde de ne pas les toucher. D'après Hurtrel d'Arboval, la quantité de sang qui s'écoulait était proportionnelle à l'amélioration de la maladie (Hurtrel d'Arboval, 1838).

L'innovation de son procédé résidait dans l'ouverture de la gaine longitudinale vers le bas, entre les deux branches du tendon perforé, lorsque la gaine tendineuse était nécrosée. Cette intervention permettait de retirer les débris tissulaires. Il concluait : « *L'opération étant faite, l'animal n'est plus exposé à un danger aussi imminent qu'il l'était auparavant, les causes de complications sont détruites, et les suites fâcheuses ne sont plus autant à redouter* »<sup>46</sup>. Ce protocole de soin était donc, d'après lui, une méthode très efficace. Il préconisait néanmoins beaucoup de précaution lors de l'incision, afin de ne pas léser des vaisseaux ou des tendons sains. Il conseillait également un suivi de l'opération par des soins de plaie à l'aide d'injections d'eau tiède chlorurée et d'un pansement imbibé d'un digestif adoucissant afin de favoriser l'expulsion du pus. Le premier pansement était conservé deux à trois jours, puis devait être renouvelé aussi longtemps que persistait une sécrétion de pus et que la plaie n'était pas presque totalement refermée. Il fallait ensuite soigner la plaie à l'aide d'onguent *egyptiac*<sup>47</sup> (Hurtrel d'Arboval, 1838).

Hurtrel d'Arboval était conscient de l'importance d'évacuer le pus. Ainsi, il expliquait que, dans certains cas, malgré l'ouverture de la gaine tendineuse, l'accumulation de pus persistait. Il fallait dès lors tenter d'inciser de façon plus importante, pratiquer des injections de produits détersifs et exercer une pression sur la gaine tendineuse afin d'évacuer le pus.

Cet auteur proposait un dernier traitement qui consistait en l'introduction d'un cautère chauffé à blanc jusqu'au fond des fistules. Ce traitement par le feu avait l'avantage, d'après lui, de résoudre l'engorgement persistant en fin de maladie. Le même résultat pouvait être obtenu à l'aide d'onguent, dont la propriété était de soulever l'épiderme et d'induire la formation d'ampoules. Cependant, concernant la technique précédente, l'auteur insistait sur la procédure à respecter pour épargner les tendons sains et autres structures adjacentes alors qu'il ne le précisait aucunement dans la méthode du cautère ; ce qui peut paraître surprenant étant donné que les risques étaient tout aussi importants.

Il remarquait aussi que, dans certains cas, l'articulation inter-phalangienne distale était atteinte et que la synovie s'écoulait par la plaie. Il semblait penser que l'atteinte de la capsule articulaire était due au seul fait de la maladie et ne paraissait pas envisager la possibilité

---

<sup>45</sup> Hurtrel d'Arboval, 1838, p. 391.

<sup>46</sup> Hurtrel d'Arboval, 1838, p. 392.

<sup>47</sup> Préparation à base de miel, vinaigre et vert-de-gris.

qu'elle puisse avoir été provoquée par l'intervention ou l'utilisation du feu. Néanmoins, il expliquait que, dans ce cas, il fallait privilégier les traitements doux à base de pédiluves et de cataplasmes émollients afin de ne pas aggraver l'inflammation. Il était aussi nécessaire de conserver la plaie ouverte jusqu'à ce que la synovie retrouve sa consistance naturelle. À ce stade, le vétérinaire pouvait promouvoir la cicatrisation de la fistule avec des boulettes de poudre d'aloès ou même refermer la plaie en cautérisant les bords avec des pointes de feu (Hurtrel d'Arboval, 1838).

Parmi les écrits légués sur le traitement du javart tendineux et du javart cutané, Hurtrel d'Arboval fournissait les explications les plus exhaustives et détaillées. Il proposait une variété de méthodes, allant jusqu'à décrire dans le détail les procédures d'application desdits traitements. Les autres auteurs, quant à eux, se bornaient, en général, à décrire une seule technique et ce uniquement dans ses grandes lignes.

### 3. Le javart encorné

La résolution spontanée de ce type de javart était rare. Si la fistule et la nécrose étaient peu profondes, le traitement était plus aisé. En revanche, si la fistule passait le tissu podophylleux, les complications pouvaient s'avérer importantes : *« si elle est assez profonde pour s'engager sous le tissu podophylleux, elle peut amener la dénudation de l'os, sa carie, celle du cartilage, des ligaments latéraux, du tendon extenseur, l'ouverture de l'articulation, la chute du sabot, la mort même »*<sup>48</sup>.

Ces complications évoluaient alors en trois phases :

*« L'ulcération, caractérisée par les symptômes suivants : station ou décubitus prolongé, l'appui devient impossible, le pied est constamment en l'air ou bien ne pose qu'en pince et se soulève convulsivement ; les bords des plaies se renversent, se garnissent de fongosités ; il en découle un fluide roussâtre, grumelleux, et même de la synovie, quand la capsule de la dernière articulation phalangienne est ouverte. Ce mode de terminaison est rare du côté des talons ; il est fréquent vers la mortelles, après avoir jeté les animaux dans le marasme »*<sup>49</sup>. Cette phase correspondait donc à l'évolution du processus de nécrose à l'intérieur du pied, c'est-à-dire l'ostéomyélite, dont l'étendue conditionnait l'issue du javart.

*« L'induration et les transformations fibreuses ou osseuses succèdent quelquefois à l'ulcération ; la peau est épaisse, dure, indolente ; la synovie cesse de couler, les ulcères se ferment ; la région se déforme ; la couronne prend un grand volume ; le sabot rétracté, dur, fendillé, cerclé, relevé en pince, ressemble à un pivot enfoncé dans la couronne ; le biseau s'évase en entonnoir ; l'ankylose se produit, et l'animal reste à peu près impropre à tout service accéléré »*<sup>50</sup>. C'est un processus de cicatrisation avec des remaniements tissulaires provoquant une déformation du sabot qui était décrit ici. Bien que le javart fût résolu, il laissait le cheval inapte à tout travail nécessitant quelque effort important.

---

<sup>48</sup> Léon Lafosse, 1861, p. 54.

<sup>49</sup> Léon Lafosse, 1861, p. 54-55.

<sup>50</sup> Léon Lafosse, 1861, p. 55.

« *Quand la gangrène survient, elle produit, d'habitude, de grands délabrements, tels que chute de peau, décollement de corne, dénudation des cartilages, des os, des tendons, des ligaments. Les plaies qui en résultent sont irrégulières, sanieuses et fétides. Cette terminaison est des plus graves ; il est rare qu'elle ne soit pas mortelle ; lorsqu'elle se borne, elle a au moins les mêmes conséquences que la suppuration. L'inflammation des veines complique et prépare ordinairement cette terminaison* »<sup>51</sup>. Cette issue était la plus grave de toutes. Le javart ne se stabilisait pas et la nécrose s'étendait. Le processus infectieux se généralisait en gangrène et la mort par septicémie était presque systématique.

L'abbé Rozier et Philippe-Etienne Lafosse considéraient que le traitement du javart encorné devait varier selon son stade de gravité (Lafosse, 1766 ; L'abbé Rozier, 1793). Ainsi, en début de maladie (« *Lorsque la tumeur ou la contusion à la couronne est récente* »<sup>52</sup>), il était préconisé d'appliquer ce qu'on appelle aujourd'hui un antiseptique, la térébenthine. Il n'était pas conseillé, comme pour le javart cutané, d'appliquer un suppuratif afin de faire mûrir l'abcès, à moins que la suppuration ait déjà commencé, auquel cas, il fallait encore la favoriser afin de faciliter l'extraction du bourbillon (Sacco, 1811). Si cela ne suffisait pas et que le javart se situait au niveau du talon, il était préconisé de faire marcher le cheval pour tenter de laisser choir le bourbillon, empêchant ainsi que le reste du pied ne fût atteint : « *il faut faire marcher le cheval afin de faire sortir par le mouvement que fait le cheval, la matière qui par son séjour pourrait gâter les parties voisines* »<sup>53</sup>. Pour Philippe-Etienne Lafosse, c'était le bourbillon qui était responsable de la propagation du javart au sein du pied ; il était donc primordial de le retirer : « *Lorsque le bourbillon est sorti ; ce mal est ordinairement sans danger, et la guérison prochaine* »<sup>54</sup>. D'après ce même auteur, néanmoins, il arrivait que l'hippiatre confonde un javart encorné avec un javart cartilagineux (encorné improprement dit selon Philippe-Etienne Lafosse), en quel cas un suintement subsisterait après le retrait du bourbillon. Il fallait alors introduire une sonde dans la fistule afin de détecter une cavité profonde, dont la présence confirmerait le diagnostic de javart cartilagineux.

Presque un siècle plus tard, Léon Lafosse préconisait un traitement différent (Lafosse, 1861). Il fallait commencer par extraire le mal, et pour ce faire, il recommandait de pratiquer la saignée en pince : « *Dans le principe du mal, on doit s'efforcer d'en obtenir la résolution : la saignée en pince est bien indiquée* »<sup>55</sup>. Cependant, cette méthode ne fonctionnait pas toujours ; elle soulageait le cheval et facilitait sa guérison si l'hippiatre réussissait en réalisant sa saignée à percer l'abcès.

Si la saignée échouait, il était alors impératif d'éviter la suppuration et la gangrène, processus qui étaient favorisés par l'écrasement de la corne et du tissu fibreux par le tissu inflammatoire. Ces derniers devaient donc être amincis et débridés. Une seconde méthode consistait à ramollir la corne à l'aide d'un cataplasme mucilagineux et de corps gras. Si, malgré cela la suppuration apparaissait, une incision dans le but d'ouvrir l'abcès était indiquée. Cette dernière avait pour but de permettre au pus de s'évacuer et de retirer les parties de la corne qui s'étaient détachées du tissu plus profond. Le sabot pouvait ainsi être légèrement ouvert sur une partie.

---

<sup>51</sup> Léon Lafosse, 1861, p. 55.

<sup>52</sup> Philippe-Etienne Lafosse, 1789, p. 336.

<sup>53</sup> Philippe-Etienne Lafosse, 1789, p. 336.

<sup>54</sup> Philippe-Etienne Lafosse, 1789, p. 336.

<sup>55</sup> Léon Lafosse, 1861, p. 55.

Si le javart se compliquait et que l'ulcération s'étendait, le traitement passait alors par le retrait de tous les tissus nécrotiques grâce à des pansements escarotiques imbibés de liqueur de Villate<sup>56</sup>. En dernier recours, la chirurgie permettait de retirer la quasi-totalité des tissus nécrotiques.

En cas d'atteinte de l'articulation et d'écoulement du liquide synovial par la plaie, des produits tels que l'alun, l'alcool ou encore le miel et le camphre permettaient de faire coaguler la synovie. L'ankylose et l'induration de l'articulation inter-phalangienne distale étaient alors à redouter, ce que des douches froides mais aussi, à l'opposé, le feu pouvaient prévenir. Si, malgré la résolution apparente du javart, la douleur persistait, la névrotomie était à envisager (Lafosse, 1861).

Hurtrel d'Arboval proposait un traitement simple lorsque le javart encorné était superficiel. Selon lui, si le javart encorné était peu étendu et se constituait uniquement d'un furoncle peu profond juste sous la couronne, il suffisait d'accélérer la maturation de l'abcès afin que le pus et le bourbillon soient excrétés. Il était parfois nécessaire de percer l'abcès à l'aide d'une pointe de feu dont l'avantage était, également, de favoriser la cicatrisation ultérieure (Hurtrel d'Arboval, 1838). Mais le javart pouvait se compliquer et Hurtrel d'Arboval mettait en garde contre la désunion de la paroi du sabot d'avec le tissu podophylleux, suite à l'accumulation de pus. Le traitement était alors beaucoup plus délicat (Hurtrel d'Arboval, 1838).

Ainsi, dans le cas où la fistule se logeait entre la paroi du sabot, la muraille et le tissu podophylleux, il était alors indispensable de pratiquer l'opération du javart encorné, très utilisée par Girard (Girard, 1813). Elle consistait à ôter la partie de la muraille qui recouvrait la lésion, en ôtant une partie plus large que le foyer purulent afin de pouvoir retirer tous les tissus nécrosés. Tout partie du quartier pouvait être retirée jusqu'à, parfois, pratiquer la dessolure : « *Ainsi, l'opération du javart encorné exige toujours un plus ou moins grand délabrement, dicté par la nature et l'étendue du mal ; souvent même elle se complique de la dessolure, soit en totalité ou seulement en partie* »<sup>57</sup>.

L'opération débutait par un parage très court, puis la corne était ramollie à l'aide de cataplasmes et de bains de pieds. Ensuite il était nécessaire de coucher le cheval, de le maintenir immobile et de poser une ligature au niveau du paturon afin de ne pas provoquer d'hémorragie lors de l'opération.

À l'aide d'une grosse rainette, le bord du quartier atteint était creusé de deux sillons longitudinaux parallèles qui se rejoignaient pour ne former qu'un seul sillon plus large. La direction donnée était d'avant en arrière afin que la largeur entre le talon et le sillon soit plus grande du côté proximal du sabot que du côté de la sole. Lorsque la corne apparaissait plus souple et plus blanche et que le tissu podophylleux était presque atteint, la grosse rainette était remplacée par une plus petite. On continuait de creuser le sillon jusqu'à apercevoir l'os. Si la ligature du paturon était faite correctement, il ne devait pas y avoir d'écoulements de sang pendant l'opération.

Ensuite, la paroi devait être séparée de la sole depuis la rainure, au niveau d'un quartier, et ce jusqu'au talon. Une attention particulière devait être apportée à la destruction des

---

<sup>56</sup> Liqueur de Villate : sulfate de cuivre, sulfate de zinc, extrait de saturne, vinaigre, produit détergent utilisé de nos jours en cas de problèmes de fourchettes.

<sup>57</sup> Girard, 1813, p. 126.

adhérences entre la muraille et les barres. Une feuille de sauge était alors utilisée afin de permettre la séparation de la corne et du tissu podophylleux. Il n'y avait plus qu'à arracher la portion de muraille à l'aide d'un rogne pied faisant office de levier. Dans la première édition du dictionnaire d'Hurtrel d'Arboval, il était conseillé d'inciser le long de la couronne pour faciliter le retrait du quartier (Hurtrel d'Arboval, 1838). En revanche, dans sa deuxième édition, l'auteur expliquait que cette manœuvre risquait d'abîmer le bourrelet ou le tissu podophylleux. Néanmoins, pour ôter le morceau de paroi, il fallait le séparer du reste du membre. Pour cela, l'hippiatre, ou le maréchal, réalisait une incision le long de la zone coronaire inférieure (limite distale de la couronne), en passant l'instrument entre le tissu podophylleux et le bourrelet coronaire, tout en faisant extrêmement attention de ne pas endommager ces deux éléments (Cadiot, 1895).

Tous les tissus nécrosés étaient alors retirés et les bords de la corne restante au niveau de la muraille et de la sole étaient arrondis. Renault insistait sur l'importance de faire très attention de ne pas endommager le tissu podophylleux, sauf à retarder la cicatrisation de plusieurs semaines, voire plusieurs mois ; et Hurtrel d'Arboval de préciser qu'il était nécessaire de laisser sur le bord de la coupe une fine couche de corne sur le tissu podophylleux pour faciliter la cicatrisation (Renault, 1831 ; Hurtrel d'Arboval, 1838). Leblanc, quant à lui, préférait faire une rainure sur le rebord de la corne longeant la plaie d'intervention. Il creusait plus profondément vers le quartier retiré afin, selon lui, d'augmenter la souplesse de la corne au regard du tissu podophylleux dénudé.

La pose d'un fer, théoriquement léger, constituait l'étape suivante, ceci afin de permettre au cheval de poser le pied. Selon la quantité de corne qui avait été retiré, le fer pouvait être entier ou être amputé d'une branche. Il arrivait aussi qu'un fer à dessolure soit utilisé.

Le garrot était ensuite retiré afin de permettre un saignement, avant d'être remis lors du pansage de la plaie. Des plumasseaux imbibés de vin tiède ou d'eau de vie diluée dans le l'eau étaient appliqués sur la plaie. Le tout était alors recouvert d'une étoupe<sup>58</sup> maintenue par un pansement de toile serré à plusieurs tours. Cet ensemble était fixé par une dernière enveloppe maintenue en place à l'aide d'une ligature ou d'une bande. Enfin, le garrot pouvait être définitivement retiré dès la mise en place du pansement, ce dernier étant suffisamment comprimant pour contenir une éventuelle hémorragie. Dès lors que le pansement était imbibé de pus il devait être retiré. Ce processus prenait plusieurs jours, voire plus en hiver. Afin d'éviter toute irritation de la plaie ou encore des saignements intempestifs, ce pansement était renouvelé le moins souvent possible. Par ailleurs, il était recommandé d'éviter de plier le genou et le paturon lors des soins pour limiter tout risque d'hémorragie. Pour cette même raison, il était déconseillé, en changeant le pansement, de retirer la matière secrétée. Il fallait la laisser en place sous le nouveau pansement.

Dès le deuxième pansement poussaient des bourgeons ou cerises de corne à partir du tissu podophylleux. Ces bourgeons de corne pouvaient être néfastes : « *Dès l'apparition des cerises, il faut porter tous les soins à détruire les compressions qui on fait naître ces sortes de végétations morbides* »<sup>59</sup>. Girard proposait de les diminuer en les coupant lors de chaque pansement : « *À l'égard des nouvelles productions de corne, il importe de ne pas leur laisser prendre trop d'épaisseur, trop de consistance, parce qu'elles déterminent des compressions qui peuvent donner lieu à divers accidents : l'on aura donc l'attention, à chaque pansement,*

---

<sup>58</sup> Calfeutrage avec du tissu de chanvre ou de lin.

<sup>59</sup> Hurtrel d'Arboval, 1838, p. 401.

