

14902/B/1.

H. VIII. Boy



Digitized by the Internet Archive
in 2017 with funding from
Wellcome Library

TRAITÉ
DES MALADIES
CHIRURGICALES

ET

DES OPÉRATIONS QUI LEUR CONVIENNENT.

IMPRIMERIE DE MIGNERET,
RUE DU DRAGON, F. S.-G., N.º 20.

TRAITÉ
DES MALADIES
CHIRURGICALES

ET

DES OPÉRATIONS QUI LEUR CONVIENNENT ;

Par M. le Baron BOYER ,

Membre de la Légion - d'Honneur et de l'Académie royale des Sciences de l'Institut de France, Professeur de Chirurgie-pratique à la Faculté de Médecine de Paris, Chirurgien-consultant du Roi, Chirurgien en chef de l'Hôpital de la Charité, Membre de plusieurs Sociétés savantes nationales et étrangères, etc., etc.

TOME ONZIÈME ET DERNIER.

A PARIS,

CHEZ { L'AUTEUR, rue de Grenelle, faubourg S.-Germain, N.º 9 ;
MIGNERET, Imprimeur - Libraire, rue du Dragon, faubourg S.-Germain, N.º 20.

1826.

WELLS

24th JAN 1885

WELLS



WELLS

WELLS

WELLS

WELLS

TRAITÉ

DES

MALADIES CHIRURGICALES

ET DES

OPÉRATIONS QUI LEUR CONVIENNENT.

CHAPITRE PREMIER.

Des Maladies de la Main.

PARMI les maladies dont la main peut être attaquée, les unes lui sont communes avec les autres parties du corps, les autres lui sont propres. Il ne sera question ici que des dernières, entre lesquelles il y en a même un assez grand nombre, comme les fractures et les luxations, dont il a déjà été question, et sur lesquelles, par conséquent, nous ne reviendrons point.

ARTICLE PREMIER.

Du Ganglion.

Quoique le ganglion puisse se développer dans plusieurs régions du corps, néanmoins nous croyons devoir le placer au nombre des maladies de la main, parce que le plus souvent c'est sur

cette partie qu'on le voit. Le ganglion est une tumeur enkystée qui se forme sur le trajet des tendons, et particulièrement de ceux qui, étant renfermés dans une coulisse et lubrifiés par une humeur synoviale qui facilite leurs mouvemens, sont environnés, à leur sortie de cette coulisse, par un tissu lamelleux dans lequel il ne se trouve pas de graisse. On ne doit pas confondre le ganglion, comme l'ont fait quelques auteurs, avec certaines tumeurs enkystées qui se développent devant la rotule, quelquefois sur l'olécrane, et dont nous avons parlé ailleurs. J'ai vu ces tumeurs se terminer presque toujours par résolution, lorsqu'elles n'avaient pas un volume énorme; et le topique qui m'a paru le plus propre à amener cette terminaison, c'est la dissolution d'une once de muriate d'ammoniaque dans une pinte d'eau. Mais la résolution s'opère lentement, et l'on doit insister sur l'application de ce topique. Le siège le plus ordinaire du ganglion est la face dorsale du carpe, au niveau de l'articulation de la première rangée des os de cette partie avec la seconde, et la face supérieure du tarse, dans le trajet des tendons des muscles extenseurs des orteils. Il se développe quelquefois à la partie antérieure du carpe, dans le tissu cellulaire lamelleux qui environne les tendons des muscles fléchisseurs des doigts, une tumeur cystique que l'on a considérée comme un ganglion, mais qui en diffère ainsi que nous le dirons bientôt, sous plusieurs rapports. Une semblable tumeur se voit aussi quelquefois sur la face postérieure du carpe, et s'étend plus ou moins haut sur l'avant-bras dans le trajet des tendons des muscles extenseurs des doigts.

Le ganglion se présente sous la forme d'une

tumeur circonscrite, arrondie, rénitente, légèrement mobile, indolente ou peu douloureuse, sans changement de la couleur de la peau, et dont le volume varie depuis celui d'une noisette jusqu'à celui d'un œuf. Cette tumeur est formée par un liquide synovial, albumineux et de consistance variable. Tantôt il est séreux et limpide ; tantôt c'est une gelée épaisse, transparente, jaunâtre ou rougeâtre qui ne s'écoule qu'avec difficulté. Le kyste qui contient cette matière est formé, non par une portion de la gaine du tendon affaiblie, comme le disent plusieurs auteurs, mais par le tissu cellulaire qui recouvre immédiatement cette gaine, ou la capsule articulaire du poignet. La partie de ce kyste qui correspond à la peau lui est unie par une couche de tissu cellulaire fort mince, mais assez lâche pour que la peau puisse être enlevée facilement. La partie qui repose sur la capsule de l'articulation du poignet ou sur les tendons leur est fortement unie. Cette union est quelquefois si intime qu'il est impossible d'enlever le kyste sans intéresser le tendon ou la capsule articulaire, circonstance qu'il ne faut jamais perdre de vue lorsqu'on fait l'extirpation d'un ganglion. L'épaisseur de ce kyste varie beaucoup : quelquefois il est si mince qu'il se rompt facilement par le moindre effort ou par la moindre pression ; d'autres fois son épaisseur et sa texture sont telles, que les efforts les plus violents et la pression la plus considérable ne peuvent le déchirer.