*de les amincir avec l'instrument tranchant ; l'on prendra garde de ne pas aller jusqu'au sang, et l'on gouvernera la plaie de manière à ce que cette nouvelle couche s'étende uniformément »<sup>60</sup>. Hurtrel d'Arboval précisait que ces cerises étaient dues à une compression du pansement mal répartie et conseillait de les amincir jusqu'à ce qu'elles forment une corne molle et souple qui ne comprimait pas les tissus sous-jacents.*

Si l'opération était bien faite, il n'y avait pas de complications : *« L'opération étant bien faite ; l'appareil étant placé bien uniment, bien également, la compression étant bien uniforme et suffisante, sans être trop forte, nous pouvons dire hardiment qu'il n'arrive guère d'accidents, qu'il n'en arrive même pas ; nous en avons l'expérience très répétée. Mais s'il en est autrement, il peut en survenir plusieurs »<sup>61</sup>. Si la douleur était telle que le cheval ne posait plus le pied, il était probable que la compression du pansement était trop forte ou les ligatures trop serrées. Il fallait alors retirer le dispositif et le refaire, en espérant que la nécrose du pied n'ait pas commencé. Le bourrelet coronaire pouvait avoir été totalement ou partiellement<sup>62</sup> endommagé pendant l'opération. Il ne se formait alors qu'une corne produite par le tissu podophylleux, de mauvaise qualité, en regard de la zone où le bourrelet n'était plus fonctionnel. La corne produite par ce dernier était anormale et le sabot restait, par endroit, souple et fragile. Le cheval risquait alors de boiter à vie et de perdre son aptitude au travail.*

La pire des complications se présentait lorsque le foyer de nécrose, plus profondément ancré, s'étendait dans le sabot. S'il atteignait le fibro-cartilage de la troisième phalange, le javart pouvait alors dégénérer en javart cartilagineux, ce qui se confirmait en sondant la fistule à l'aide d'une canule : *« si, en sondant à peu près horizontalement, on découvre un fond ou une cavité, on peut être assuré que le mal dégénère en javart cartilagineux. »<sup>63</sup>*

#### 4. Le javart cartilagineux

Le javart cartilagineux était une affection grave marquée par la nécrose des cartilages complémentaires de la troisième phalange. Une communication depuis le cartilage complémentaire jusqu'à la couronne du pied se formait par l'intermédiaire d'une fistule. L'introduction dans cette dernière d'une sonde souple, afin de ne pas léser les formations internes du pied et de pouvoir suivre les sinuosités du trajet fistuleux, permettait à la fois son diagnostic mais aussi l'appréciation de l'étendue de l'altération du cartilage. Cependant, il survenait des situations problématiques dans lesquelles la sonde ne pénétrait pas en profondeur. Elle était bloquée par un trajet fistuleux trop sinueux ou un engorgement extrême de la couronne. Ce blocage rendait plus difficile la distinction entre un javart encorné, et un javart cartilagineux. Néanmoins, l'ablation de la partie de peau entourant la fistule et commençant, la plupart du temps, à se décoller sous l'effet de la pression qu'exerçait le pus, permettait fréquemment d'observer le cartilage complémentaire et, dès lors, de se rendre compte s'il était atteint ou non (Renault, 1831).

---

<sup>60</sup> Girard, 1813, p. 131.

<sup>61</sup> Hurtrel d'Arboval, 1838, p. 402.

<sup>62</sup> Ce qui devait être le cas après la première édition du dictionnaire où Hurtrel d'Arboval conseillait d'inciser au niveau de la couronne pour aider à séparer la corne ; ce qu'il a rectifié dans la deuxième édition.

<sup>63</sup> Hurtrel d'Arboval, 1838, p. 396.

Le pronostic était d'autant plus sombre que la claudication était intense car elle indiquait souvent une atteinte d'autres formations du pied telles que les ligaments collatéraux de l'articulation inter-phalangienne distale (surtout le ligament latéral), le tissu podophylleux, la capsule articulaire ou la troisième phalange. Il arrivait, parfois, que le bourrelet du pied se gangrène, empêchant la repousse de la corne. Ces atteintes étaient telles que l'animal était le plus souvent condamné (Cardini, 1845).

Le javart était généralement plus grave lorsqu'il était causé par une bleime, des clous de rue, etc., car il était souvent accompagné par une nécrose de la troisième phalange (Renault, 1831). Il était alors important d'agir vite en utilisant la méthode la plus adaptée : « *Il (le javart) devient incurable : 1°. Lorsque l'opération a été mal faite ; 2°. Lorsqu'elle ne l'a pas été à temps ; 3°. Lorsque durant le traitement et quelque temps après l'opération, le cheval fait un pas dans l'écurie* »<sup>64</sup>.

Il semblerait que les javarts des membres antérieurs et du fibro-cartilage complémentaire interne aient été plus difficiles à traiter car ils étaient plus douloureux pour les chevaux et la guérison plus délicate : « *Le javart est plus à craindre aux membres antérieurs : d'abord, parce que les animaux en souffrent d'avantage ; ensuite et surtout, parce que, dans le cas où l'opération a dû être mise en usage, il est d'observation que la guérison se fait attendre plus longtemps, et que les animaux se redressent plus difficilement.* »<sup>65</sup>

Le traitement du javart cartilagineux était sujet à bien plus de polémique que ceux précédemment abordés. Les anciens hippiatres utilisaient des traitements médicamenteux à base de caustiques ou de feu mais qui furent peu à peu oubliés. Certains cependant continuaient à penser que ces méthodes pouvaient s'avérer fructueuses. D'autres hippiatres prônaient les techniques chirurgicales, plus modernes.

## A. Le cataplasme d'émollient

Si la carie se situait en talon, qu'elle était récente et que la fistule n'était pas très profonde, les poils autour de la fistule étaient coupés et un cataplasme émollient<sup>66</sup> était appliqué sur le pied et changé matin et soir pendant plusieurs jours : « *Ce traitement simple, par lequel on doit presque toujours débiter, m'a quelquefois réussi complètement au début de la maladie* »<sup>67</sup>. Du fait de la gravité d'un javart cartilagineux, ce traitement ne permettait pas d'assainir le pied ; en effet le cataplasme ne possédait aucune action antiseptique. D'ailleurs, il ne fonctionnait que rarement et n'était donc que très peu usité.

---

<sup>64</sup> Philippe-Etienne Lafosse, 1775, p. 36.

<sup>65</sup> Renault, 1831, p. 30.

<sup>66</sup> Cataplasme qui avait pour but de ramollir les tissus et de diminuer l'inflammation. Il pouvait être à base de farine de graines de lin.

<sup>67</sup> Renault, 1831, p. 32

## B. Les injections escarotiques

Certains auteurs pratiquaient l'injection dans la fistule du javart cartilagineux de produits dits « escarotiques » tels que la liqueur de Villate, préparation à base de sulfate de cuivre, sulfate de zinc, acétate de plomb, extrait de saturne et de vinaigre. Ces produits avaient pour but de « brûler » chimiquement les tissus afin de stopper leur dégradation.

Le premier jour, une mèche imbibée de liqueur de Villate était placée dans le trajet de la ou des fistules afin d'en agrandir le diamètre. Les jours suivants la liqueur de Villate était injectée à l'intérieur des fistules et ce quatre à cinq fois par jour. Lorsque la matière qui s'en échappait devenait plus rare et plus limpide, deux ou trois injections journalières suffisaient. Une fois l'animal guéri, c'est-à-dire lorsque plus aucune production ne s'échappait de la ou des fistules, de l'éther d'iodoforme était appliqué sur le bord de la fistule et un fer à planche posé (Dieudonné, 1898). Généralement, une guérison complète était constatée environ trois semaines plus tard.

Cette méthode était attribuée à un vétérinaire nommé Mariage qui certifiait avoir connu quarante-deux réussites. Malheureusement, ceux qui l'utilisèrent par la suite, n'eurent pas autant de succès (Usse, 1928). Ces échecs étaient attribués à la persistance de sulfate de plomb dans une liqueur de Villate mal filtrée : « *mais je crois, pour mon compte, que, non seulement le rôle du sulfate de plomb dans la liqueur de Villate est nul ; il est très nuisible à la cicatrisation. Etant « absolument insoluble », en effet, il joue le rôle, dans les plaies, dans les trajets fistuleux, d'un véritable corps étranger, et, dans toute l'acception du mot –l'expression saisissante de Bouley me revient- « d'épine irritante »* »<sup>68</sup>. Dieudonné<sup>69</sup> fut un incondicional de cette méthode qu'il préférait à la chirurgie du cartilage (Dieudonné, 1898). Pour bien la réussir, il préconisait de réaliser soi-même les injections et de ne pas laisser ce geste au soigneur, d'utiliser une seringue en étain qui était démonté après et plongée dans un récipient d'eau après chaque utilisation et de filtrer la liqueur de Villate.

La liqueur de Villate n'était pas le seul produit utilisé pour les injections escarotiques (Usse, 1928). Bouley préférait la liqueur de Cherry<sup>70</sup> ; mais la liqueur de Gamgee<sup>71</sup>, l'acide phénique, le chlorure de chaux figuraient aussi parmi les produits les plus usités. Lignièrès recommandait plutôt la liqueur de résinate de cuivre qu'il considérait pourvue d'un pouvoir de pénétration plus grand, d'une meilleure adhérence aux tissus et d'une causticité moindre (peut-être ne filtrait-il pas la liqueur de Villate correctement).

## C. Traitement par les caustiques : dite *cautérisation potentielle*

Cette technique recourait à l'application de caustiques introduits dans la fistule. Les caustiques (dits *caustères potentiels*) composés, entre autres, de sublimé de corrosif ou d'alcool et d'aloès étaient préparés en boulette. Les hippiatres, comme Solleysel, enfonçaient ces boulettes au cœur de la fistule qu'il était parfois nécessaire d'élargir à l'aide d'un rasoir ou par l'introduction d'un cautère en pointe chauffé à blanc (Solleysel, 1723). Des produits

---

<sup>68</sup> Dieudonné, 1898, p. 614.

<sup>69</sup> Paul Dieudonné, vétérinaire à Einville.

<sup>70</sup> Sublimé corrosif à 10% et alcool.

<sup>71</sup> Sublimé corrosif, alcool, acide chlorhydrique, acétate de plomb.

cautérisant, sous forme liquide, étaient ensuite introduits puis le feu était appliqué sur la couronne. Le but était d'atteindre le cartilage afin de brûler toute partie nécrosée : « *Pour les tentes qu'on a mises sur les deux bouts du tendon (entendre cartilage), lorsqu'elles auront fait leur effet, et que les escarres seront tombés, il faudra sondé s'il n'est rien resté du tendon et si le cautère l'a fait entièrement sauté afin de n'être pas obligé de mettre un nouveau cautère comme celui qu'on a mis tout au commencement* »<sup>72</sup>. Solleysel conseillait aussi d'introduire des pointes de feu sur toutes les « tumeurs » situées au niveau de la couronne.

Un siècle plus tard, Girard tentait de réhabiliter le traitement par les cautères à une époque où prédominait la technique chirurgicale : « *La cautérisation exécutée de manière que nous venons d'indiquer, est un traitement simple, peu dispendieux et d'une application facile ; tandis que l'opération pratiquée selon Lafosse père, nécessite des délabrements considérables, d'où résulte une plaie très étendue, difficile à guérir, et qui, malgré les soins les mieux suivis, ne passe que trop souvent à l'état d'ulcère* »<sup>73</sup>. Sa méthode consistait à introduire, un sein de la fistule, d'abord élargie si nécessaire avec un rasoir, un tampon ou un cône imbibé de caustique qui était ensuite fixé dans la plaie à l'aide d'étoupes. Le tout était recouvert de plumasseaux de vin tiède et le sabot enveloppé dans une étoupade fixée à l'aide d'une ligature. Le pansement devait être refait régulièrement mais le cône de caustique ne devait être retiré que lorsque la partie nécrosée avait été expulsé (Girard, 1825). Girard précisait que l'emploi de caustiques pouvait provoquer une fièvre réactionnelle qu'il fallait gérer en ayant recours à une ou plusieurs saignées, en mettant le cheval à la diète et en administrant quelques lavements. Si le cartilage était trop profondément atteint, il était alors recommandé de retirer le quartier du sabot ou même de dessoler afin de permettre une meilleure application du cautère (Solleysel, 1723 ; Girard, 1825).

Contrairement à celle de Solleysel, la technique de Girard présentait l'avantage d'utiliser le caustique<sup>74</sup> seul et de ne pas être associé à de l'aloès. Dans ce cas, seule la portion cariée du cartilage était affectée et les tissus sains épargnés, alors que, lors d'association, l'aloès pouvait provoquer la destruction du cartilage et parfois même du bourrelet coronaire<sup>75</sup>. De plus, Girard n'utilisait pas de cautère de feu, pratique responsable de nombreux délabrements (Hurtrel d'Arboval, 1838).

Girard était convaincu de l'efficacité de ce procédé et le préférait à la technique chirurgicale qui consistait à extirper le fibro-cartilage : « *Ce procédé, dont nous avons eu lieu de constater l'efficacité sur un certain nombre de chevaux, est employé depuis longtemps par différents praticiens, qui ont renoncé à l'extirpation du fibro-cartilage, ou ne la pratiquent que très rarement et seulement dans certains cas particulier* »<sup>76</sup>. Il existait alors une véritable polémique entre les auteurs qui soutenaient, à l'instar de Girard, que cette méthode médicale était efficace et que la technique chirurgicale était trop invasive, et la doctrine de Philippe-Etienne Lafosse qui, comme nous le verrons par la suite, considéraient que seule la chirurgie était probante.

---

<sup>72</sup> Solleysel, 1723, p. 202.

<sup>73</sup> Girard, 1825, p. 198.

<sup>74</sup> Le deuto-chlorure de mercure.

<sup>75</sup> L'aloès est une plante qui produit deux substances. Le latex (sève située dans les canaux de l'écorce), qui a des propriétés laxatives, peut être irritant pour les tissus. Le gel, issu de cœur des feuilles de la plantes, possède des propriétés émollientes et cicatrisantes.

<sup>76</sup> Girard, 1825, p. 199.

## D. Les traitements chirurgicaux

Les traitements chirurgicaux étaient nombreux et, parfois, seules des différences minimes les distinguaient. Mais la préférence des auteurs pour une technique ou une autre alimentait la polémique concernant les diverses méthodes chirurgicales.

### a. La cautérisation par le feu : dite *cautérisation actuelle*

Cette méthode adoptait le même principe que la cautérisation potentielle mais, au lieu d'utiliser des produits caustiques, elle impliquait l'usage des cautères de feu (dits *cautères actuels*) : « *On se borne à toucher avec cet instrument toute la partie malade du fibro-cartilage de manière à arrêter les progrès de la carie, en la convertissant en une escarre dont une inflammation éliminatoire aura déterminé la séparation et la chute* »<sup>77</sup>. Il s'agissait donc de brûler les tissus nécrosés avec un instrument chauffé à blanc afin de stopper la progression du javart.

Il fallait commencer par parer le pied, surtout au niveau du quartier et du talon atteints. Si le cheval avait une fourchette saine, un fer à planche était posé afin de diminuer la douleur. Ensuite, un cautère chauffé à blanc était introduit à l'intérieur de la fistule et poussé jusqu'au fond. Cela permettait de brûler tous les tissus, d'arrêter le processus de nécrose et de transformer le fibro-cartilage en un tissu purement fibreux, cicatriciel : « *de manière à pénétrer jusqu'à son fond et à convertir en eschare toutes les portions affectées de la carie* »<sup>78</sup>. La brûlure agissait aussi par sa composante antiseptique. Cette opération pouvait être répétée au besoin. Par ailleurs si la couronne était engorgée, quelques pointes de feu étaient appliquées sur celle-ci.

Restait ensuite à soigner les plaies à l'aide de cataplasmes et d'émollients. Le tissu mort était alors expulsé sous cinq à dix jours et le pansement pouvait être retiré. L'aspect de la plaie dictait le traitement :

- « *Si les plaies qu'elles découvrent sont vermeilles et le pus de bonne nature, on panse avec des plumasseaux imbibés d'eau légèrement aiguisée d'eau de vie*
- *Si les bourgeons charnus sont pâles, on panse avec de la teinture d'aloès*
- *Si la plaie est blafarde et que le pus soit de mauvais caractère, on a recours à l'onguent égyptiac*<sup>79</sup> *délayé dans de la teinture d'aloès* »<sup>80</sup>.

Les pansements étaient refaits tous les quatre à cinq jours et la guérison survenait en vingt à trente jours. Cependant Beugnot recommandait d'utiliser cette méthode sur des javarts cartilagineux dans lesquels la nécrose du fibro-cartilage était en talon, la fistule peu profonde et sur des chevaux de trait ne travaillant que sur un sol souple, sans quoi, cette technique n'avait que peu de chances de réussite (Beugnot, 1859). Si la fistule s'enfonçait jusqu'au

---

<sup>77</sup> Renault, 1831, p. 36.

<sup>78</sup> Beugnot, 1859, p. 209.

<sup>79</sup> Préparation à base de miel, vinaigre et vert-de-gris.

<sup>80</sup> Beugnot, 1859, p. 209.

niveau de la troisième phalange, les anciens hippiatres, comme Solleysel, dessolaient le pied afin de laisser le pus s'écouler. Puis ils cautérisaient la fistule (Girard, 1825).

Il arrivait que le retrait d'un pansement découvre une deuxième fistule. Il fallait alors employer le cautère sur la première et la seconde fistule. Puis, les pansements étaient réalisés de la même manière. Si la guérison n'était pas obtenue au terme de cette deuxième manœuvre, il fallait alors se hâter de réaliser la chirurgie dite du « javart cartilagineux », c'est-à-dire le retrait du fibro-cartilage (Hurtrel d'Arboval, 1838).

Afin d'assurer l'efficacité de la cautérisation, le cautère était appliqué sur toute l'étendue du fibro-cartilage et laissé en place pendant un certain temps afin de potentialiser son action. L'emploi de caustiques était donc plus aisé et plus efficace que le feu direct : « *Nous avons également constaté que cette conversion ne s'opère que par la cautérisation portée immédiatement sur le fibro-cartilage, et nous nous sommes assuré qu'elle ne devient complète qu'autant qu'il y a une action forte, à peu près uniforme dans toute l'étendue du cartilage, et qui persiste pendant un certain temps. Pour produire la fonte dont il s'agit, les caustiques nous ont paru être plus efficaces que le feu, et ils détériorent moins le sabot* »<sup>81</sup>. En effet, les caustiques, lors de cautérisation potentielle, se répartissent mieux au sein de la fistule et sont laissés en place plusieurs jours, agissant ainsi plus longtemps.

Hurtrel d'Arboval, reprenant la doctrine de Philippe-Etienne Lafosse, affirmait que, dès lors que le fibro-cartilage était atteint, la nécrose totale devenait inévitable (Hurtrel d'Arboval, 1838). De ce fait, l'emploi de la cautérisation actuelle était souvent inefficace et ne pouvait fonctionner que dans les rares cas où la nécrose n'atteignait que la partie postérieure du cartilage et ne se développait pas. Il allait même jusqu'à dire que l'emploi de feu pouvait aggraver la maladie et retarder la cicatrisation : « *La cautérisation actuelle n'est guère susceptible d'être employée que dans le principe du mal, mais le succès en est toujours douteux, et le résultat qu'on obtient est rarement celui qu'on se proposait....Mais il (le feu) n'agit que partiellement, et son effet est toujours borné, il ne change pas la disposition de l'organe à contracter de nouvelles caries, on pourrait même avancer qu'il augmente cette disposition, en excitant l'afflux de liqueurs dans la partie malade, et en produisant une inflammation intense* »<sup>82</sup>. L'auteur rajoutait que, pour que la cautérisation actuelle soit efficace, le feu devait atteindre le fond de la fistule. Partant du principe que le trajet fistuleux n'était pas toujours droit et que la fistule pouvait être profonde, il existait des situations où le feu ne pouvait atteindre la carie du cartilage. Mais Girard palliait ceci en conseillant, alors, le retrait d'une partie du quartier atteint afin de pouvoir accéder au fond de la fistule et à l'ensemble du cartilage (Girard, 1825).

Les auteurs pour qui la cautérisation actuelle était une méthode à proscrire, tels que Hurtrel d'Arboval et Philippe-Etienne Lafosse, poussaient leur raisonnement plus loin en expliquant qu'en tentant d'éviter l'opération dite du « javart cartilagineux » et de sauver une partie du cartilage, il était probable que la cautérisation eut dû être répétée plusieurs fois et que, durant ce temps, la nécrose s'étendrait au niveau de la troisième phalange, des ligaments collatéraux de l'articulation inter-phalangienne distale ou de la capsule articulaire menant ainsi à un mal bien pire encore.

---

<sup>81</sup> Girard, 1825, p. 194.

<sup>82</sup> Hurtrel d'Arboval, 1838, p. 412.

En conclusion, Hurtrel d'Arboval ajoutait : « *Nous n'ignorons pas les faits qui attestent des guérisons à la suite de la cautérisation actuelle ; mais, en supposant même la carie cartilagineuse bien réelle, serait-ce trop hasarder en avançant que ces faits peuvent très-bien rentrer dans la catégorie des guérisons spontanées, desquelles nous doutons d'autant moins que nous en avons observé plusieurs* »<sup>83</sup>. Ces propos pour le moins explicites n'en demeuraient pas moins vexant voire insultants pour des auteurs tels que Renault qui n'avaient cessé de louer les bienfaits de la cautérisation actuelle.

## b. L'ablation partielle du fibro-cartilage

L'opération nécessaire au traitement du javart cartilagineux connaissait de très nombreuses variantes. Cependant toutes ces techniques menaient inexorablement à l'ablation partielle ou totale du fibro-cartilage.

Certains praticiens se contentaient de retirer exclusivement la partie nécrosée du cartilage, ceci afin de limiter le délabrement ; mais cette technique ne parvenait que rarement aux résultats escomptés. Cependant, certains vétérinaires ou hippiâtres, Barrier en tête, l'utilisaient malgré tout. Ce dernier repérait la partie nécrosée à sa coloration vert-pistache, souvent située très bas, et considérait qu'en retirant le tissu nécrotique ainsi qu'une petite partie du fibro-cartilage qui lui était attenante, la guérison était rapide et sans complication (Usse, 1928).

Vatel<sup>84</sup> avait également employé ce procédé avec succès à plusieurs reprises. Cependant lors des opérations décrites par ce dernier, la carie était toujours située dans la partie inférieure du cartilage postérieur. Ce positionnement expliquait le succès qu'il rencontrait car, dans cette portion, le cartilage est presque entièrement fibreux. Malgré ces cas encourageants, Vatel persistait à préconiser l'ablation complète du fibro-cartilage car il avait constaté un taux de réussite plus élevée avec cette dernière technique (Hurtrel d'Arboval, 1838). Renault, quand à lui, émettait le même avis : « *Je pense, comme MM. Vatel et Sanitas, qu'on ne saurait être trop réservé sur l'emploi d'un moyen si rarement efficace, que n'osent pas même ceux entre les mains desquels il a parfois réussi* »<sup>85</sup>.

## c. L'ablation totale du fibro-cartilage : l'opération du javart cartilagineux

La méthode la plus couramment utilisée était celle développée par les Lafosse, père et fils, et appliquée, entre autres, par Philippe-Etienne Lafosse, Bouley, Renault et Hurtrel d'Arboval. Elle consistait en l'extraction complète du fibro-cartilage : « *Mon père est le premier, je crois, qui ait ainsi pratiqué l'opération suivante. Voyant que la méthode ordinaire (entendre l'emploi du feu ou de caustiques) n'avait aucun succès dans ces maladies et que le cartilage se gâtait à mesure qu'on le coupait, imagine de le couper entièrement il y a plus de trente ans pour la première fois ; l'expérience féconda sa tentative et ses espérances* »<sup>86</sup>.

---

<sup>83</sup> Hurtrel d'Arboval, 1838, p. 414.

<sup>84</sup> Vétérinaire, professeur de clinique, de médecine opératoire et de médecine légale, à l'école royale vétérinaire d'Alfort.

<sup>85</sup> Renault, 1831, p. 33-34.

<sup>86</sup> Lafosse, 1789, p. 339.

Afin de faciliter l'opération, il était préconisé, si le cheval était vif ou sujet à d'intenses douleurs, de le mettre à la diète plusieurs jours et de pratiquer quelques saignées. Cette technique avait pour but de préparer l'organisme à l'opération (Beugnot, 1859).

Le pied devait être préparé:

- en coupant les poils autour de la couronne,
- en assouplissant la corne avec des bains et des cataplasmes émollients (comme pour l'opération du javart encorné),
- en parant le pied, jusqu'à la rosée du côté du quartier malade,
- et en forgeant un fer à javart (fer avec une éponge tronquée).

Au moment de l'intervention, le cheval était couché et un garrot posé autour du paturon afin d'éviter toute éventuelle hémorragie.

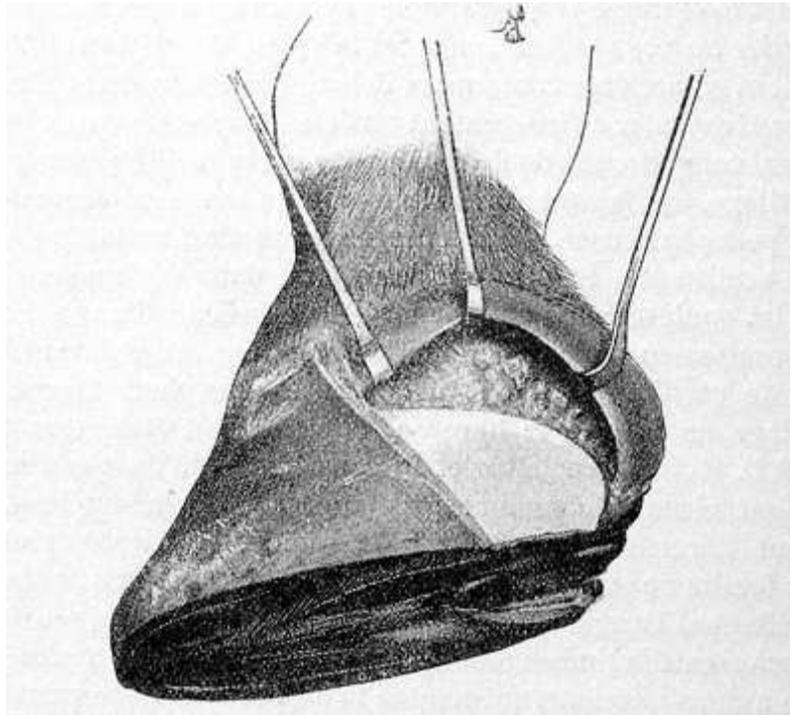
#### Premier temps : arrachement de la muraille

Le mode opératoire était le même que dans le cas du javart encorné ; il ne sera donc pas à nouveau décrit en détail dans ce chapitre. Une portion de la paroi du sabot, délimitée par le bord antérieur du cartilage, le bord plantaire et le talon, correspondant à environ un quartier, était ôtée (cf. figure 1 : retrait de la muraille lors de l'opération complète du javart). Il était important de faire attention à ne pas endommager le bourrelet coronaire et le tissu podophylleux du pied, au risque d'empêcher la corne, ainsi privée de membrane kératogène, de se reconstituer.

Deux autres techniques, moins usitées, existaient:

- L'une consistant à amincir, à l'aide d'une rénette, la paroi du sabot jusqu'à atteindre le tissu podophylleux ;
- L'autre, à râper la zone du sabot qui recouvrait le cartilage puis à creuser un sillon à l'aide d'une rénette afin de découvrir le cartilage.

Figure 1 : retrait de la muraille lors de l'opération complète du javart cartilagineux<sup>87</sup>



#### Deuxième temps : incision de la membrane kératogène

Il fallait séparer le bourrelet coronaire du tissu podophylleux en incisant la membrane kératogène entre ces deux structures.

#### Troisième temps : décollement du bourrelet coronaire et de la peau

Afin de décoller le cartilage complémentaire du bourrelet coronaire et de la peau qui le recouvrent, une incision était pratiquée, à l'aide d'une feuille de sauge, au niveau de la peau située au dessus. Cette manœuvre permettait d'atteindre le bourrelet coronaire sans avoir à l'inciser. Cependant une attention toute particulière était portée au fait d'endommager a minima cette peau et ce afin d'obtenir une meilleure cicatrisation. Certains commettaient l'erreur, pour se faciliter la tâche, de retirer la peau et la portion de bourrelet coronaire à laquelle elle était accolée, ce qui avait pour fâcheuse conséquence d'empêcher la repousse d'une corne normale. Il se formait alors ce qu'on appelait un faux quartier<sup>88</sup>. D'autres se contentaient d'inciser le bourrelet coronaire sans pour autant l'ôter; la corne repoussait alors normalement sauf en regard de l'incision où il persistait toujours une seime. Il était donc important de ne pas endommager le bourrelet coronaire et la peau qui le recouvrait.

---

<sup>87</sup> Cadiot, 1895, p. 110.

<sup>88</sup> Quartier constitué d'une corne molle et fragile, de forme irrégulière.

#### Quatrième temps : extirpation du cartilage

L'instrument utilisé était la feuille de sauge. Elle était introduite entre la peau et le cartilage, le côté tranchant tourné vers l'arrière et vers le bas. Le cartilage était débridé afin de le détacher des tissus environnants. La partie postérieure était rapidement et facilement extirpée mais la moitié antérieure du cartilage était plus délicate à ôter. En effet, elle adhère à la capsule articulaire et aux ligaments collatéraux de l'articulation inter-phalangienne distale, formations qui devaient être protégées ; il fallait donc procéder avec précaution et précision. Il était courant que le pied soit tendu vers l'avant afin d'étirer la capsule articulaire, ce qui offrait un accès plus facile au pourtour du cartilage. La partie antérieure du cartilage était alors retirée, en un ou plusieurs morceaux (Hurtrel d'Arboval, 1838 ; Beugnot, 1859 ; Cadiot, 1895).

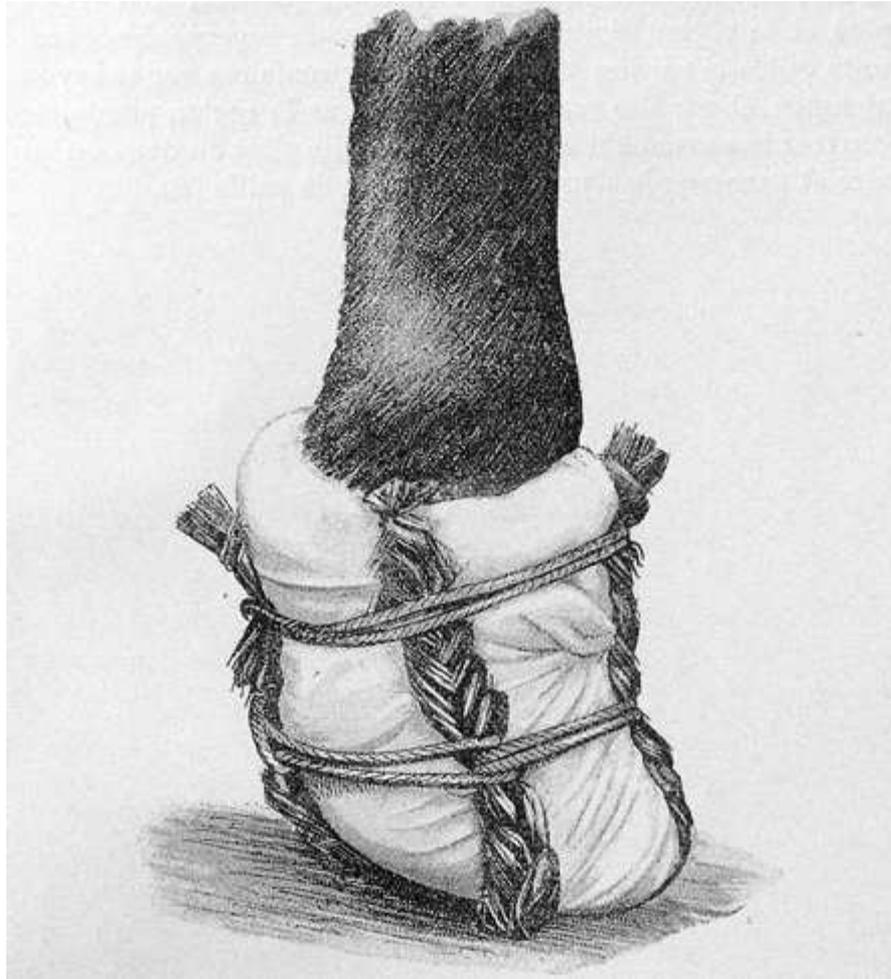
Le pansement pratiqué à la suite de l'opération du javart cartilagineux variait selon les protagonistes.

#### Le pansement avec fer :

D'abord, le fer à javart était mis en place, puis un tampon d'ouate était introduit dans la dépression sous le bourrelet coronaire qui avait été décollé pendant l'opération. Ce dispositif avait pour but de conserver la conformation physiologique du de dernier afin de favoriser une production harmonieuse de corne (Lafosse, 1775). De larges couches d'ouate étaient alors appliquées sur le quartier puis fixées à l'aide d'une bande. Le premier tour de la bande empruntait l'axe médian, le second était positionné en haut et le troisième en bas. Les autres tours étaient placés de haut en bas, en s'assurant que chaque tour opérait un recouvrement du précédent de deux tiers. Après chaque tour, la bande était passée perpendiculairement au pied et ce, entre chaque éponge du fer (Cadiot, 1895).

#### Le pansement sans fer :

De la même manière que dans le pansement avec fer, un tampon d'ouate était placé au niveau de la dépression du bourrelet coronaire. Le pied et la région digitée étaient ensuite enveloppés de lames d'ouates superposées et le tout fixé comme précédemment, à l'aide d'une bande. Pour terminer, le pansement était recouvert d'une toile pliée en deux ou en quatre, maintenue à l'aide d'une double paille tressée (cf. figure 2 : emmaillotement du pied) (Cadiot, 1895).



Certains imbibaient l'ouate d'eau de vie, dans le but de désinfecter la plaie (Girard, 1813) ; d'autres utilisaient des plumasseaux imbibés de térébenthine (Lafosse, 1775). La disposition de ces derniers ne se faisait pas au hasard : « *Quant aux plumasseaux, ils doivent toujours être placés transversalement ; on achève l'appareil, en posant cinq grands plumasseaux en sens contraire et perpendiculairement, lesquels seront contenus par une large bande de la longueur de deux à trois aunes, avec laquelle on forme des doloirs, d'où résulte une espèce d'enveloppe pour le pied. Il ne faudra pas oublier de mettre un plumasseau de l'autre côté du talon, de peur que la bande venant à porter sur la couronne, ne la comprime, ce qui attirerait une inflammation, puis une escarre de la peau qui causerait un autre javart, comme je le vois arriver souvent* »<sup>90</sup>. Le fait d'imbiber les plumasseaux ou l'ouate d'eau de vie diluée ou d'essence de térébenthine n'avait pas pour seul but la désinfection de la plaie mais aussi la compression des tissus du pied. « *Afin que la compression soit égale et ne se relâche pas, il faut avoir la précaution de mouiller tous les plumasseaux, ou d'eau ou d'essence de*

---

<sup>89</sup> Cadiot, 1895, p. 111.

<sup>90</sup> Philippe-Etienne Lafosse, 1775, p. 43.

*térébenthine, puis les bien presser avant de les appliquer* »<sup>91</sup>. En effet, il était considéré que les tissus formant le pied du cheval étaient maintenus et compressés par la corne et qu'il était donc normal de reproduire cet effet à l'aide du pansement. Autrement la formation de boursoufflements ou de cerises était à redouter. Il était alors question de déterminer la meilleure façon d'obtenir cette compression : à l'aide de plumasseaux, d'ouate humectée ou par le biais d'une ouate sèche (Beugnot, 1859).