Ordinairement le ganglion se développe spontanément et sans cause connue : quelquefois pourtant il se forme à la suite d'une contusion, d'une distension violente, d'un coup, etc. Mais quelle que soit la cause de cette maladie, la tu-

meur croît d'une manière lente, graduelle, et, lorsqu'elle a pris un volume médiocre, elle cesse de grossir. Cependant il arrive quelquefois qu'elle parvient à un volume considérable; elle devient alors incommode en gênant les mouvemens de la partie et les rendant pénibles et douloureux.

Le diagnostic du ganglion présente rarement de la difficulté. La situation de la tumeur, sa forme, sa rénitence, sa couleur, son insensibilité, sa mobilité plus ou moins marquée, ne laissent aucune incertitude sur sa nature.

Le ganglion se dissipe quelquefois de lui-même; mais cette résolution spontanée est extrêmement rare. Moinichen a vu un ganglion qui disparaissait aux approches des couches, et qui revenait ensuite. « Je connais, dit-il, une dame, mère de plusieurs enfans, qui a, depuis plusieurs années, sur le poignet, un ganglion de la grosseur d'une noisette, sans douleur, lequel disparaît de lui-même toutes les fois qu'elle est près d'accoucher. Quelques jours avant son terme, elle s'aperçoit que cette petite tumeur diminue peu-à-peu, au point de ne plus laisser qu'une petite marque autour, semblable à une ecchymose qui se dissipe aussi à la fin; et c'est ce qui lui annonce que son travail va commencer. Elle a fait plusieurs fois la même remarque. La seconde semaine après ses couches, ce ganglion qui paraissait entièrement effacé, commence à reparaître et parvient insensiblement à la grosseur qu'il avait auparavant. » (1)

Les remèdes topiques, la compression, l'incision et l'extirpation : tels sont les moyens qui

(1) Actes de Copenhague, ann. 1671 et 1672, Obs. 56.

ont été proposés et employés pour guérir le ganglion.

Les topiques résolutifs, discussifs et fondans ne sont pas de grande utilité dans la cure du ganglion, quoique des auteurs rapportent en avoir éprouvé de bons effets dans les ganglions récemment formés.

La compression a communément plus de succès. Elle agit en rompant le kyste et en produisant l'effusion du liquide qu'il contient dans le tissu cellulaire, où il est peu-à-peu résorbé. Quelquefois on a obtenu ce résultat en recommandant aux personnes qui avaient un ganglion de le frotter fortement avec le pouce plusieurs fois par jour; ou en faisant porter une plaque de plomb bien serrée sur la tumeur. On fait frotter avec du vif-argent cette plaque du côté qui touche la peau, ce qui ne paraît pas lui donner plus de vertu. Mais on est bien plus sûr de déchirer le kyste du ganglion en exerçant sur la tumeur une pression forte et instantanée. La manière la plus simple et la plus sûre de faire cette compression consiste à placer la main sur une table, et à presser la tumeur de toutes ses forces avec les deux pouces appliqués immédiatement sur la peau ou sur un corps dur, tel qu'une pièce de monnaie. On peut aussi se servir d'un cachet monté sur un manche dont on garnit la plaque avec du linge et sur lequel on presse de tout le poids du corps. Cette manière de presser le ganglion pour en rompre le kyste est préférable à celle que recommande Job à Meekren, et qui consiste à placer la main du malade sur une table, et à frapper le ganglion avec le poing jusqu'à ce que le kyste se crève. D'autres se sont servis d'un maillet de bois pour cette percussion qui est bien rarement employée aujourd'hui.

Il ne suffit pas, pour guérir radicalement le ganglion, d'en rompre le kyste en comprimant la tumeur d'une manière quelconque : il faut encore que les parois de cette poche s'agglutinent ensemble, sans quoi la maladie ne tarde pas à récidiver. Or, pour que cette agglutination se fasse, il faut qu'il se développe dans les parois du kyste un certain degré d'inflammation, et que ces parois soient maintenues, appliquées l'une contre l'autre pendant fort long-temps au moyen de la compression. Cette compression est facile à exercer, mais l'inflammation du kyste n'en est pas toujours le résultat; aussi voit-on fréquemment le ganglion se reproduire plus ou moins long-temps après la compression.