Aux vétérinaires privilégiant l'utilisation d'une ouate sèche, Beugnot exposait l'idée, selon laquelle, la ouate se gorgerait de sang lors du retrait de la ligature posée sur le paturon et que, de ce fait, la compression exercée sur les tissus du pied devenait trop forte : « *L'étoupade qui se conserve bien sèche pendant son application, n'est serrée qu'au degré nécessaire pour exercer la compression qu'on juge convenable ; mais lorsque après le pansement fait on rétablit la circulation, le sang affluant vers la plaie s'insinue à travers l'étoupade, la pénètre ; les plumasseaux ainsi humectés reviennent sur eux-mêmes ; leurs filaments se rapprochent, se serrent, et la compression, si elle avait été bien faite, est nécessairement alors imparfaite. En résumé, il est plus facile, plus sûr, et partant plus rationnel, pour établir méthodiquement la compression, de mouiller un peu les plumasseaux que l'on applique les premiers* »<sup>92</sup>. La compression par le pansement ne pouvait être faite en le serrant, au risque de provoquer de fortes réactions inflammatoires, des œdèmes et même des nécroses du pied. Beugnot n'était même pas convaincu de la nécessité absolue de réaliser un pansement compressif. « *Il n'est pas vrai que dans l'état naturel la corne comprime les tissus sous-jacents ; si la moindre compression avait lieu sur des parties aussi éminemment sensibles, une douleur plus ou moins vive en serait infailliblement le résultat, et la boiterie en serait le symptôme. N'est pas ce qui arrive lorsqu'un quartier se ressert ?* »<sup>93</sup>. Il expliquait qu'une compression n'était nécessaire que si le développement de bourgeons ou de cerises était redouté et que cela ne pouvait arriver que lorsque le « *tissu cellulaire* » était mis à nu. Ce tissu étant situé sous le tissu podophylleux, le pansement compressif était préconisé que dans le cas où ce dernier aurait été endommagé. Autrement, un pansement souple suffisait (Beugnot, 1859).

Le premier pansement devait être laissé en place le plus longtemps possible. Si le cheval souffrait ou si la suppuration était très forte, le pansement était retiré au bout de six à dix jours. L'idéal, cependant, était de le laisser en place huit à douze jours. Le retrait du premier dispositif devait révéler une plaie propre et un tissu podophylleux recouvert d'une fine couche cornée, et molle. Il suffisait alors d'essuyer le pus et de refaire le pansement à sec ou avec de l'eau alcoolisée. Si des bourgeons charnus apparaissaient et que la plaie semblait mal cicatrisée, l'utilisation de teinture d'aloès était alors recommandée. La cicatrisation complète du pied prenait entre trois et six semaines et pouvait même aller jusqu'à plusieurs mois. Ce traitement était ainsi nettement plus long que le traitement par caustiques.

Philippe-Etienne Lafosse déconseillait de retirer le pus lors du retrait du premier pansement : « *surtout ne pas essuyer la matière, on ferait une double faute ; 1°. Il sortirait indubitablement du sang, ce qui remettrait la plaie dans l'état où elle était lors de l'opération. 2°. On détruirait l'ouvrage de la Nature, car cette matière est essentielle pour opérer la guérison* »<sup>94</sup>. D'après lui, le pus était un processus normal et naturel, qui annonçait

---

<sup>91</sup> Philippe-Etienne Lafosse, 1775, p. 44.

<sup>92</sup> Beugnot, 1859, p. 217.

<sup>93</sup> Beugnot, 1859, p. 217.

<sup>94</sup> Lafosse, 1775, p. 45.

la guérison. Il rajoutait que, lors du retrait du troisième dispositif, s'il persistait une fistule qui produisait du pus, il fallait la sonder, l'ouvrir sur la partie basse et y introduire une ouate recouverte de *basilicum*<sup>95</sup>, la maintenant ouverte afin de favoriser le rejet des tissus nécrosés (Lafosse, 1775).

Un autre point opposait les vétérinaires : l'application (ou non) sous le bourrelet coronaire de plumasseaux ou d'ouate. « *Il est encore classique aujourd'hui de commencer le pansement consécutif à l'opération du javart cartilagineux, par l'introduction, sous le bourrelet décollé, d'une couche d'étope, d'ouate ou de gaze, avec laquelle on soulève la peau cutidurale de manière à restituer au bourrelet sa forme et sa direction physiologique. Il s'ensuit que la plaie ainsi produite suppure et se comble peu à peu par les bourgeons charnus ; ce n'est le plus souvent qu'au bout de trois semaines à un mois que la cavité se trouve comblée* »<sup>96</sup>. Beugnot était d'avis que la cicatrisation par première intention du bourrelet coronaire, décollé pendant l'opération, était à prohiber. Il admettait que, si cette technique s'était avérée efficace elle aurait évité l'inflammation des bourrelets et l'engorgement du pied ; mais avait constaté qu'elle induisait trop de complications : « *Cette théorie sur la réunion par première intention de la peau avec les parties qu'elle recouvre est tout à fait imaginaire* »<sup>97</sup>. L'insertion de plumasseaux ou d'ouate sous le bourrelet était indispensable pour repositionner le bourrelet dans la bonne direction. Autrement, le nouveau quartier qui repoussait aurait été anormal et défectueux. Il rajoutait que, si le cartilage s'était complètement ou partiellement ossifié, l'application du pansement comprimerait la peau sur la partie ossifiée engendrant alors de fortes douleurs (Beugnot, 1859).

« *Qu'a-t-on par contre à reprocher à la cicatrisation par première intention ?* »<sup>98</sup>. Almy, à l'opposé de Beugnot, considérait qu'en optant pour la cicatrisation par première intention, le temps de cicatrisation était nettement plus court (de cinq à six jours), évitant ainsi l'inflammation de la région coronaire. Ceci évitait le décollement du nouveau quartier et de nombreuses de boiteries. De plus, l'application de matière étrangère sous le bourrelet était souvent à l'origine d'abcès pouvant provoquer la nécrose du ligament collatéral latéral de l'articulation inter-phalangienne distale.

Almy supposait que ses prédécesseurs, « *à l'époque pré-antiseptique* », c'est-à-dire plus d'un siècle plus tôt, avaient opté pour l'insertion d'ouate sous le bourrelet afin d'éviter, entre autres, la suppuration de la plaie. Mais ceci n'était pas à craindre si l'on opérait dans de bonnes conditions d'asepsie. Pour cela, il préconisait la préparation du pied la veille de l'opération : le pied était paré, nettoyé et brossé dans un bain antiseptique ; la peau de la région de la couronne était rasée puis le pied était enveloppé dans un pansement imbibé d'une solution antiseptique composée de crésyl à trois pourcent. Durant l'opération, une solution chaude (40°C) de sublimé<sup>99</sup> à un pour deux milles était appliquée sur la plaie à intervalles régulières. Pour terminer, la plaie était nettoyée à l'aide de cette même solution et tous les caillots sanguins, ainsi que les morceaux de cartilages, retirés.

---

<sup>95</sup> Onguent Basilicum : onguent suppuratif composé de cire jaune, suif de mouton, résine, poix et térébenthine, utilisé sur les furoncles, les ulcères...

<sup>96</sup> Almy, 1900, p. 457.

<sup>97</sup> Beugnot, 1859, p. 218.

<sup>98</sup> Almy, 1900, p. 458.

<sup>99</sup> Chlorure de mercure.

Au retrait du pansement, une semaine plus tard, la plaie devait alors être cicatrisée, la boiterie avoir disparue, et seule une ligne de bourgeons charnus au niveau de l'incision de la membrane kératogène devait subsister. Cette méthode permettait de gagner deux semaines sur la cicatrisation. Almy proposait même de recoudre les deux lèvres de l'incision, c'est-à-dire le bourrelet et le tissu podophylleux, ceci n'altérant en rien, d'après lui, la cicatrisation (Almy, 1900).

#### d. Les complications

##### i. Les complications suite à l'opération dite du javart cartilagineux

Les principales complications redoutées lors de l'opération du javart cartilagineux étaient :

- l'ouverture de la capsule articulaire inter-phalangienne distale,
- la blessure ou la carie (entendre nécrose) des ligaments collatéraux de l'articulation inter-phalangienne distale,
- l'ossification du fibro-cartilage,
- la carie de la phalange distale,
- l'altération du bourrelet coronaire,
- l'altération du tissu podophylleux.

#### Ouverture de la capsule articulaire

« Il faut connaître parfaitement la structure du pied, la situation du cartilage, la figure, ses attaches, son étendue, la situation des ligaments de la capsule, de peur de toucher ces parties avec l'instrument, et d'estropier sans ressource le cheval »<sup>100</sup>. Philippe-Etienne Lafosse craignait que, si le chirurgien ouvrait la capsule articulaire, le cheval serait définitivement estropié. Les vétérinaires du XVII<sup>ème</sup> siècle étaient, quant à eux, moins alarmants. Ils expliquaient que l'ouverture de la capsule articulaire inter-phalangienne distale était grave si elle était la conséquence d'une nécrose et si les rebords de l'ouverture étaient ulcéreux. En revanche, si l'ouverture était faite lors de l'opération, avec un instrument tranchant, le pronostic était bien meilleur. L'opérateur s'en apercevait car du liquide clair et filant, la synovie, remontait par la plaie, a fortiori si l'on exerçait sur le membre du cheval des mouvements de flexions. Il fallait alors, selon ces hippiâtres, recouvrir l'ouverture de la capsule par un tampon camphré. D'après Girard, il suffisait d'un simple tampon d'étoupes et Renault, quant à lui, préconisait un simple plumasseau humecté. L'important était de laisser ce dispositif assez longtemps - une dizaine de jours et de ne laisser aucun fluide pénétrer dans la capsule afin d'éviter toute infection (Hurtrel d'Arboval, 1838 ; Beugnot, 1859).

---

<sup>100</sup> Lafosse, 1789, p. 340.

### Atteinte des ligaments collatéraux de l'articulation inter-phalangienne distale

Il était conseillé de laisser un peu de tissu fibro-cartilagineux plutôt que de risquer d'endommager ces ligaments, car alors la guérison serait très longue et imparfaite, laissant le cheval boiteux (Beugnot, 1859).

### Ossification du fibro-cartilage

Le fibro-cartilage pouvait parfois s'ossifier. Si l'ossification était complète, le fibro-cartilage devait être laissé en place et ce malgré le risque d'endommager la capsule articulaire, de faire souffrir le cheval et prolonger guérison. En revanche, dans le cas d'une ossification partielle, il fallait retirer les portions non-ossifiées. Il fallait alors limer les parties ossifiées non-retirées afin d'éviter de blesser le pied. Il était important de ne pas léser la capsule articulaire qui se trouvait souvent adhérente aux régions ossifiées du fibro-cartilage. Malheureusement, si ce dernier était très ossifié, le pied perdait de son élasticité (Hurtrel d'Arboval, 1838 ; Beugnot, 1859).

### Carie des ligaments collatéraux de l'articulation inter-phalangienne distale du pied et carie de la troisième phalange

Il arrivait que la nécrose du fibro-cartilage s'étendît aux ligaments collatéraux de l'articulation inter-phalangienne distale du pied ou à la troisième phalange. Il fallait alors retirer la partie nécrosée des ligaments en essayant d'épargner le plus possible de tissu sain. La méthode était similaire en ce qui concerne la troisième phalange, mais les tissus podophylleux et réticulaire qui recouvraient la portion cariée étaient inévitablement retirés, ce qui compliquait nettement la cicatrisation (Hurtrel d'Arboval, 1838 ; Beugnot, 1859).

### Altération du bourrelet coronaire

La portion du bourrelet coronaire qui recouvrait la partie nécrosée du fibro-cartilage pouvait être atteinte, suite à la progression de la maladie, ou à une erreur commise par l'opérateur. Si la nécrose avait détruit une portion entière du bourrelet, la corne qui repoussait était alors peu solide et difforme, laissant le pied du cheval fragile. Si la lésion était provoqué par l'opérateur, il était important d'essayer de sauver le plus de tissu possible afin de permettre une repousse de corne la plus complète possible. Dans le cas d'une incision franche, les deux bords pouvaient être rapprochés à l'aide d'une suture ou de bandelettes adhésives, ces dernières étant moins nocives d'après Renault (Hurtrel d'Arboval, 1838).

### Atteinte du tissu podophylleux

Si le tissu podophylleux était atteint par la nécrose, il ne fallait pas tenter de le retirer mais plutôt laisser s'accomplir l'élimination naturelle qui aboutissait sans autre intervention à une

cicatrisation de bonne qualité. Si le tissu était simplement incisé, il bourgeonnait, phénomène contre lequel l'application d'un pansement légèrement plus compressif au niveau des lésions s'avérait efficace (Hurtrel d'Arboval, 1838).

## ii. Les complications survenant pendant la cicatrisation

### Les fistules

Parfois, de nouvelles fistules se formaient et étaient découvertes lors du retrait d'un des pansements. Elles survenaient à la suite d'un pansement mal élaboré (compression trop forte), lorsque l'opérateur laissait une portion de tissu nécrosé (au niveau du cartilage, de l'os, du ligament) ou lorsqu'une portion de fibro-cartilage non cariée se détachait et agissait donc comme un corps étranger. Il fallait alors débrider la fistule pour pouvoir récupérer la portion de tissu qui en était à l'origine. Des pointes de feu ou des caustiques étaient ensuite appliquées sur les rebords de la fistule.

Dans de rares cas, la fistule était le produit de liquide synovial qui ne cessait de s'écouler depuis la capsule articulaire qui avait été ouverte. La boiterie qui s'en suivait était très prononcée. La fistule était alors arrosée d'eau froide, sans grand espoir de le faire disparaître: « *Si au bout d'un mois on reconnaît que la synovie coule avec la même abondance, que les parties environnantes sont chaudes et douloureuses, et que l'animal n'appuie pas sur son membre, on doit, à moins de considérations particulières, se résigner à en faire le sacrifice* »<sup>101</sup>.

### Les cerises

Il se formait parfois de petites excroissances charnues au niveau de la plaie, richement vascularisées, de couleur rouge, nommées cerises. Elles apparaissaient aux endroits où le tissu podophylleux avait été endommagé et à la suite de pansements mal réalisés, provoquant une compression non homogène. Dans le cas de cerises récemment formées, il suffisait qu'un nouveau pansement, exerçant une compression légèrement plus forte que d'ordinaire, soit appliqué. En revanche, dans le cas de cerises plus anciennes (six jours ou plus) des cautères de feu (dits *cautères actuels*) ou des caustiques (dits *cautères potentiels*) devaient être appliqués, mais la guérison s'avérait plus difficile. Les cerises qui apparaissaient sur les rebords de la paroi de la plaie étaient plus douloureuses car elles engendraient une irritation continue (Beugnot, 1859).

---

<sup>101</sup> Beugnot, 1859, p. 223.

## La gangrène

La plaie était parfois envahie par la gangrène. Elle devenait alors froide, noire avec une dégénérescence tissulaire. Il fallait alors retirer tous les tissus morts et appliquer des solutions « excitantes » comme la teinture d'aloès ou de quinquina afin de nettoyer et raviver le tissu et favoriser la reprise de la cicatrisation. Une cautérisation au fer rouge pouvait aussi être appliquée au fond de la plaie (Hurtrel d'Arboval, 1838).

### e. Les variantes de l'opération du javart cartilagineux

#### i. Le procédé de Bayer<sup>102</sup>

Le quartier n'était pas retiré dans sa totalité. Seul un morceau semi-circulaire de la corne du quartier était extirpé, puis une incision était pratiquée le long de la portion de cartilage à retirer, à travers le tégument de la couronne, le bourrelet coronaire et le tissu podophylleux. Ce lambeau de tissu était alors décollé du cartilage qui était lui-même retiré dans sa totalité. En terminant l'opération, le lambeau était rabattu puis suturé à l'autre bord de tégument laissé en place. Le pansement utilisé était le même que pour la technique classique (Usse, 1928).

Cette technique était moins invasive et illustre bien la théorie d'Almy selon laquelle la cicatrisation du bourrelet coronaire pouvait se faire en réunissant les deux bords des téguments sans qu'il eût été nécessaire d'insérer de la ouate sous le bourrelet coronaire afin de permettre une bonne repousse de la corne.

#### ii. La tunnellation du talon

En premier lieu il convenait de parer la sole et la fourchette. Puis il fallait amincir la paroi et le bourrelet coronaire situés en regard du cartilage complémentaire. À l'aide d'une rénette à clou de rue, il était alors réalisé une ouverture dans la sole, de forme ovale, au niveau des barres. La base du cartilage était alors dévoilée. Toujours à l'aide de la rénette, tout le cartilage était retiré couche par couche en raclant avec l'instrument. La partie postérieure et fibreuse du cartilage devait être laissée, autant que possible, en place. L'opération complète consistait donc en l'ablation du cartilage complémentaire, excepté en sa partie postérieure et ce par un orifice le moins invasif possible, ouvert dans la sole. L'amincissement de la paroi et du bourrelet coronaire permettait de conférer au sabot une meilleure souplesse afin d'éviter qu'il ne se cassât.

Au niveau du pansement, la cavité ainsi créée à travers la sole était remplie avec une étoupe maintenue en place à l'aide d'un fer à planche. Un pansement analogue à celui de la technique classique terminait les soins de plaie. Le pansement était refait tous les quatre ou

---

<sup>102</sup> Le professeur Bayer était un vétérinaire Autrichien et Recteur de l'Institut vétérinaire de Vienne.

cinq jours, en diminuant à chaque fois la quantité de gaze insérée dans la cavité. Cette technique permettait la cicatrisation qui se faisait en une vingtaine de jours.

Ce procédé permettait de n'abimer ni le bourrelet coronaire, ni la paroi, assurant ainsi une cicatrisation plus rapide. Toutes complications de faux-quartier et de seime étaient donc évitées. De plus, la création d'une ouverture plantaire facilitait l'écoulement du pus. En revanche, le cartilage n'étant pas mis à découvert, il n'y avait aucune certitude du retrait total de celui-ci, créant ainsi un risque de récurrence. Le fait de ne pas toujours être capable de respecter la partie fibreuse du cartilage pouvait engendrer une déformation du sabot lors de la cicatrisation. En cas de cartilage ossifié, cette technique était à proscrire (Usse, 1928).

### iii. L'opération par accession coronaire

Elle débutait par le retrait d'un lambeau cutané autour de la fistule, en côte de melon, par l'entremise d'une incision parallèle au bourrelet et une autre au dessus de la fistule. Seule la portion nécrosée du cartilage pouvait alors être ôtée, mais ceci ne donnait que des résultats médiocres. Il était donc préférable de réaliser une opération plus complète. Pour cela, la face externe du fibro-cartilage était détachée de la peau et du bourrelet coronaire qui le recouvraient. Il était très important de ne pas endommager ce dernier. Ensuite, à l'aide d'une feuille de sauge simple, la totalité du cartilage était extraite. L'opération se terminait par la pose d'une mèche de gaze ou un drain, qui ressortait en talon. Enfin la peau était suturée. Un pansement compressif, comme dans la méthode classique, était ensuite appliqué. Le premier pansement était retiré au bout de cinq jours et la mèche changée ; par la suite, le pansement était renouvelé tous les sept à huit jours.

Bien que certains, tels que Renault et Boulay, considéraient cette technique comme très délicate à réaliser, Usse prétendait ne rencontrer aucune difficulté lors de ses expériences. De plus, la cicatrisation, en considérant qu'il n'y ait pas de complication, était très courte et permettait une remise au travail rapide du cheval. Le sabot, une fois guéri, n'était sujet à aucune déformation. Néanmoins, ce procédé n'était recommandé que dans le cadre de centres hospitaliers car l'écoulement du pus, malgré la présence d'un drain, était très difficile à gérer et les soins postopératoires devaient donc être très rigoureux afin d'éviter toute surinfection (Usse, 1928).

### iv. Le procédé Fleuret<sup>103</sup> ou procédé par ablation du bourrelet

Cette technique proposait une innovation majeure en la matière. En effet elle prévoyait l'ablation du bourrelet alors que les méthodes précédentes prévoyaient une attention toute particulière à cette structure faute de quoi il aurait existé un risque d'obtenir une repousse de corne de qualité inférieure, menacée par l'apparition de seimes. En effet, l'opération débutait par l'amincissement de la paroi au niveau du cartilage complémentaire abîmé, sur une largeur de quelques centimètres. Une incision en côte de melon, dont le bord inférieur se situait sous

---

<sup>103</sup> Docteur Fleuret, à Annecy, auteur de manuels de médecine légale et de mémoires sur quelques épidémies.

le bourrelet coronaire, était ensuite pratiquée autour de la fistule. Ce lambeau de tissu, qui comprenait le bourrelet, était retiré à l'aide de la feuille de sauge. L'extraction complète du fibro-cartilage était alors réalisée. Un pansement ordinaire, non compressif, avec de la gaze ou de la ouate, terminait l'opération. Il était renouvelé au bout de huit jours, puis une seconde fois au bout de huit ou quinze jours (Usse, 1928).

Cette technique permettait de dévoiler le cartilage de manière à ce que sa résection fût aisée et totale. La paroi du pied et la partie fibreuse du cartilage étaient respectées ; ainsi le sabot ne subissait, par la suite, aucune déformation. Les soins postopératoires étaient en outre d'une grande simplicité. Enfin, cette méthode était la plus adaptée en cas d'ossification du cartilage. Il était alors préconisé de retirer tout le cartilage, même ossifié, alors même que cela était déconseillé dans la méthode classique.

Au niveau fonctionnel, les chevaux opérés ne présentaient aucune boiterie ni aucune cicatrice sur la couronne du pied : « *Même perfection au point de vue de l'extérieur du pied, aucune déformation de l'ongle ou cicatrice disgracieuse de la couronne n'apparaissant pour déprécier l'animal aux yeux d'un acheteur* »<sup>104</sup>.

Malgré les mises en garde de nombreux auteurs quant à l'ablation d'une partie du bourrelet coronaire, il apparaissait, à l'autopsie de chevaux opérés suivant cette technique, que la reconstitution du bourrelet coronaire était complète. En effet, le tissu podophylleux ne présentait aucune anomalie, la nouvelle corne, d'épaisseur normale, était en parfaite continuité avec celle d'origine et le sabot ne présentait aucune seimes.

Usse avait obtenu, lors de ses essais, un taux de guérison de 80% : « *J'estime que ce chiffre est absolument satisfaisant pour une maladie aussi sérieuse que le javart, et en tenant compte que très souvent nos malades étaient atteints de complications diverses* »<sup>105</sup>. Mais il ne précisait pas les pourcentages de guérison à l'aide des autres techniques, ne permettant ainsi aucune comparaison (Usse, 1928). Usse concluait : « *Aussi, nous n'hésitons pas à conclure que l'opération du javart par ce procédé (entendre le procédé de Fleuret) est l'intervention que doit choisir le praticien* »<sup>106</sup>.

## E. Conclusion

L'opération du javart cartilagineux était le traitement le plus usité et le plus conseillé : « *Lorsqu'on a la certitude que le javart est cartilagineux, ce qu'on reconnaît en introduisant la sonde, par la résistance qu'elle éprouve, il ne reste pas d'autres moyens d'obtenir la guérison, qu'en extirpant totalement le cartilage* »<sup>107</sup>. En comparant la technique de l'opération du javart cartilagineux à la cautérisation par le feu, dite *actuelle*, Hurtrel d'Arboval constatait que l'utilisation de cette deuxième méthode guérissait le javart mais que celui-ci revenait environ un mois plus tard. Sur plusieurs chevaux, il réitérait la cautérisation à chaque rechute de la maladie et ce pendant plusieurs mois. Sur une jument, il en vint à bout au bout de dix mois, mais le pied, bien que fonctionnel, était déformé. En revanche, il constatait

---

<sup>104</sup> Usse, 1928, p. 41.

<sup>105</sup> Usse, 1928, p. 40.

<sup>106</sup> Usse, 1928, p. 44.

<sup>107</sup> Lafosse, 1787, p. 272.

que, lorsqu'il procédait à l'opération du javart cartilagineux, le javart était guéri définitivement (Hurtrel d'Arboval, 1838). Il concluait : « *Nous ne prétendons pas rabaisser le mérite du procédé reconstitué et rendu neuf par M. Girard ; nous avons seulement voulu faire connaître les résultats qu'il a produits dans nos mains, bien persuadé que la vérité ne jaillit jamais mieux que des expériences contradictoires. On conviendra que cette méthode et celle de l'ablation ont chacune leur mérite respectif ; la première des deux ne doit pas être exclusivement mise en usage dans tous les cas ; elle peut être tout au plus employée lorsque la carie est superficielle et qu'elle n'affecte pas la partie postérieure du fibro-cartilage* »<sup>108</sup>.

Par la suite, il ne semble pas que cette technique ait connu un développement important, sûrement en raison de la disparition progressive du javart. Mais Usse était parmi les derniers à avoir fait des essais sur cette affection. Sa thèse date du début du XX<sup>ème</sup> siècle, période à laquelle le javart commençait à se faire rare et présentait donc moins d'intérêt.

## VIII. LE JAVART ET LA PETITE VÉROLE

« *Celle-ci (le javart) est une maladie d'un caractère propre, de son genre particulier, qui attaque le paturon des chevaux, et quelquefois la couronne du pied ; elle y produit une tumeur inflammatoire qui suppure, contenant une espèce de virus, lequel, étant inoculé à l'homme ou à la vache, leur cause une pustule locale, circonscrite et régulière, qui parcourt la marche ordinaire de l'infection, de l'éruption, de la maturation et de la dessiccation, et qui se cicatrise dans un temps déterminé. Il est vraiment singulier comment l'humeur qui découle de ces tumeurs, attachée aux vaisseaux lymphatiques de l'homme ou de la vache, y exerce une impression particulière, et s'y reproduit sous une forme totalement différente de celle qui, dans son origine, donnant lieu à une maladie légère par les symptômes extérieurs qu'elle produit, soit identique à la petite vérole et semblable au vaccin. Ce qu'il y a de plus étonnant, c'est que cette pustule suscite dans l'homme cette bienfaisante révolution qui le garantit de la petite vérole* »<sup>109</sup>.

Sacco prétendait qu'en inoculant de la matière des pustules produite lors d'un javart à un homme, et ce sans la modifier par le passage par une mamelle de vache, une pustule apparaissait sur le sujet. Cette pustule était identique à celle consécutive à l'inoculation de la vaccine. Cette réaction aurait permis d'après lui, au même titre que le vaccin (entendre l'inoculation de la vaccine), une protection contre la petite vérole.

Il conduisit alors plusieurs expériences. À de nombreuses reprises, il inoculait la matière obtenue sur les javarts de différents chevaux à de nombreuses personnes (principalement des enfants orphelins) mais aucune pustule n'apparût. Cet échec venait du fait, d'après lui, que la récolte de la matière était trop tardive : « *Je conclus de là que la matière des javarts de ce cheval avait déjà perdu son activité* »<sup>110</sup>.

C'est alors que son cheval contracta un javart. Il en profita pour récolter du pus à un stade plus précoce dans l'avancement de la maladie et l'inocula à deux enfants, sans succès. Le

---

<sup>108</sup> Hurtrel d'Arboval, 1838, p. 447.

<sup>109</sup> Sacco, 1811, p. 286.

<sup>110</sup> Sacco, 1811, p. 291.

cheval fut soigné par le palefrenier qui vit apparaître sur ses bras cinq pustules. Sacco en déduisit que le javart était contagieux et que son garçon d'écurie avait été contaminé en soignant le cheval. Mais la maturation des pustules était trop avancée pour qu'il puisse tenter une expérience.

Concomitamment, un cocher, qui avait traité ses chevaux pour un javart, développa le même type de pustules sur les mains, accompagné de fièvre et de diarrhée. Il fut conduit à l'hôpital où le chirurgien reconnut que les pustules étaient très ressemblantes à celles produites par la vaccine et qu'elles avaient pour origine la contagion du patient par la maladie du javart contractée au préalable par ses chevaux. Sacco préleva de la matière des pustules apparues sur le cocher et l'inocula à neuf enfants, dont deux eurent une pustule, et une vache qui n'eut rien. De la vaccine fut ensuite injectée aux sujets indemnes, ce qui fit apparaître la réaction attendue chez tous à l'exception de la vache. Par la suite, de la matière fut extraite des pustules contractées chez les deux premiers enfants puis inoculée à d'autres enfants. Ces enfants présentèrent rapidement des pustules mais les symptômes demeurèrent bénins. Le cocher et les enfants furent ensuite infectés à plusieurs reprises par le virus de la petite vérole et vécurent au contact de varioleux mais ne subirent aucun symptôme.

Sacco conclut : « *On peut d'autant mieux conclure de tous ces faits, que la matière des javarts est propre à donner une maladie semblable à la Vaccine, et que pour préserver de la petite vérole, il n'est pas nécessaire qu'elle passe par l'intermédiaire de la vache* »<sup>111</sup>.

Il précisait néanmoins que tous les javarts ne pouvaient pas produire la vaccine. Celle-ci ne pouvait naître que d'un javart contagieux, par opposition à un javart accidentel. C'était une raison supplémentaire (en plus du prélèvement tardif de la matière) pour laquelle bon nombre d'expériences visant à récupérer la vaccine d'un javart avaient échoué. Pour s'assurer que le javart était de type contagieux, il suffisait de s'assurer que plusieurs chevaux de la même écurie furent atteints (Sacco, 1811).

L'avantage de cette technique par rapport à celle de la vaccine était d'éviter le passage par la vache. Néanmoins, toutes les expériences où la matière avait été prélevée sur un javart furent un échec. La contagion du cocher et du palefrenier par le javart de leurs chevaux d'écurie ne fut à aucun moment prouvée. Il est donc possible de considérer que les pustules des ces personnes aient eut une autre origine. Il semble qu'elles permettaient de produire un vaccin contre la petite vérole mais le lien avec le javart n'était jamais démontré. Précisons aussi que l'idée selon laquelle le javart avait une origine virale était très minoritaire. D'autant que le siècle suivant, plusieurs bactéries, dont *Fusobacterium necrophorum*, furent isolées.

## IX. CONCLUSION

Le javart était une affection particulièrement invalidante. Elle provoquait une nécrose de différents tissus du pied du cheval. Le javart cartilagineux qui attaquait les cartilages complémentaires était le plus grave. De nombreux traitements furent ainsi mis en avant afin de le soigner. Sujet de nombreuses polémiques, l'opération dite du javart cartilagineux était le traitement le plus courant et, *a priori*, le plus efficace.

---

<sup>111</sup> Sacco, 1811, p. 295.

Les derniers écrits qui témoignent de la présence de javart datent du début du XX<sup>ème</sup> siècle, période à laquelle l'utilisation du cheval était en plein déclin. En effet l'animal jusqu'alors moyen de locomotion et outil du quotidien était en passe de devenir animal de parade, de sport ou de loisir. Le javart était une affection qui avait, en quelques sortes, été créée par l'homme. En effet, elle résultait d'une utilisation trop intensive du cheval, dans de mauvaises conditions d'hygiène, sur des sols durs et irréguliers, avec, souvent, de lourdes charges à transporter. Les tissus du pied étaient alors comprimés pendant de longues heures, tout au long de l'année ; le pied du cheval était fragilisé et le javart pouvait s'installer. Avec la disparition de ces conditions de travail, le javart s'est éteint au début du XX<sup>ème</sup> siècle et est passé du rang d'affection prédominante au rang d'affection « morte ».

# LA DESSOLURE

## I. INTRODUCTION

*« Ceux là se trompent qui croient que Dessoler un Cheval, c'est lui arracher tout le sabot : un Cheval bien Dessolé n'en vaut pas moins d'un quart de feu ; mais quant il a fait Pied neuf, il en vaut moins presque de toute sa valeur »<sup>112</sup>.*

Jusqu'au XIX<sup>ème</sup> siècle, le maréchal endossait aussi le rôle qui devait être dévolu au vétérinaire. Il faisait plus que parer et ferrer les chevaux : il les soignait de leurs maux de pieds. Pour arriver à ses fins, il utilisait diverses techniques, dont certaines ont été développées dans le chapitre concernant le javart. Mais l'excellence de son art résidait entre autres dans la technique que l'on nommait dessolure. Cette technique a aujourd'hui complètement disparue. La seule manœuvre s'en rapprochant est celle qui consiste à creuser une partie de la sole afin d'ouvrir un abcès, technique qu'on pourrait alors, dans la nomenclature du XIX<sup>ème</sup> siècle, qualifier de dessolure partielle.

La dessolure était pour les maréchaux et hippiatres de l'époque aussi courante que la pose d'une puce électronique pour les vétérinaires actuels. À une époque où les anesthésiques n'existaient pas, l'opération nécessitait une contention irréprochable et engendrait chez le cheval une douleur inouïe. Les maréchaux clouaient, en guise de trophées, les soles ôtées aux portes des ateliers, témoignant ainsi de leur habilité et de leur savoir-faire.

## II. DÉFINITION

La dessolure était une opération consistant à retirer complètement la sole du pied de cheval ou de bovin. Elle pouvait être partielle ou totale. Avant le XIX<sup>ème</sup> siècle, la dessolure totale était fréquemment pratiquée ; elle fût moins usitée par la suite, au profit de la dessolure partielle.

Ce qui pourrait être qualifié de dessolure partielle est encore pratiqué, notamment lors d'abcès de pied. Cet exposé ne concernera que la dessolure totale.

---

<sup>112</sup> Solleysel, 1674, p. 291.

### III. TECHNIQUE OPÉRATOIRE

L'opération nécessitait que le cheval fût couché et maintenu dans un travail par des sangles qui le ligotaient de toute part l'empêchant ainsi de bouger. Ces précautions étaient indispensables tant la douleur provoquée était intense.

L'opération de la dessolure se réalisait en plusieurs étapes :

1° : il était nécessaire de ramollir la corne de la sole (appelée sole de corne) en l'humidifiant à l'aide de cataplasmes émollients (feuilles de mauve et de pariétaire<sup>113</sup>). Ces cataplasmes étaient appliqués directement sur la sole et étaient renouvelés toutes les quatre heures. L'humidification de la sole avait pour but de la rendre plus souple et de limiter la douleur lors de l'opération.

2° : Une fois la sole ramollie, le parage, surtout le long de la fourchette, pouvait commencer afin de rendre la sole plus mince, plus souple et plus flexible permettant ainsi de la retirer plus aisément.

3° : Ensuite, la sole était séparée de la muraille à l'aide d'une pince. Il fallait commencer au niveau de la pince puis s'éloigner vers le talon, chaque côté l'un après l'autre.

4° : Le pied devait être levé et une corde passée sur le paturon en guise de garrot. À l'aide d'un bouterolle, voire d'un bistouri pour les plus agiles, la muraille était séparée de la muraille de la sole dans laquelle le bouterolle était enfoncé et ce par l'application de petits coups répétés sur l'outil. Il fallait faire attention à ne pas endommager la chair qui se trouvait sous la sole (appelée sole charnue) ou la pointe des cartilages (Lafosse, 1787).

5° : La sole était, à ce stade, entièrement séparée de la muraille. Un lève-sole<sup>114</sup> était introduit entre la sole de corne et la sole charnue, en commençant en pince. Encore une fois, une grande précaution devait être prise afin de ne pas endommager la sole charnue.

6° : Le lève-sole était maintenu en place et une paire de tricoises étaient introduites entre les deux soles afin de soulever la sole de corne.

7° : En la renversant sur la fourchette, la sole commençait à se détacher. Le parage préalable de la sole sur les alentours de la fourchette était indispensable à cette étape ; et si elle n'était pas suffisamment parée, détacher la sole s'avérait très difficile voir impossible.

8° : La sole était alors tirée en arrière du pied puis ôtée.

9° : À l'aide du bouterolle, le reste de corne qui se trouvait attachée à la muraille était retirée.