Lorsque le ganglion n'a pas cédé aux topiques résolutifs, et qu'il a résisté à la compression, si son volume le rend incommode, s'il gêne les mouvemens et excite de la douleur, ou si le malade veut s'en débarrasser comme d'un objet de difformité, il faut ou l'ouvrir ou en venir à l'extirpation.

L'ouverture du ganglion peut être faite par une incision ou par une simple ponction. L'incision doit s'étendre à toute la longueur du ganglion, et après avoir complètement débarrassé le kyste de l'humeur glaireuse qu'il contient, on le remplit de charpie afin d'exciter l'inflammation de sa surface et le développement des bourgeons charnus, à la faveur desquels ses parois contracteront des adhérences entre elles, et sa cavité se trouvera effacée. Cette opération, quoique simple, peut donner lieu à des accidens inflammatoires graves; d'ailleurs elle ne procure pas toujours la guérison radicale de la maladie : aussi est-elle rarement pratiquée.

La simple ponction avec la pointe d'une lancette ou d'un bistouri, expose beaucoup moins le malade aux accidens inflammatoires que l'ouverture de la tumeur par une longue incision. Cette ponction ne doit avoir que l'étendue nécessaire pour laisser sortir la matière qui forme le ganglion et vider complètement le kyste. En la faisant on doit avoir l'attention de tirer la peau et de diriger obliquement l'instrument, afin qu'après la sortie du liquide, il n'y ait plus, lorsqu'on cessera de tendre la peau, de parallélisme entre l'ouverture de cette membrane et celle du kyste, et que la surface de celui-ci ne puisse être en contact avec l'air. La tumeur étant vidée, on doit, comme après la rupture du kyste, exercer une compression assez forte et assez long-temps continuée pour produire l'inflammation et la réunion des parois de cette poche; sans quoi le ganglion ne tarderait pas à reparaitre.

L'extirpation est une opération dont le succès est beaucoup plus sûr que celui des deux précédentes. Elle consiste à faire à la peau une incision longitudinale ou cruciale, suivant le volume de la tumeur, à disséquer le kyste et à l'enlever. Dans cette dissection on doit éviter d'ouvrir le kyste, parce qu'alors l'humeur visqueuse qu'il contient venant à s'échapper subitement, ses parois s'affaisseraient et la dissection en deviendrait beaucoup plus difficile. Le kyste doit être enlevé en entier, comme dans l'extirpation de toutes les tumeurs cystiques : toutefois s'il adhérerait tellement aux tendons, à leur gaine ou à la capsule de l'articulation du poignet, qu'on ne pût l'en séparer sans porter atteinte à ces parties, il faudrait renoncer à enlever la portion qui leur serait adhérente. Lorsque la tumeur est em-

portée, si le kyste a été enlevé entièrement, on réunit la plaie avec des bandelettes agglutinatives, et l'on exerce sur les lambeaux une compression assez forte pour empêcher qu'il ne s'épanche du sang au-dessous d'eux, ce qui mettrait obstacle à leur réunion immédiate. Mais cette réunion sans suppuration n'a lieu que dans certains cas favorables où il reste, sur les tendons auxquels le ganglion était uni, une couche un peu épaisse de tissu cellulaire. Dans le cas contraire, les lambeaux ne se réunissent aux tendons qu'après qu'il s'est élevé des bourgeons charnus sur la surface de ces derniers : et si les tendons étaient entièrement dépouillés du tissu cellulaire qui les recouvre, l'exfoliation en deviendrait inévitable et les lambeaux ne pourraient se joindre aux parties sous-jacentes, qu'après que cette exfoliation serait opérée.

Lorsqu'on a été forcé de laisser une partie du kyste, par la crainte d'intéresser les tendons ou le ligament capsulaire de l'articulation sur lequel le ganglion est situé, au lieu de réunir la plaie immédiatement, il faut la remplir de charpie, et attendre, pour en rapprocher les lèvres, que la suppuration les ait dégorgées, et qu'il se soit développé des bourgeons charnus sur la portion de kyste qui n'a pas été enlevée : sans cela on risquerait de voir la maladie récidiver. L'extirpation du ganglion n'est pas toujours exempte d'accidens ; quelquefois elle donne lieu à une tuméfaction inflammatoire de toute la main, à une violente pyrexie, à des douleurs vives, à des spasmes ; mais ces accidens ont rarement une terminaison funeste ; ils cèdent ordinairement aux secours de l'art.