10° : Le garrot mis au début de l'opération sur le paturon pouvait être défait. Certains auteurs préconisaient néanmoins de laisser la ligature vingt-quatre heures pour être sûr d'éviter toute hémorragie. Cependant cette pratique était plus rare et controversée : « *Il est des personnes malavisées qui laissent, pendant les premières vingt-quatre heures, la ligature dans le paturon pour avoir l'assurance que le sang ne coulera pas : je sais aussi que quelqu'un oublia de l'ôter ; mais la continuation de cette compression est dangereuse : elle*

---

<sup>113</sup> Emollients à base de plante de guimauve.

<sup>114</sup> Morceau de fer plat, allongé et aplatis au bout.

peut déterminer la gangrène »<sup>115</sup>. Garsault recommandait de laisser saigner le pied environ dix minutes puis de remettre la ligature (Garsault, 1805).

11° : De l'eau de vie ou un autre produit, qualifié aujourd'hui d'antiseptique, était appliqué sur la plaie (Garsault, 1805).

12° : Le fer à dessolure, préparé à l'avance, était posé en prenant garde de ne pas exercer une trop grande compression au risque de provoquer une nécrose de la sole charnue. Le fer à dessolure ou à clou de rue était un fer léger et étroit qui permettait de découvrir la sole charnue afin de laisser la place d'appliquer un pansement. Ce fer présentait une épaisseur de quatre millimètres ; chaque branche large d'un centimètre et demi à deux centimètres, tout comme les éponges, étaient plus longues d'environ deux centimètres par rapport à un fer ordinaire. Trois éclisses étaient adaptées sur ce fer, permettant de protéger les tissus mis à nu et de maintenir le pansement (Fromage de Feugré, 1810 ; Lecoq, Rey, Tisserant et Tabourin, 1850).

13° : Dans le *Nouveau cours complet d'Agriculture*, il était préconisé d'appliquer des soins de plaie qui variaient en fonction de l'affection à l'origine de la dessolure (Thouin, Parmentier et Tessier *et al.*, 1809). Garsault, pour sa part, proposait un pansement unique, à savoir l'application de plumasseaux imbibés de térébenthine chaude le long du pied (sans excès pour ne pas provoquer une trop forte compression). Il précisait que la compression, qui devait être légère, devait aussi être uniforme, au risque de provoquer une repousse inégale de la sole (Garsault, 1805). Solleysel, quant à lui, préconisait de mettre sur le pied dessolé du vinaigre et du sel ; ce qui ne devait pas soulager le cheval déjà en grande souffrance. Concernant le bandage, il écrivait : « *Il ne faut pas croire comme Monsieur de la Bussiniere, qu'un bandage bien serré empêche la chair de surmonter, il suffit d'arrêter la fluxion, qui s'augmenterait par la moindre douleur qu'on ferait à une partie si tendre sans faire du mal davantage au Cheval, en lui bandant si fort le petit pied, crainte qu'il ne surmonte et rende comble comme la plupart des gens font ; il faut seulement arrêter l'appareil sur le petit pied sans le bander ni presser, et assurément la Sole en reviendra plus tôt et plus belle, et ne surmontera nullement* »<sup>116</sup>. À l'opposé, Philippe-Etienne Lafosse préconisait : « *Évitez la trop grande compression sur l'os du pied, de peur de gangrène ; mais comprimez également, de peur que la sole ne surmonte, ou qu'il ne survienne des cerises* »<sup>117</sup>.

14° : Trois éclisses étaient posées, tout en faisant toujours attention de ne pas trop comprimer la sole charnue. Deux étaient taillées en forme d'un demi sabot et recouvraient le pied ; la troisième était toute droite et se positionnait sous les deux éponges, par-dessus les bouts des deux premières éclisses.

15° : Un restrictif<sup>118</sup> était ensuite appliqué autour de la couronne pour éviter que le sabot ne s'élargisse : « *ce qui arrive presque toujours par cette opération* »<sup>119</sup>. Il était fixé à l'aide de filasse, d'une enveloppe et d'une ligature.

---

<sup>115</sup> Fromage de Feugré, 1810, p. 247.

<sup>116</sup> Solleysel, 1674, p. 292.

<sup>117</sup> Lafosse, 1787, p.101.

<sup>118</sup> Il existait plusieurs remèdes de restrictifs. L'un était un mélange de blanc d'œuf et de vinaigre, l'autre de la suie de cheminée avec du vinaigre et du blanc d'œuf.

<sup>119</sup> Garsault, 1805, p. 369.

16° : Le cheval était finalement remis à l'écurie où certains préconisaient, si le cheval avait beaucoup souffert ou si la maladie le nécessitait, de le saigner à la veine jugulaire (Thouin, Parmentier et Tessier *et al.*, 1809).

17° : L'appareil était laissé en place cinq à six jours ; délai au terme duquel le dispositif était retiré afin d'en refaire un autre. Cette opération était renouvelée jusqu'à ce que la sole fût revenue (ce qui prenait environ une vingtaine de jours). Le cheval devait rester à l'écurie tout le temps de la guérison et son pied maintenu au sec.

Certains maréchaux utilisaient un fer sans clou qui se fixait via une bordure autour du pied et d'une vis : « *Mais ce fer doit être fait exprès pour un Cheval, et mieux que ceux qu'on voit communément* »<sup>120</sup>. Il n'était donc que très rarement utilisé, sa pose nécessitant une certaine habilité et habitude.

#### IV. COMPLICATIONS

Si le cheval se remettait à boiter une fois que la sole ait repoussé : « *il est quasi sûr qu'il y a sous cette nouvelle sole un bouton de chair qui a crû pendant que la sole revenait ; il faut absolument dessoler une seconde fois, couper ce bouton, la sole reviendra, et votre cheval ne boitera plus* »<sup>121</sup>.

Pendant la repousse de la sole, il se pouvait :

- Qu'il se formât des boursoufflures de chair ; il fallait alors mettre des orties pilées ou de l'eau de vie et de la couperose pilée
- Que la chair fût sanglante ou trop molle ; la repousse de la sole était alors mauvaise. Il fallait appliquer de l'eau de vie et de la couperose blanche
- Que la sole ne repoussât pas bien ; il fallait alors appliquer sur la chair des feuilles de bardane broyées
- Que la sole repoussât mais qu'elle fut trop souple et trop humide. De la filasse trempée dans de l'eau de vie était alors appliquée sur la sole.
- Que la sole fût trop sèche ; de la rémolade chaude ou de l'emmiellure rouge chaude étaient alors appliquée sur la sole.
- Que la sole repoussât de façon incomplète, laissant des petits endroits nus ; il était alors nécessaire d'appliquer un incarnatif<sup>122</sup> (Solleysel, 1674 ; Garsault, 1805).

#### V. INDICATIONS

« *Autrefois, la dessolure complète était fréquemment employée comme préparatoire dans le cas de blessure de la sole. La seconde, celle qui est partielle, est seule usitée aujourd'hui ; on la pratique dans le cas de piqûre du pied, de clou de rue compliqué, etc., excepté dans le cas où la sole est décollée dans toute son étendue, comme dans quelques brûlures produites*

---

<sup>120</sup> Solleysel, 1674, p. 294.

<sup>121</sup> Garsault, 1805, p. 369.

<sup>122</sup> Onguent composé de térébenthine de Venise et de jaunes d'œufs.

*par l'application trop prolongée du fer chaud, dans le crapaud qui a envahi toute la partie inférieure du pied. La dessolure complète a l'inconvénient d'augmenter inutilement la douleur, de produire une plaie trop étendue, qui exige des pansements plus compliqués »<sup>123</sup>. La dessolure était une opération très commune jusqu'au XIX<sup>ème</sup> siècle. Certains se mirent alors à renier son utilisation, qu'ils qualifiaient d'abusive ; mais, avant cette remise en cause, la pratique de la dessolure complète possédait de nombreuses indications.*

## 1. Le crapaud

C'est une infection suintante et malodorante de la sole et de la fourchette, dans laquelle, cette dernière se développait excessivement. La sole et la fourchette devenaient blanches et poreuses. Les anciens la décrivaient comme une tumeur creusée par un ulcère dont se dégageait une matière fétide (du pus et des tissus nécrotiques). Cette affection s'est raréfiée grâce à l'hygiène moderne, mais, dans certaines conditions, comme un climat chaud et humide, elle peut encore se développer.

Le crapaud pouvait évoluer sur plusieurs mois voir plusieurs années sans provoquer de boiterie. Lorsque l'atteinte était trop importante, elle pouvait atteindre la fourchette et le cheval déclarait une boiterie. Toute la partie plantaire du sabot commençait à se désorganiser ; la corne était toujours humide et devenait blanche et nécrosée. De nombreuses végétations ou excroissances apparaissaient, gagnant toute la sole et la fourchette et émettaient, vers l'intérieur du pied, des racines qui étaient à l'origine de la désorganisation complète du pied. La membrane kératogène de la sole se séparait de cette dernière atteignant alors le coussinet plantaire. Ces racines pouvaient même provoquer la séparation de la muraille du reste du pied, atteindre le tendon fléchisseur et la troisième phalange. Pendant l'évolution de la maladie, la boiterie ne cessait de s'aggraver.

Au dernier stade, la fourchette doublait de volume, les talons s'écartaient et tout le pied devenait tuméfié ; la troisième phalange et les tendons se nécrosaient ainsi que les cartilages latéraux. La maladie pouvait même aller jusqu'à provoquer la chute du sabot (Professeurs, Économistes, Agriculteurs, Médecins, Vétérinaires, 1846 ; Lecoq, Rey, Tisserant et Tabourin, 1850).

La guérison du crapaud n'était pas toujours envisageable. *« L'ancienneté du mal, sa gravité et ses progrès sur la sole charnue jusqu'à l'os dernier phalangien, sur la chair cannelée des talons et des quartiers, portés au point de détruire les arcs boutants, d'obliger la muraille de s'écarter, de gagner la couronne, de déformer et désorganiser le pied, toutes ces circonstances doivent faire désespérer de la guérison »<sup>124</sup>. Le traitement du crapaud était chirurgical. Il consistait à retirer toutes les parties de corne nécrosées ainsi que les diverses végétations qui s'étaient insinuées dans le pied. La technique la plus utilisée, notamment par Hurtrel d'Arboval, était la dessolure, parfois suivie du retrait du coussinet plantaire (Hurtrel d'Arboval, 1838). Cette technique donnait un accès total aux structures sous-jacentes mais avait le désavantage de créer une plaie conséquente, difficile à guérir : « que l'animal reste boiteux pendant très longtemps, quelques fois même pendant toute sa vie »<sup>125</sup>.*

---

<sup>123</sup> Lecoq, Rey, Tisserant et Tabourin, 1850, p. 871.

<sup>124</sup> Professeurs, Économistes, Médecins, Vétérinaires, 1846, p. 77.

<sup>125</sup> Professeurs, Économistes, Médecins, Vétérinaires, 1846, p. 77.

Il existait donc une autre option à celle de la dessolure qui était enseignée dans les écoles vétérinaires. Seule la partie nécrosée de la sole et les racines ou parties végétatives qui se trouvaient à l'intérieur du pied étaient retirées. Elle était notamment pratiquée par Renault et Girard (Lecoq, Rey, Tisserant et Tabourin, 1850). Cette technique était de loin moins invasive et permettait une meilleure récupération du cheval : « *La dessolure et tous les autres délabrements sont ainsi écartés* »<sup>126</sup>.

Que ce soit cette dernière méthode ou la dessolure qui avait été choisie, dans tous les cas, l'opération était suivie par des pansements. Ces derniers étaient changés autant de fois que nécessaire.

## 2. La fourbure

La fourbure est une congestion inflammatoire aiguë du pied. Elle entraîne un arrêt circulatoire localisé avec ischémie des tissus, notamment du tissu kéraphylleux. Il se produit une désunion entre les structures osseuses et cornées, provoquant le basculement de la troisième phalange vers l'avant, caractéristique de cette affection. À l'extrême, la troisième phalange peut perforer la sole. Il s'agit là d'un cas gravissime. La fourbure peut se présenter sous forme aiguë ou chronique et se traduit par une boiterie forte qui atteint le plus souvent les antérieurs.

Les causes peuvent être métabolique (excès d'apport énergétique, libération de toxines suite à une infection...), traumatique (travail trop intensif, surcharge pondérale) ou iatrogène suite à une administration trop importante et trop prolongée de corticoïdes.

Il arrivait que la dessolure fût pratiquée lors de fourbure dans le but de diminuer la compression faite par les tissus congestionnés emprisonnés dans la boîte cornée. Partant du principe que le mal de la fourbure était causé par une congestion des tissus internes provoquant ainsi une forte douleur, l'idée était de diminuer cette compression en ouvrant le sabot. Pour ce faire, la dessolure pouvait être réalisée. Mais cette méthode avait vite été mise à l'écart et nombreux étaient ceux qui avaient alors considéré la dessolure comme étant néfaste en cas de fourbure : « *La dessolure, et l'action de parer seulement la sole de corne, seraient très dangereuses : elles aideraient le dévolement le l'os du pied : il faut au contraire laisser à cette partie toute la force qui lui a été départie, mais se hâter de faire brêcher à la paroi, et d'extirper la partie antérieure du sabot, à compter de la couronne à la sole sur une surface de deux bons travers de doigts* »<sup>127</sup>. D'après Henri Bouley, la fourbure était responsable d'un décollement des tissus du pied en zone antérieure alors, qu'à l'opposé, la dessolure provoquait le décollement de la zone postérieure. Pratiquer la dessolure afin de soigner une fourbure lui paraissait donc être contradictoire car cela aggravait les lésions (Bouley, 1862).

---

<sup>126</sup> Professeurs, Économistes, Médecins, Vétérinaires, 1846, p. 77.

<sup>127</sup> Société des vétérinaires praticiens, 1791, p. 140.

### 3. L'encastelure

L'encastelure consiste en un resserrement des quartiers et des talons du pied du cheval provoquant ainsi une compression douloureuse. Cette affection porte aussi le nom de pied de mule, par comparaison avec la forme du sabot du mulet et de l'âne. Le sabot du cheval, en cas d'encastelure, est anormalement étroit ; ses parois sont plus verticale qu'à l'usuelle et les talons sont toujours très hauts.

Les causes de l'encastelure sont multiples et s'additionnent. Il y a une part d'hérédité mais d'autres facteurs entrent en jeu tels que la sécheresse, un séjour prolongé à l'écurie, les pratiques de maréchalleries qui consistaient à râper le sabot depuis la couronne jusqu'à son bord plantaire de manière à retirer la couche cornée superficielle. D'ailleurs, Bouley donnait la plus grande part de responsabilité concernant cette affection à la maréchalerie et mettait en cause (Bouley, 1859) :

- L'application du fer chaud,
- Un mauvais parage du sabot,
- La fixation du fer à l'aide de clous rivés,
- Et bien sûr la boiterie qui, en empêchant le travail du pied, générait l'encastelure.

Le traitement de l'encastelure consistait à dilater la boîte cornée afin de lui rendre sa conformation naturelle. Il existait de nombreux procédés dont certains incluaient la dessolure. Nous les citons donc.

#### - Procédé de Ruini<sup>128</sup>

Le principe était de ramollir la corne à l'aide de cataplasme et de pratiquer la dessolure afin de pouvoir, à l'aide de tenailles ou d'un instrument graduellement dilatateur, écarter les quartiers. La nouvelle conformation était maintenue en place à l'aide d'un fer qui pouvait être retiré une fois la sole repoussée. Ce procédé était apparemment très efficace (Bouley, 1859).

#### - Procédé de Solleysel

Cette technique se basait sur le même principe que le procédé de Ruini. En revanche, après la dessolure, la fourchette était incisée longitudinalement jusqu'aux talons et l'écartement du pied se faisait à l'aide d'un étau en fer (Bouley, 1859).

---

<sup>128</sup> Sénateur Ruini de Bologne, biologiste amateur, passionné de chevaux et qui a joué un petit rôle dans l'anatomie italienne du XVI<sup>ème</sup> siècle.

## - Procédé de la Guérinière

Cette technique reposait sur l'utilisation d'un fer particulier qualifié de dilatateur. Celui-ci était composé de trois pièces : une médiane et deux latérales en rapport avec les quartiers. Une fois le fer fixé, on appliquait un étai qui permettait d'écarter les branches du fer graduellement sur plusieurs semaines. Le sabot pouvait ou non subir une dessolure (Bouley, 1859).

Il existait encore quelques variantes de ces techniques, qui n'utilisaient pas la dessolure ; c'est pourquoi nous ne les exposons pas toutes.

La principale différence entre toutes ces techniques résidait dans la nécessité ou non de dessoler le cheval. Dans le cas où cela n'était pas réalisé, l'écartement du sabot se faisait lentement et progressivement, mais sans délabrement, tandis qu'en cas de dessolure, l'opération était douloureuse, sanglante et le maréchal s'exposait à toutes les complications qui pouvaient suivre cette intervention. La désencastelure était cependant plus rapide.

Bouley préconisait de différencier deux cas : les encastelures peu importantes et les encastelures fortes. Il était alors d'avis d'employer la dessolure dans ce dernier cas afin de remédier rapidement à l'affection qui était en train de faire beaucoup de tort : « *Ainsi, par exemple, quand un sabot est tellement encastelé que l'un des arcs-boutants chevauche sur l'autre, n'est-il pas préférable, plutôt que de passer de longs mois à tâcher de vaincre la résistance de la muraille par un moyen mécanique quelconque, de pratiquer d'emblée la dessolure ?.....vous obtiendrez ainsi en un quart d'heure un effet qui n'aurait pas exigé moins de trois mois peut-être pour se produire, si vous ne l'aviez demandé qu'à la ferrure seulement* »<sup>129</sup>.

Solleysel recommandait le traitement par la ferrure en première intention et la dessolure en seconde, en cas d'échec des traitements précédents : « *Quand on a tenté et essayé toutes sortes de voies pour guérir un Cheval Encastelé, par le moyen de la ferrure, et que vous n'en avez pas le succès que vous demandez, il faut dessoler un Cheval, qui est le dernier remède, et souvent le plus prompt et le meilleur* »<sup>130</sup>.