On a regardé comme ganglion une tumeur

enkystée qui se développe devant les tendons des muscles fléchisseurs des doigts, derrière le ligament annulaire du poignet ; mais cette tumeur diffère du ganglion ordinaire par le volume considérable qu'elle est susceptible d'acquérir, par les qualités du liquide qui la forme, et par l'épaisseur des parois du kyste dans lequel ce liquide est renfermé. D'abord peu volumineuse et cachée derrière le ligament annulaire, cette tumeur prend bientôt de l'accroissement, et à mesure que son volume augmente, elle descend dans la paume de la main d'une part, et de l'autre remonte sur l'avant-bras, au-dessus du ligament annulaire antérieur du carpe. Le liquide qui la forme, diffère peu par sa couleur et sa consistance de celui que produit le ganglion ordinaire ; mais il contient presque toujours de petits corps libres dont le volume varie depuis celui d'un grain de millet jusqu'à celui d'une fève de haricot. Les uns sont plats et lenticulaires, les autres ronds, oblongs, etc. Ces corps sont blancs ou blanchâtres, élastiques et semblent être des concrétions inorganiques albumineuses ou de toute autre nature. Le kyste dans lequel le liquide où nagent ces corps est renfermé, a en général plus d'épaisseur que celui du ganglion ; mais son tissu est moins dense et moins serré. Il adhère tellement aux tendons des muscles fléchisseurs des doigts, qu'il est presque impossible de l'en séparer. On trouve dans les auteurs plusieurs exemples de cette espèce de tumeur enkystée : nous nous contenterons de rapporter les deux suivans.

« Une femme ayant fait un effort pour lever un grand poids, il parut dès le même jour à la partie inférieure de son avant-bras droit une petite tumeur qui alla toujours dans la suite en

augmentant. Dix-huit mois après , il se fit à la partie interne de la main une ouverture par où il sortait tous les jours du pus et de la sérosité , et cependant la tumeur ne laissait pas de grossir encore ; les doigts de cette main étaient toujours pliés et ne se pouvaient étendre. Enfin , au bout de deux ans la malade se résolut à se faire ouvrir la tumeur ; M. Sivert , chirurgien , fit l'opération. Il ne sortit de matière liquide qu'environ deux cuillerées de sérosité gluante , mêlée d'un peu de pus blanc et épais ; tout le reste était solide , et c'étaient environ deux cents petits corps blancs , ronds et oblongs , assez semblables à des fassoles , longs peut-être de quatre lignes et larges de deux , sans cavité , tous de même substance , recouverts d'une membrane assez solide et fort adhérente , à moins qu'on n'employât la macération pour la séparer. Quelques-uns de ces grains avaient un pédicule par où ils auraient pu être attachés à quelqu'autre corps (1). »

Une femme portait à la partie antérieure du poignet une tumeur large , plate , molle , indolente et sans changement de couleur à la peau ; elle avait une tumeur semblable dans la paume de la main. Si l'on comprimait la tumeur du poignet , celle de la main devenait plus saillante , plus tendue , et réciproquement. Ces deux tumeurs n'en formaient réellement qu'une , divisée en deux parties , qui communiquaient entre elles derrière le ligament annulaire antérieur du carpe ; ensorte que lorsqu'on en pressait une , l'humeur qu'elle contenait passait dans l'autre. Ce passage était accompagné d'un bruit sourd qui paraissait dépendre du glissement de petits corps étran-

(1) Acad. des Sciences , ann. 1717 , p. 27.

gers à travers l'ouverture étroite de communication des deux parties de la tumeur. Une incision faite à celle du carpe donna issue à une humeur visqueuse et à un grand nombre de corps étrangers : en comprimant dans la paume de la main, on vida complètement la tumeur. On continua la compression sur la paume de la main ; la plaie suppura et se cicatrisa. Les corps étrangers qui sortirent en grand nombre de cette tumeur étaient ovoïdes, aplatis, lisses, semblables pour la couleur et la consistance au conduit déférent ; ils étaient de différentes grandeurs : les uns avaient plus d'un demi-pouce de longueur, les autres moins ; il s'en trouvait beaucoup de très-petits. Aucun n'adhérait ni ne paraissait avoir adhéré au kyste qui les renfermait. Albinus, qui rapporte cette observation (1), ne dit pas s'il a vu la malade assez long-temps après la cicatrisation de la plaie pour s'assurer si la guérison fut radicale.

Le diagnostic de l'espèce de tumeur enkystée dont il est question, ne présente aucune difficulté lorsque les progrès de la maladie lui ont fait dépasser les limites du ligament annulaire antérieur du carpe, et qu'elle s'est étendue au-dessus et au-dessous de ce ligament ; alors cette tumeur paraît double ou formée de deux parties, dont l'une correspond à la paume de la main et l'autre à la partie inférieure et antérieure de l'avant-bras : la première est ordinairement plus grande que la seconde : elles sont séparées l'une de l'autre par une dépression plus ou moins marquée qui correspond au ligament annulaire ; mais elles communiquent entre elles

(1) *Annot. Acad.*, Lib. VII, Cap. XV.

derrière ce ligament, en sorte que la matière qui les forme passe de l'une dans l'autre quand on les comprime alternativement. Et lorsque cette matière contient de petits corps étrangers solides, son passage, par l'espèce de détroit au moyen duquel les deux parties de la tumeur communiquent ensemble, est marqué par un bruissement particulier qui résulte du frottement de ces corps solides les uns contre les autres. Chacune des parties de la tumeur est molle, sans douleur, sans changement de la couleur de la peau, et présente une fluctuation plus ou moins marquée.

Cette tumeur n'est qu'un simple objet de difformité lorsqu'elle a peu de volume; mais dès qu'elle a acquis une grosseur considérable, elle devient fort incommode et empêche les mouvemens des doigts et de la main. Dans cet état, c'est une maladie d'autant plus fâcheuse que l'opération nécessaire pour la guérir n'est pas toujours exempte d'accidens graves, et qu'elle a même quelquefois causé la mort.

On ne peut obtenir la guérison de cette tumeur cystique qu'en extirpant le kyste, ou en excitant son inflammation et en déterminant sur sa surface la naissance des bourgeons celluloux et vasculoux à la faveur desquels ses parois contractent des adhérences entre elles, et sa cavité s'efface entièrement. Les procédés qui ont été employés pour remplir l'une ou l'autre de ces intentions sont l'extirpation, l'incision et le séton.

L'extirpation est une opération que le volume de la tumeur, ses rapports avec les parties environnantes et les adhérences intimes du kyste avec les tendons des muscles fléchisseurs des doigts rendent très-difficile et très-laborieuse; mais elle procure plus sûrement que l'incision et le séton

la guérison radicale de la maladie. L'incision peut être faite dans toute l'étendue de la tumeur en y comprenant le ligament annulaire du carpe ; elle peut être bornée à la partie de la tumeur qui descend dans la paume de la main, ou à celle qui correspond à la partie inférieure de l'avant-bras : enfin , on peut la fendre en même temps dans l'un et l'autre de ces endroits , en épargnant le ligament. Lorsqu'on ouvre la tumeur dans toute sa longueur, après avoir fait sortir l'humour qu'elle contient, et abstergé les parois du kyste avec une éponge, on le remplit exactement de charpie afin d'exciter son inflammation et le développement des bourgeons charnus. Dans les pansemens suivans, on continue à le remplir de charpie jusqu'à ce qu'il soit entièrement recouvert de ces bourgeons ; alors on panse à plat, et l'on peut même employer des bandelettes agglutinatives pour hâter la guérison de la plaie. Quand on ouvre simplement la tumeur à la paume de la main ou à la partie inférieure de l'avant-bras, on facilite la sortie de la matière en comprimant sur l'endroit opposé à celui qui est ouvert, et par la suite on continue la compression pour favoriser la réunion des parois du kyste. Lorsqu'on incise la tumeur à ses deux extrémités, on doit, après l'avoir vidée, y placer une bandelette de linge effilé en manière de séton, afin de faire naître l'inflammation du kyste, le développement des bourgeons charnus et l'adhérence de ses parois entre elles.

Il est facile de voir par ce qui précède, qu'on est bien moins sûr d'obtenir la guérison radicale de la maladie, en incisant simplement la tumeur, qu'en faisant l'extirpation du kyste. Mais quel que soit le procédé opératoire auquel on ait recours,

il est toujours à craindre qu'il ne survienne des accidens graves et même mortels. Aussi les chirurgiens prudens ne se déterminent-ils à entreprendre la cure de cette maladie que lorsque le volume de la tumeur gêne tellement les mouvemens des doigts et de la main que le malade ne peut se servir de cette partie. Cependant l'extirpation et l'incision ne sont pas toujours suivies d'accidens graves. Warner (1) a pratiqué deux fois la première de ces opérations. Les tumeurs, qui avaient un volume considérable, étaient adhérentes aux tendons des muscles fléchisseurs des doigts et de la main. Il fut obligé de couper le ligament transversal du carpe. Les malades qui auparavant ne pouvaient fermer la main, ni mouvoir les doigts, recouvrèrent parfaitement l'usage de ces parties après la guérison, qui fut accomplie en six semaines. Gooch (2) rapporte un cas du même genre. La tumeur avait paru deux ou trois ans auparavant, à la suite d'une forte contusion : elle s'étendait depuis le poignet jusqu'au milieu de la paume de la main et causait beaucoup de douleur. La main était devenue immobile sur l'avant-bras avec lequel elle faisait un angle droit. Gooch ouvrit cette tumeur et traita la plaie suivant la méthode que nous avons indiquée plus haut. Il rétablit ensuite la position de la main et le jeu de l'articulation par des applications émollientes et une compression convenable, au moyen d'une machine propre à remplir cet objet.