Toutefois, la dessolure était la technique la plus ancienne utilisée dans le traitement de l'encastelure ; les fers à désencasteler n'arrivèrent que plus tard. Ainsi, au début du XVII<sup>ème</sup> siècle, seule cette méthode était envisagée. D'ailleurs, Beaugrand ne voyait pas d'autres moyens de traiter une encastelure : « *Faut bien molifier et adoucir les pieds du cheval de bons remolades, puis le dessoler, et lui fort presser les talons pour les lui élargir* »<sup>131</sup>.

---

<sup>129</sup> Bouley, Reynal, 1859, p. 655.

<sup>130</sup> Solleysel, 1674, p. 291.

<sup>131</sup> Beaugrand, 1639, p. 75.

#### 4. Clou de rue, piqûre de pied, enclouure et retraite

Nous traiterons ces trois affections ensemble car elles concernent toutes l'introduction, dans le sabot, d'un corps étranger pointu. Dans le cas de la piqûre, le clou était entré et retiré rapidement alors que dans le clou de rue, celui-ci séjournait quelques temps dans le pied. Quant à l'enclouure, la faute en revenait au maréchal lors de la fixation du fer. Un des clous dépassait de la corne et perçait la chair de la sole ou même quelques autres structures plus profondes. La retraite était un morceau de clou qui s'était détaché et était resté à l'intérieur du pied, le lieu d'introduction devenant presque imperceptible.

À la fin du XVII<sup>ème</sup> siècle et au début du XVIII<sup>ème</sup> siècle, le traitement des ces affections dépendait de leur gravité (Solleysel, 1674 ; Chalette, 1763). Il était de coutume de commencer par traiter de manière médicale à l'aide d'émulsion diverses et variées. Le plus souvent, il était tout de même nécessaire de creuser un peu avec la rénette afin de trouver le corps étranger et le retirer, mais aussi pour former un petit puits permettant l'introduction des lotions. Le cheval devait être pansé chaque jour, les matières produites retirées. Le plus souvent, les traitements étaient à base de térébenthine mais d'autres recettes étaient aussi usitées. Elles pouvaient se composer de verveine, vinaigre, muguet...

En revanche, lorsque l'affection persistait, que beaucoup de pus était produit ou qu'une formation telle que la troisième phalange ou des tendons étaient atteints, la dessolure était alors préconisée : « *et il est toujours bon d'appliquer des restrictifs, quoi qu'avec cette huile on s'en puisse facilement passer, elle fait souvent sortir les morceaux de fer restés dans la blessure, et guérit presque toujours sans qu'on soit obligé de Dessoler un Cheval, ce qu'il ne faut pas craindre de faire quand le besoin y est* »<sup>132</sup>. La dessolure permettait d'accéder plus facilement à la zone lésée ou infectée mais aussi de retirer plus facilement le corps étranger, notamment lors de retraite. Néanmoins, la guérison était plus lente car elle nécessitait la reconstruction de la sole.

Alors que le principe prépondérant de l'époque en cas de clou de rue était l'usage de la dessolure, Genson, dans son article sur le clou de rue inséré dans l'*Encyclopédie de Diderot et d'Alembert* (Diderot et d'Alembert, 1755), s'opposait farouchement à cette pratique : « *Pour nous, quelque grave que soit la plaie du clou de rue, nous ne dessolons jamais; nous retirons de cette pratique des avantages qui concourent promptement et efficacement à la guérison de cet accident* »<sup>133</sup>. Il argumentait que :

- la sole était nécessaire au maintien de la structure interne du pied ;
- en évitant la dessolure, il n'était pas préoccupé par les diverses complications qui pouvaient survenir telles qu'une hémorragie ou la mauvaise repousse de la sole ;
- le cheval évitait d'atroces douleurs ;
- beaucoup de chevaux restaient estropiés suite à la dessolure ;
- la dessolure ne fonctionnait que lorsque l'atteinte était légère, que les parties profondes du pied n'étaient pas atteintes (alors que les autres auteurs préconisaient justement la dessolure pour les cas graves et récidivants) ;
- les suites de la dessolure amenaient souvent à recommencer l'opération ;
- la guérison en cas de dessolure pouvait prendre des mois voire des années ; si elle aboutissait un jour.

---

<sup>132</sup> Solleysel, 1674, p. 298.

<sup>133</sup> Genson, 1755, p. 626.

- l'appareil de la dessolure devait être levé au bout de six jours ce qui empêchait de soigner la plaie du clou de rue tous les jours. Le pus stagnait et augmentait l'inflammation tout comme la détérioration des tissus. Le pus pouvait alors trouver un autre moyen de sortie ; une fistule était donc à même de se former et d'atteindre de nouvelles structures telles qu'un tendon ou un nerf. On pouvait aussi opter pour lever l'appareil tous les jours mais l'on provoquait alors une nouvelle douleur chaque jour ; l'inflammation croissait et l'hémorragie qui en résultait pouvait empêcher le maréchal de correctement voir l'état de la plaie. Le clou de rue et la dessolure était donc incompatible car les traitements de l'un ne permettaient pas le bon suivi des traitements du second.

Dans un ouvrage consacré à la critique des articles insérés dans l'*Encyclopédie de Diderot et d'Alembert*<sup>134</sup>, Rendon<sup>135</sup>, lui-même maréchal, et qui estimait que la dessolure était une mesure bénéfique, reprit point par point l'argumentation de Genson afin de la détruire grâce à un raisonnement *a contrario*. Ainsi, il répondait, entre-autres :

- « Il ne fait pas attention que la plaie étant découverte, par la petite portion de sole de corne qu'il a enlevé vis-à-vis, c'est ce qui reste de la sole qui fait un point d'appui, non pas pour les chairs et l'appareil de la plaie, mais pour le reste de la sole charnue. Le véritable point d'appui de la plaie doit être proprement les plumasseaux qu'on est obligé d'y mettre, et qui empêchent les chairs de surmonter. Raisonnement donc absurde... »<sup>136</sup>.

- « Il ne dit pas que si les trois quarts des chevaux souffrent et sont affectés de la fièvre, c'est l'opération de la dessolure mal faite, et les appareils mal mis qui en sont partie cause, et non pas la dessolure en elle-même »<sup>137</sup>.

- « Il faut convenir qu'il y a quelque cas où le cheval est estropié par la mauvaise manière de la dessolure »<sup>138</sup>.

- « Le rétablissement de la sole est une affaire de douze à quinze jours »<sup>139</sup>.

- « Je ne vois pas pourquoi la sole de corne étant enlevée, on n'a pas la même liberté du pansement, ni aussi pourquoi l'hémorragie serait plus à craindre, puisqu'elle n'est point causée par la dessolure, mais seulement par la plaie, au cas seulement que l'instrument pique l'artère qui entre dans l'os du pied. Car en supposant que la dessolure fit sortir quelque peu de sang, ce qui ne serait point une hémorragie, ce ne serait que dans le cas où l'on n'aurait pas mis l'appareil d'une manière convenable, ou bien si on levait les plumasseaux trop promptement et sans attention »<sup>140</sup>.

Genson s'insurgeait contre toute pratique corrosive ou agressive. L'intégrité du pied devait, d'après lui, être à tout prix conservée ; il ne fallait pas l'endommager, que ce soit par la dessolure ou par l'utilisation d'émollients agressif : « nous n'employons point au clou de rue compliqué, non plus qu'à l'encloïeure grave, les digestifs, les suppuratifs, ni la teinture de myrrhe, ni celle d'aloès, ni tous ces baumes & onguents vulnéraires, que tant de praticiens appliquent à cette blessure avec si peu de fruit & avec un danger certain. Toutes les fois que le clou de rue a piqué ou contus le tendon, l'aponévrose, le périoste, ou enfin quelque cordon de nerf, ces sortes de médicaments qui contiennent des sels âcres, ne manquent pas d'augmenter la douleur, l'inflammation, & les autres accidents qui accompagnent ces lésions,

---

<sup>134</sup> Observations sur des articles concernant la maréchalerie, insérés dans le Dictionnaire Encyclopédique.

<sup>135</sup> Maréchal de l'écurie du Roi.

<sup>136</sup> Rendon, 1758, p. 53.

<sup>137</sup> Rendon, 1758, p. 55.

<sup>138</sup> Rendon, 1758, p. 57.

<sup>139</sup> Rendon, 1758, p. 56.

<sup>140</sup> Rendon, 1758, p. 54.

*& font souvent une maladie incurable, d'un accident qu'un traitement doux & simple aurait guéri en peu de jours »<sup>141</sup>. Genson préconisait alors un traitement alternatif à la dessolure, comprenant principalement de l'huile rouge de térébenthine dulcifié. Ce produit devait être appliqué à l'aide de plumasseaux, dans un trou creusé dans la sole, à l'endroit même où le clou de rue s'était introduit. L'ouverture permettait au pus de s'écouler et la térébenthine d'assainir la plaie. Le pansement nécessitait un remplacement quotidien. Cette technique correspond à celle qui est pratiquée de nos jours pour les abcès de pied. D'après lui, sa méthode était infaillible ; elle permettait d'assurer la bonne conservation de la structure du pied, un rétablissement rapide, une douleur minimale et surtout : « la méthode que nous pratiquons les sauves tous »<sup>142</sup>.*

Dans cette bataille au sujet de la dessolure, Rendon, à travers son ouvrage qui se voulait critique des articles sur la maréchalerie parus dans l'*Encyclopédie de Diderot et d'Alembert*, humiliait Genson qu'il disait malhabile : « *La répugnance de Monsieur Genson pour la dessolure ne viendrait-elle pas d'avoir estropié quelques chevaux en les dessolant, comme par exemple en ayant introduit le lève-sole entre l'os du pied et la chaire cannelée ?* »<sup>143</sup>. De plus, il ajoutait que si Genson, par sa méthode, arrivait à traiter tous les clous de rue, alors il ne traitait que des cas simples. Vexé qu'une technique ancestrale soit remise en cause, il décrivait Genson comme un incapable. Par la suite, Bourgelat continua d'écrire dans le but de lutter contre un usage qu'il considérait abusif de la dessolure. Dans cette querelle au sujet de la dessolure, il devint alors le porte-parole des écuyers qui s'opposait aux maréchaux, alors représentés par Rendon. Naquit aussi une bataille farouche entre les écuyers et les maréchaux qui préfigura celle que se livrèrent Lafosse et Bourgelat pour la création de l'enseignement vétérinaire.

## 5. Solbatus

Un pied était dit solbatus lorsque la sole était meurtrie, abimée, et usée. Celle-ci était sèche et chaude. Le cheval était extrêmement boiteux et refusait parfois de se lever. La plupart des maréchaux pratiquaient alors la dessolure : « *L'ordinaire remède des Marechaux quand on leur fait voir un pied Solbatus, est de dessoler ; ce remède est bon, mais c'est le dernier qu'on doit faire ; et avant que d'en venir là, il faut tenter tous les autres* »<sup>144</sup>.

Les soins de premières intentions, consistaient en l'application d'une rémolade. La composition pouvait varier. Solleysel en proposait plusieurs. L'une était à base de graisse blanche, de vinaigre, de son ; une autre se composait d'huile d'olive et de bouse de vache... et lorsque tous ces remèdes n'avaient pas fonctionné ; c'est à ce moment que la dessolure était envisagée.

---

<sup>141</sup> Genson, 1755, p. 627.

<sup>142</sup> Genson, 1755, p. 626.

<sup>143</sup> Rendon, 1758, p. 52.

<sup>144</sup> Solleysel, 1674, p. 286.

## 6. Le javart

Le javart a déjà été décrit en détail précédemment. C'est pour cela que nous ne ferons que rappeler que la dessolure pouvait être utilisée, surtout en cas de javart cartilagineux, afin d'avoir un meilleur accès aux structures atteintes et de pouvoir ainsi les retirer.

## VI. UNE TECHNIQUE ALTERNATIVE À LA DESSOLURE

Fromage de Feugré, dans son traité sur la dessolure, exposait une autre technique visant à éviter l'arrachement de la sole : « *Où l'on démontre qu'il est rarement nécessaire d'arracher la sole, et où l'on expose un procédé plus avantageux et moins cruel* »<sup>145</sup>.

En cas d'inflammation, la boîte cornée du pied était responsable d'une compression douloureuse. Selon la localisation de la lésion, il était d'usage de lever cette compression en ôtant soit une partie de la muraille, soit en amincissant la sole, soit en pratiquant la dessolure. Cette dernière technique avait pour principal intérêt de permettre l'accès aux structures sous jacente et de pouvoir remédier à la maladie, comme lors de javart, d'atteinte du tendon fléchisseur ou de la troisième phalange. La dessolure était alors une opération permettant de réaliser l'acte indispensable pour traiter la source du mal (Fromage de Feugré, 1810).

Ainsi Fromage de Feugré ne s'opposait pas à l'utilisation de la dessolure mais pointait le fait qu'elle était utilisée de façon abusive et qu'il existait un moyen alternatif : « *Le plus souvent il suffit et il est préférable d'enlever la sole par amincissement* »<sup>146</sup>. En effet, il considérait son usage nécessaire que lorsqu'il était indispensable d'accéder aux formations internes du pied afin de traiter l'affection responsable de la boiterie. En revanche, si le seul but de la dessolure était de lever une compression interne du pied qui provoquait une forte douleur, alors il était préférable d'ôter la sole par la technique de l'amincissement.

Cette technique consistait à tailler la sole, dans toute son étendue, à l'aide d'un bouterolle et d'une rénette, ce qui permettait l'obtention d'une sole très mince et nettement plus souple. La compression infligée au pied du cheval diminuait alors considérablement. La préparation de la sole visant à la ramollir via des cataplasmes était déconseillée car elle permettait de laisser le temps à la lésion de s'aggraver. Le plus urgent était donc d'amincir la sole afin de lever la compression douloureuse. Cette technique était moins rapide que la dessolure mais elle était plus simple et moins cruelle pour le cheval (Fromage de Feugré, 1810). Le rétablissement de la sole était rapide et la guérison du cheval dépendait alors surtout de la maladie première à l'origine de la boiterie. Le fer mis en place par la suite était un fer ordinaire auquel on pouvait ajouter, si nécessaire, une plaque de tôle afin de protéger la fine sole.

Fromage de Feugré préconisait donc la dessolure dans des cas graves où, par exemple, il y avait nécessité absolue d'aller intervenir sur les parties profondes du pied comme en cas d'atteinte du tendon fléchisseur ou de carie de la troisième phalange. Il considérait que, si la dessolure avait été réalisée de façon convenable, le pied ne conservait aucune séquelle (ni douleur, ni difformité) mais la guérison demandait, tout de même, deux à trois mois. Il

---

<sup>145</sup> Fromage de Feugré, 1810, p. 241.

<sup>146</sup> Fromage de Feugré, 1810, p. 248.

précisait néanmoins que, dans la plupart des cas, l'amincissement de la sole était largement suffisante et permettait alors un rétablissement en huit à dix jours : « *On ne peut cependant dissimuler que bien des ignorants n'abusent de la dessolure en la pratiquant sans nécessité ; mais ce qu'il y a de plus fâcheux, c'est qu'après l'avoir exécutée, ils manquent pour l'ordinaire à traiter convenablement la lésion principale ; et qu'en appliquant force caustiques, ils occasionnent la désorganisation de l'aponévrose, des membranes synoviales, etc* »<sup>147</sup>.

Cet auteur n'était donc pas opposé à la dessolure mais prônait l'amincissement de la sole qui, dans la plupart des cas, était suffisante et permettait un rétablissement plus rapide tout en étant nettement moins cruelle pour le cheval. Il se trouvait donc à mi-chemin entre l'avis le plus répandu qui considérait la dessolure comme une opération courante et l'avis de Genson qui s'opposait catégoriquement à cette pratique.

## VII. CONCLUSION

Un des premiers auteurs à décrire la dessolure était Rusio en 1583. Il expliquait que lorsque le pied était malade, il arrivait que les humeurs descendent dans la boîte cornée et provoquent ainsi une compression douloureuse. Le remède à ce mal était alors la dessolure. Le but était de lever la compression et de laisser saigner afin de permettre l'évacuation des humeurs néfastes (Rusio, 1583).

Les débuts de la dessolure étaient prometteurs. Elle était utilisée comme traitement de nombreuses maladies. En 1639, Beaugrand la recommandait déjà pour remédier à l'enclouure, le clou de rue ou à une forme sur le sabot : « *Faut dessoler le pied, puis le laisser beaucoup saigner, l'ayant étanché, prenez un linge large de trois doigts, et ferrerez la-dite forme bien fort l'espace de deux jours pour la renvoyer d'où elle est venue* »<sup>148</sup>. Elle était aussi utilisée lors de fourbure, encastelure, javart, crapaud... Puis la dessolure devint plus désuète et de nombreux hippiatres commencèrent à la remettre en question, la prescrire en dernière intention et limiter les affections pour lesquelles ils la conseillaient.

Ainsi, au XVIII<sup>ème</sup> siècle, les débats commencèrent, notamment entre Genson et Rendon. Genson, dans son article dans l'*Encyclopédie de Diderot et d'Alembert*, exposait toutes les raisons pour lesquelles il considérait la dessolure comme néfaste dans le traitement du clou de rue et prescrivait un traitement alternatif, nettement moins invasif. Il était un farouche opposant à cette technique : « *On voit bien combien notre sentiment diffère de celui de Genson, qui soutenait que quelque graves que fussent une plaie ou un ulcère dans cette partie, on ne doit jamais enlever la sole, parce que, dit-il, elle sert d'appui pour contenir les chairs et l'appareil* »<sup>149</sup>. Rendon écrivit à son tour un article dans son ouvrage<sup>150</sup> afin de détruire toute l'argumentation de Genson. Il considérait la dessolure comme une pratique bénéfique et humilia son confrère. L'intervention de Bourgelat aux côtés de Genson fût le début d'une lutte entre maréchaux et écuyers. Fromage de Feugré, un demi-siècle plus tard, présentait un avis plus nuancé. Il combattait l'utilisation, qu'il considérait abusive, de la

---

<sup>147</sup> Fromage de Feugré, 1810, p. 251.