Une tumeur de la nature de celle dont nous venons de parler se développe quelquefois sur la

(1) Obs. de Chirur., Obs. 15.

(2) *Cases and remarks*, p. 381.

partie postérieure du poignet et sur le dos de la main. Nous pourrions en rapporter plusieurs exemples : nous nous arrêterons au suivant.

M. C*** de Bruxelles, âgé d'environ trente-cinq ans, bien constitué et bien portant, vint à Paris, dans l'année 1813, pour consulter sur une tumeur qui, sans cause connue, s'était formée sur la partie postérieure du poignet et le dos de la main. Il y avait un an qu'elle avait commencé. Ses progrès avaient été successifs et assez rapides : elle s'étendait à plusieurs pouces au-dessus et au-dessous de l'articulation de la main. Consulté par M. C***. je jugeai que sa tumeur était enkystée et qu'on ne pourrait en obtenir la guérison qu'en extirpant le kyste, ou en excitant son inflammation et en faisant naître des bourgeons charnus à la faveur desquels ses parois deviendraient adhérentes et sa cavité s'effacerait entièrement. Le séton me parut un moyen propre à remplir cette double intention. Je le proposai au malade qui l'accepta, et je pratiquai l'opération de la manière suivante : je fis sur chaque extrémité de la tumeur qui était oblongue, une incision d'un demi-pouce environ ; ensuite, après avoir fait sortir par la compression la matière qu'elle contenait, je passai d'une ouverture à l'autre, au moyen d'un stylet à aiguille, une bandelette de linge effilée dont l'usage fut continué pendant un mois, avec l'attention de la tirer chaque jour, comme on le fait pour un séton ordinaire. Au bout de ce temps je cessai l'emploi de la bandelette, et j'exerçai une compression expulsive entre les deux ouvertures qui ne tardèrent pas à se cicatriser. Alors la guérison me parut certaine, et le malade retourna chez lui. Mais la tumeur ne tarda pas

à reparaître et à augmenter successivement malgré l'emploi d'un bandage compressif au moyen duquel on croyait pouvoir s'opposer à son accroissement. Cet accroissement fut tel qu'au bout de deux ans, quoique la tumeur ne causât aucune douleur et ne gênât ni les mouvemens des doigts ni ceux de la main, le malade désirait vivement d'en être débarrassé. Il revint à Paris et s'adressa de nouveau à moi. Voici quel était alors l'état de la tumeur : elle avait plus de cinq pouces de long sur deux et demi de large ; elle était haute d'un pouce au moins, s'étendait jusqu'à l'extrémité inférieure des os du métacarpe où elle formait, dans les intervalles qui les séparent, des saillies arrondies. Sa surface présentait plusieurs bosselures ; la peau qui la recouvrait était mince et tendue, mais sa couleur n'était point changée. En pressant la tumeur alternativement dans deux points différens, on sentait un liquide qu'on pouvait faire refluer d'un endroit à l'autre : elle était fixe, point douloureuse au toucher ; les mouvemens des doigts conservaient leur liberté ; ceux de la main étaient un peu gênés ; l'avant-bras au-dessus de la maladie, était un peu plus gros que l'autre.

Le séton n'ayant point eu de succès, il était facile de voir qu'on ne pourrait guérir cette tumeur qu'en extirpant le kyste ; mais je craignais que cette opération ne causât des accidens fâcheux. Je fis part de mes craintes au malade qui n'en persista pas moins dans la résolution où il était de se délivrer de cette tumeur à quelque prix que ce fût. Je me vis donc obligé de l'opérer ; ce que je fis le 18 avril 1815, de la manière suivante :