<sup>148</sup> Beaugrand, 1639, p. 75.

<sup>149</sup> Fromage de Feugré, 1810, p. 249.

<sup>150</sup> Observations sur des articles concernant la maréchalerie, insérés dans le Dictionnaire Encyclopédique.

dessolure et expliquait qu'elle n'était que rarement nécessaire. Il proposait une technique alternative qui permettait de limiter cette opération à seulement quelques cas.

Au fil du temps, la dessolure fût utilisée avec beaucoup plus de parcimonie. Les progrès de la médecine vétérinaire et la préoccupation des vétérinaires face à la douleur animale eurent raison de cette technique. Aujourd'hui, cette pratique a disparu ; seule la technique utilisée lors d'abcès de pied, pouvant être qualifiée de dessolure partielle, s'en rapproche. Elle consiste à creuser légèrement la sole afin de percer l'abcès.

# CONCLUSION

L'opération du javart cartilagineux et de la dessolure furent deux techniques opératoires majeures des siècles derniers. Elles disparurent au début du XX<sup>ème</sup> siècle et devinrent obsolètes. Néanmoins, ces deux chirurgies revêtaient une importance capitale pour les maréchaux et hippiatres de l'époque. Non seulement elles permettaient de traiter des affections très courantes et très invalidantes pour le cheval, dont l'utilisation était alors indispensable au bon fonctionnement de la société, mais elles étaient aussi la preuve de l'habileté et du savoir-faire des opérateurs. Ainsi, les maréchaux, fiers de leur travail, accrochaient aux portes de leurs ateliers, en guise de trophées, les soles arrachées.

Le javart est une affection aujourd'hui disparue. Il témoigne des changements liés à l'utilisation du cheval par l'homme. Cet animal, autrefois partie intégrante de notre société par ses qualités d'agent de transport et de traction est devenu, de nos jours, un animal de loisir et de sport. Les contraintes qu'il subit, que ses pieds subissent, sont infiniment moindres. Ceci explique la disparition de cette maladie. Autrefois soignée par l'opération dite du javart cartilagineux, cette affection reflète une partie de l'évolution de la médecine vétérinaire. À une époque où les cerveaux étaient en pleine effervescence, les progrès furent rapides. En quelques siècles, les connaissances anatomiques se précisèrent, les principes de propreté et d'asepsie se dessinèrent et le javart participa même aux débuts de la bactériologie avec notamment la mise en cause de *Fusobacterium necrophorum*.

La dessolure fut un sujet très controversé. Autrefois traitement de nombreuses affections, elle vit son utilisation diminuée à la suite du progrès des connaissances anatomiques et de la médecine. Les débats qu'opposaient les écuyers aux maréchaux s'alimentaient grandement de la dessolure. Ces derniers la défendaient avec vigueur et ne voyaient pas d'un bon œil le fait que des écuyers remettent en question une technique ancestrale dont ils étaient très fiers. Pourtant, cette opération que l'on pourrait qualifier aujourd'hui de barbare, a complètement disparu. À notre époque, seul le traitement de l'abcès de pied, pouvant être qualifié de dessolure partielle, qui consiste à creuser la sole en un seul point afin de percer cet abcès, s'en rapproche.

L'étude de ces deux techniques chirurgicales permet donc de voir se dessiner l'évolution que la chirurgie vétérinaire a faite ces derniers siècles. Le vétérinaire contemporain est l'héritier des hippiatres, maréchaux et écuyers passés. Ses connaissances se sont enrichies grâce aux progrès faits en médecine et chirurgie vétérinaires, en anatomie, en bactériologie, de même qu'en médecine et chirurgie humaines. La disparition de la dessolure et du javart est aussi un témoignage des changements considérables que notre société a vécus depuis le début du XX<sup>ème</sup> siècle.

# BIBLIOGRAPHIE

- ABBÉ ROZIER F (1793). Cours complet d'agriculture théorique, pratique, économique, et de médecine rurale et vétérinaire ; suivi d'une méthode pour étudier l'agriculture par principes : ou dictionnaire universel d'agriculture. 6<sup>ème</sup> tome. Paris, Les libraires associés, 735 p.
- ALMY M (1900). Cicatrisation par première intention dans l'opération du javart cartilagineux. *La semaine vétérinaire*, **29<sup>ème</sup> tome, 15<sup>ème</sup> année, 22 Juillet 1900**, 457-462.
- BEAUGRAND N (1639). Le mareschal expert, traitant du naturel et des marques des beaux chevaux, de leurs maladies et remèdes d'icelles, augmenté d'une seconde partie contenant plusieurs recettes du sieur d'Espinay pour toutes les maladies et accidens qui peuvent arriver au chevaux. Paris, Robinot, 199 p.
- BEUGNOT JF (1859). Dictionnaire usuel de chirurgie et médecine vétérinaires. Nouvelle ed, 2<sup>ème</sup> tome. Lyon, Labé, 727 p.
- BOUCHET G (1993). Le cheval à Paris de 1850 à 1914. Genève-Paris, Droz, 410 p.
- BOULEY HM (1851). Traité de l'organisation du pied du cheval, comprenant l'étude de la structure, des fonctions et des maladies de cet organe. Paris, Labé, 419 p.
- BOULEY HM (1859). Encastelure. *In* : Nouveau dictionnaire pratique de médecine, de chirurgie et d'hygiène vétérinaires. 5<sup>ème</sup> volume. Paris, Labé, 574-662.
- BOULEY HM (1862). Fourbure. *In* : Nouveau dictionnaire pratique de médecine, de chirurgie et d'hygiène vétérinaires. 7<sup>ème</sup> volume. Paris, Asselin, 264-351.
- BOULEY HM (1880). Javart. *In* : Nouveau dictionnaire pratique de médecine, de chirurgie et d'hygiène vétérinaires. 11<sup>ème</sup> volume. Paris, Asselin, 44-164.
- BOURGELAT C (1750). Élemens d'hippiatrique, ou nouveaux principes sur la connaissance et sur la médecine des chevaux. 1<sup>er</sup> tome. Lyon, Declaustre et les Frères Duplain, 596 p.
- CADIOT PJ (1895). Les exercices de chirurgie hippique à l'École d'Alfort. Paris, Asselin et Houzeau, 116 p.
- CARDINI F (1845). Dictionnaire d'hippiatrique et d'équitation. Paris, Bouchard-Huzard, 751 p.
- CHALETTE (1763). Médecine des chevaux, à l'usage des laboureurs, tirée des écrits des meilleurs auteurs ; et confirmée par l'expérience, à laquelle on a joint des observations sur la clavelée des bêtes à laine. Paris, Hérisant, 292 p.
- DIDEROT D, D'ALEMBERT J (1755). Encyclopédie, ou dictionnaire raisonné des sciences, des arts et des métiers, par une société de gens de lettres. 5<sup>ème</sup> volume. Paris, Briasson, David, Le Breton et Durand, 1047 p.
- DIDEROT D, D'ALEMBERT J (1778). Encyclopédie, ou dictionnaire raisonné des sciences, des arts et des métiers, par une société de gens de lettres. Nouvelle ed, 17<sup>ème</sup> volume. Genève, Pellet, 1029 p.
- DIEUDONNÉ P (1898). La liqueur de Villate « filtrée » et le traitement du javart cartilagineux. *La semaine vétérinaire*, **8<sup>ème</sup> tome, 15<sup>ème</sup> année, 25 septembre 1898**, 614-616

- FROMAGE DE FEUGRÉ CMF (1810). Traité de la dessolure. *In* : Correspondance sur la conservation des animaux domestiques. Paris, Buisson, 241-252
- GARSAULT FA (1805). Le nouveau parfait maréchal, ou la connaissance générale et universelle du cheval. 6<sup>ème</sup> ed. Paris, Huzard, 681 p.
- GENSON (1754). Dessolure. *In* : Encyclopédie, ou dictionnaire raisonné des sciences, des arts et des métiers. 4<sup>ème</sup> volume. Paris, Briasson, David, Le Breton et Durand, 894-895
- GIRARD J (1813). Traité du pied considéré dans lequel les animaux domestiques : contenant son anatomie, ses difformités, ses maladies ; et dans lequel se trouvent exposés les opérations et le traitement de chaque affection, ainsi que les différentes sortes de ferrures qui leur sont applicables. Paris, Huzard, 288 p.
- GIRARD J (1825). Observations sur le traitement du javart cartilagineux. *In* : Recueil de médecine vétérinaire. 2<sup>ème</sup> tome. Paris, Gabon et Cie et Béchét jeune, 185-200
- GOURDON J (1857). Éléments de chirurgie vétérinaire. 2<sup>ème</sup> tome. Toulouse et Paris, Labé et La Librairie Centrale, 794 p.
- HURTREL D'ARBOVAL LHJ (1838). Dictionnaire de médecine, de chirurgie et d'hygiène vétérinaires. 2<sup>nd</sup> ed, 3<sup>ème</sup> tome. Paris, Baillière, 618 p.
- LA GUÉRINIÈRE FR (1742). Manuel de Cavalerie, où l'on enseigne d'une manière courte et facile la connaissance du cheval, l'embouchure, la ferrure, la selle, etc. La manière de dresser les chevaux pour les différents usages auxquels on les destine : l'ostéologie du cheval, ses maladies, et leurs remèdes ; avec les opérations qui se pratiquent sur cet animal. La Haye, Van Duren, 420 p.
- LAFOSSE L (1861). Traité de pathologie vétérinaire. 2<sup>ème</sup> tome. Toulouse, Bayret, 856 p.
- LAFOSSE PE (1766). Guide du maréchal, ouvrage contenant une connaissance exacte du cheval, et de la manière de distinguer et de guérir ses maladies. Paris, Lacombe, 455 p.
- LAFOSSE PE (1775). Dictionnaire raisonné d'hippiatrique, cavalerie, manège, et maréchalerie. 3<sup>ème</sup> tome. Paris, Boudet, 481 p.
- LAFOSSE PE (1787). Manuel d'hippiatrique à l'usage des officiers de cavalerie, possesseurs et amateurs de chevaux, et principalement des maréchaux des régimens. Nouvelle ed. Nancy, Barbier, 350 p.
- LECOQ F, REY A, TABOURIN F, TISSERANT E (1850). Dictionnaire général de médecine et chirurgie vétérinaires et des sciences qui s'y rattachent. Paris, Masson, 1160 p.
- MARKHAM G (1666). Le nouveau et sçavant mareschal, dans lequel est traité de la composition, de la nature, des qualités, perfections, et défauts des chevaux / Ensemble un nouveau traité des haras. Paris, Ribou, 637 p.
- NYSTEN PH, LITTRÉ É, ROBIN C (1855). Dictionnaire de médecine, de chirurgie, de pharmacie, des sciences accessoires et de l'art vétérinaire. 10<sup>ème</sup> ed. Paris, Baillière, 1493 p.
- PROFESSEURS ÉCONOMISTES, AGRICULTEURS, MÉDECINS, VÉTÉRINAIRES (1846). Cours complet d'agriculture, d'économie rurale et de médecine vétérinaire. 4<sup>ème</sup> ed, 10<sup>ème</sup> tome. Paris, Bureau du cours complet d'agriculture, 404 p.
- RENAULT E (1831). Traité du javart cartilagineux. Paris, Béchét jeune, 208 p.
- RONDEN (1758). Observations sur des articles concernant la maréchalerie, insérés dans le Dictionnaire Encyclopédique. Paris, Prault, 94p.

RUSIO L (1583). La Mareschalerie de Laurent Ruse, où sont contenus remèdes très singuliers contre les maladies des chevaux, avec plusieurs figures de mors ; en laquelle y avons ajouté un autre traité de remèdes. Paris, Auvray, 244 p.

SACCO L (1811). Traité de vaccination avec des observations sur le javart et la variole des bêtes à cornes. Chambéry, Cleaz, 495 p.

SOCIÉTÉ DES VÉTÉRINAIRES PRATICIENS (1791). Instructions et observations sur les maladies des animaux domestiques, avec les moyens de les guérir, de les préserver, de les conserver en santé, de les multiplier, de les élever avec avantage, et de n'être point trompé dans leur achat. Paris, Veuve Vallat-La-Chapelle, 441 p.

SOLLEYSSEL J (1674). Le parfait maréchal qui enseigne à connoître la beauté, la bonté et les défauts des chevaux, ensemble un traité du haras. Paris, Clousier, 621 p.

SOLLEYSSEL J (1723). Le parfait maréchal qui enseigne à connoître la beauté, la bonté et les défauts des chevaux. 2<sup>nd</sup> ed. Amsterdam, Honoré et Chatelain, 252 p.

TABOURIN F (1875). Nouveau traité de matière médicale, de thérapeutique et de pharmacie vétérinaires. Paris, Asselin, 829 p.

THOUIN A, PARMENTIER AA, TESSIER AH *et al.* (1809). Nouveau cours complet d'agriculture théorique et pratique. Paris, Deterville, 580 p.

USSE E (1928). Le javart cartilagineux du cheval, étude comparative de quelques traitements, thèse pour le doctorat vétérinaire. Thèse Méd. Vét., Alfort, 45 p.

VERHEYEN JS (1856). Manuel de médecine vétérinaire. Paris, La librairie agricole de la Maison Rustique, 359 p.

# À PROPOS DE DEUX INTERVENTIONS CHIRURGICALES OBSOLÈTES : LES OPÉRATIONS DU JAVART ET DE LA DESSOLURE

**RIFFAUD Manon Mélanie**

## **Résumé**

Le javart est une des ces affections très invalidantes qui ont occasionné de grands dommages à l'industrie du cheval, ceci jusqu'au début du XX<sup>ème</sup> siècle. Qu'il soit cutané, tendineux, encorné ou cartilagineux, le javart était marqué par un processus nécrotique affectant le pied et faisait souvent suite à un traumatisme. Le travail intensif demandé aux chevaux à cette époque provoquait une sollicitation intense des tissus internes du pied qui déclenchait le processus de nécrose. Son traitement, à la fois médical et chirurgical, était au cœur des préoccupations des vétérinaires et maréchaux et fut l'objet de nombreuses polémiques. La plus véhémente de toutes concernait le javart cartilagineux dont il existait presque autant de techniques opératoires que d'opérateurs. Le début du XX<sup>ème</sup> siècle, marqué par l'essor des trains et automobiles, fit peu à peu évoluer l'utilisation du cheval ; du statut de simple moteur, le cheval évolua vers celui d'animal de loisir, et cette mutation des usages supprima ces sollicitations extrêmes du pied et entraîna la quasi disparition du javart sous toutes ses formes.

Autre intervention aujourd'hui totalement disparue, l'ablation de la sole du sabot du cheval, ou dessolure, était très usitée jusqu'au XIX<sup>ème</sup> siècle. Elle visait à libérer les « humeurs » bloquées dans le sabot et constituait une intervention impliquant une maestria de l'opérateur aussi saisissante que la cruauté faite à l'animal ; l'anesthésie était alors inexistante et une contention physique impressionnante était indispensable, afin d'immobiliser le cheval. Il était d'usage que les soles arrachées soient clouées aux portes des ateliers des maréchaux ferrants, telles des trophées, témoignant de leur savoir-faire. Les indications de la dessolure étaient très nombreuses, mais à partir du XVIII<sup>ème</sup> siècle, les hippiatres commencèrent à dénoncer son inutilité, sa barbarie et son utilisation abusive. Les publications furent alors une sorte de champs de bataille où s'opposaient les « pro-dessolure » aux « anti-dessolure ».

**Mots clés :** HISTOIRE / HIPPIATRIE / PIED / SABOT / CHIRURGIE / INTERVENTION CHIRURGICALE / TECHNIQUE CHIRURGICALE / JAVART / DESSOLURE / EQUIDÉ / CHEVAL

## **Jury :**

Président : Pr.

Directeur : Pr. Christophe DEGUEURCE.

Assesseur : Pr. Fabrice AUDIGIÉ.

# REGARDING TWO OBSOLETE SURGICAL PRACTICES: QUITTOR SURGERY AND DESOLING SURGERY

**Riffaud Manon Mélanie**

## **Summary**

Quittor is one of the highly invalidating diseases which caused extensive damage to the equine industry up until the beginning of the XXth century. Whether it attacked the skin, the tendons, the coronary band or collateral cartilage, quittor was characterized by a necrotic process affecting the hoof, often following an external trauma. The intense labor required of draft horses at the time resulted in acyte stress on the internal tissue of the hoof which triggered the necrotic process. Its treatment, both medical and surgical, was a major concern for veterinarians and blacksmiths and was the topic of great controversy. The most vehement debate of all focused on quittor of the collateral cartilage for which there were as many surgical techniques as there were operator. The beginning of the XXth century which marked the advent of railroads and the automobile, brought about a gradual revolution in the role of the horse whose status as a simple source of power evolved into that of an animal prized for recreational and sports activities. With this evolution, quittor in all its forms disappeared almost totally.

Another operation which has totally disappeared today is the ablation of the sole of the horse's hoof, which was a common practice up until the XIXth century. Its purpose was to release the "humor" confined in the hoof. This intervention required a dexterity on the part of the surgeon surpassed only by the degree of cruelty inflicted upon the animal. There was no anesthesia at the time and an impressive retraining system was required to physically immobilize the horse. It was commonplace to nail the soles which had been torn off on the door of blacksmiths' shops as trophies testifying to their expertise. Removal of the sole was recommended in many cases, but beginning in the XVIIIth century, veterinarians began to complain of its uselessness and cruelty and of the abusive use of such a technique. Articles published at the time constituted a battlefield of sorts on which "pro-de-solers" opposed "anti-de-solers".

**Keywords :** HISTORY / HORSEMANSHIP / FOOT / HOOF / SURGERY / SURGICAL PROCEDURE / SURGICAL TECHNIQUE / QUITTOR / DESOLING/ EQUINE / HORSE.

## **Jury:**

Président : Pr.

Director: Pr. Christophe DEGUEURCE.

Assessor: Pr. Fabrice AUDIGIÉ.