La main étant placée et fixée par un aide sur

une table, auprès de laquelle le malade était assis, je fis sur la tumeur une incision cruciale qui en comprenait toute l'étendue et qui n'intéressait que la peau; je disséquai avec soin les quatre lambeaux; et quand le kyste fut à découvert, j'y plongeai la pointe du bistouri. Il sortit à l'instant un liquide jaunâtre, onctueux et rempli de petits corps aplatis, alongés, très-nombreux, qui donnaient à cette matière l'aspect *du riz au gras*. L'incision du kyste fut très-douloureuse, à cause du grand nombre de filets nerveux qui couvraient sa surface, et dont il était impossible d'éviter la section. En agrandissant la première ouverture faite à la tumeur, j'aperçus quelque chose de blanc, que l'instrument avait un peu endommagé: c'était le tendon de l'extenseur qui appartient au doigt du milieu, et qui se trouvait dans l'intérieur même du kyste, dont le fond adhérait dans une grande étendue aux autres tendons de l'extenseur, aux os du carpe et à ceux du métacarpe. Ses parois étaient d'une couleur jaunâtre, épaisses d'une ligne, et offraient à l'intérieur un grand nombre de rides semblables à celles de la membrane interne de la vésicule du fiel. Les bosselures, dont j'ai parlé, communiquaient entre elles, et en pressant l'avant-bras à sa partie moyenne, on faisait refluer dans ce kyste une matière semblable à celle dont il était rempli. J'enlevai tout ce que je pus de cette poche membraneuse, tantôt avec des ciseaux, tantôt avec le bistouri; mais il en resta encore beaucoup de sa partie profonde et adhérente. Je remplis cette vaste plaie, de charpie que je soutins avec des compresses et une bande roulée: la main fut appliquée sur une palette de carton.

Le malade avait supporté une grande partie de l'opération sans donner aucune marque de douleur; mais il témoigna, vers la fin, par ses gestes et ses plaintes, la force des souffrances qu'il endurait.

Au cinquième jour l'inflammation était développée dans tous les points de la portion restante du kyste. La suppuration détacha peu-à-peu la charpie, et bientôt le fond de la plaie devint une surface rouge, bourgeonnée, qui s'élevait tous les jours. Le 17 mai, elle dépassait le niveau de la peau. Les bords déjà cicatrisés ne laissaient plus à guérir qu'une plaie de la largeur d'un écu de six livres. Mais au milieu de cette plaie vermeille existait un trou assez grand pour recevoir l'extrémité du petit doigt, et duquel s'écoulait, quand on pressait l'avant-bras, un liquide trouble, visqueux, semblable, à part les petits corps blancs dont j'ai parlé, à celui qu'avait contenu le kyste lui-même. Plus bas, et sur le côté interne, existait aussi une autre petite ouverture d'où suintait également, mais en très-petite quantité, un liquide tout-à-fait pareil au premier.

Une sonde cannelée, introduite par l'orifice le plus large, fit reconnaître un trajet fistuleux très-étendu. Je me déterminai à en mettre le fond à découvert, et pour cela, il fallut faire à la peau et au tissu cellulaire très-épaissi, une incision de plus de quatre pouces de long. L'intérieur de ce conduit fistuleux était pâle, lisse, et on n'y voyait ni muscles, ni tendons, circonstance dont je tirai un bon augure. Cette plaie, longue et profonde, fut remplie de charpie. L'inflammation s'y déclara, il naquit des bourgeons charnus qui bientôt furent au niveau de la peau.

Dans l'intention de hâter la cicatrisation, je rapprochai tous les jours les bords de la plaie avec de longues bandelettes agglutinatives, que je serrais en sens opposés. Ces bandelettes produisaient un assez bon effet; mais il fallut bientôt renoncer à leur usage, parce qu'elles causaient des démangeaisons et des rougeurs à la peau; il survint même à la main et à l'avant-bras un érysipèle qu'accompagnait un embarras gastrique qui exigea l'emploi d'un vomitif.

Lorsque l'érysipèle fut dissipé, je substituai aux bandelettes agglutinatives le bandage unissant des plaies en long, qui eut l'avantage de rapprocher et d'affaisser les lèvres de la plaie sans irriter la peau ni causer de démangeaisons. Le petit suintement qui venait de l'ouverture très-étroite, placée au-dessous de celle qui avait été comprise dans la dernière incision, cessa de lui-même, sans doute par l'effet de la compression du bandage unissant. Cependant la plaie ne fut entièrement cicatrisée qu'au bout de quatre mois. Il ne se fit aucune exfoliation de tendon; aussi tous les doigts jouissaient-ils de leurs mouvemens.

Dans un voyage que j'ai fait à Bruxelles, en 1821, j'ai vu M. C^{***}, et je me suis assuré que sa guérison est complète et radicale. Il ne reste d'autre trace de sa maladie qu'une cicatrice bien régulière, mince, et qui ne gêne en aucune manière les mouvemens des doigts et de la main.

ARTICLE II.

Des Verrues.

On nomme verrues, et vulgairement poireaux, de petites excroissances ou tubercules brunâtres qui se forment dans le tissu de la peau. Il vient

dés verrues dans presque toutes les parties du corps, mais plus souvent aux mains et au visage que partout ailleurs. Les verrues de la main occupent presque toujours le dos de cette partie, et la face postérieure des doigts; il en vient rarement sur leur face antérieure et dans la paume de la main. Elles sont tantôt solitaires et tantôt multiples. On voit des personnes qui ont le dos de la main entièrement couvert de verrues. Aucun âge n'en est exempt; mais on les observe plus souvent chez les enfans que dans les vieillards.

Les verrues diffèrent beaucoup entre elles par leur volume, par leur forme et par leur consistance. Les unes sont plates, peu élevées, et tiennent à la peau par une base large; d'autres sont étroites dans l'endroit où elles sortent de la peau; mais lorsqu'elles l'ont surpassée, elles s'élargissent quelquefois en manière de champignon. Il y en a de grêles et petites; certaines ont la forme d'une poire suspendue à son pédicule; et toutes ont des racines plus ou moins profondes. Il y a des verrues lisses et unies; il y en a d'inégales, pleines d'aspérités, fendues ou chagrinées, de sorte qu'examinées à la loupe ou même à la vue simple, elles ressemblent à une mûre. Il y a des verrues dures, incompressibles; on en voit de molles qui cèdent aisément à la compression. En général, celles des mains sont beaucoup plus dures que celles des autres parties du corps.

La cause efficiente des verrues est inconnue. On regarde comme cause déterminante de celles qui viennent aux mains, la malpropreté des gens qui mènent une vie dure, et dont les mains sont souvent souillées de poussière ou plongées dans l'eau froide, sale et bourbeuse.

Le diagnostic des verrues est très-facile ; cependant on pourrait, faute d'attention, confondre celles du visage avec certaines excroissances qui tendent à devenir cancéreuses, alors même qu'aucune excitation extérieure ne provoque cette fâcheuse transformation. Nous avons dit ailleurs les caractères auxquels on peut distinguer ces deux sortes d'excroissances. (*Voy. T. VI. , pag. 301.*)

Les verrues ne causent ordinairement aucune espèce d'incommodité. Ainsi quand on les extirpe ce n'est qu'à cause de la difformité qu'elles produisent , surtout lorsqu'elles sont placées sur le visage, le cou, ou des mains belles d'ailleurs. Cependant le volume et la situation de verrues peuvent encore les rendre assez incommodes pour qu'on soit obligé de les détruire.

Elles tombent quelquefois naturellement en se desséchant ; mais elles reparaissent bientôt si la cause qui les a produites subsiste. Il est plusieurs moyens pour les faire disparaître. Lorsqu'elles sont tendres, molles et blanches, on vient quelquefois à bout, après les avoir échauffées et froissées avec les doigts, de les dissoudre en les frottant souvent avec le suc de la grande chélidoine, du tithymale, du figuier, de l'herbe aux verrues, du lait d'ésule, ou avec des feuilles de campanule écrasées. Mais en général on doit peu compter sur ces remèdes, et les moyens les plus sûrs et les plus prompts sont ceux de la Chirurgie. Ces moyens sont la ligature, la section, les corrosifs, et le cautère actuel.

La ligature ne convient que pour les verrues qui ont un pédicule grêle et qui sont presque pendantes. On passe autour du pédicule un fil de soie ou de chanvre ciré qu'on serre bien fort. Cette ligature interceptant l'abord des sucs nour-

riciers dans la verrue, elle se dessèche insensiblement et tombe bientôt. On applique ensuite sur l'endroit où elle était implantée, la pierre infernale, afin de consumer jusqu'au moindre reste de la racine qui pourrait faire renaître la verrue.

Quelle que soit la forme des verrues, on peut les détruire en les coupant. Ce moyen, qui est beaucoup plus prompt et plus sûr que les autres, mérite, par conséquent, la préférence; mais la plupart des malades ont une telle répugnance pour l'instrument tranchant, qu'il est rare d'en trouver qui veuillent se soumettre à cette petite opération, qui se pratique de la manière suivante : lorsque la verrue a un pédicule mince, on la saisit avec une pince à dissection ou avec une petite érigne, et on coupe le pédicule le plus près possible de la peau, avec des ciseaux; on touche ensuite la petite plaie avec le nitrate d'argent, non-seulement pour étancher le sang, mais aussi pour détruire entièrement la racine, qui, sans cette précaution, reproduirait bientôt un autre tubercule. Quand la verrue a une base large, on la cerne par une incision, et on l'enlève avec la portion de peau qui lui a donné naissance. On peut se dispenser alors de toucher la plaie avec la pierre infernale, parce que l'ablation de la peau rend impossible la renaissance de la verrue. Cependant lorsque de semblables excroissances sont situées au visage, j'emploie le nitrate d'argent pour arrêter le sang et éviter au malade le désagrément de porter un bandage pendant plusieurs jours. La plaie qui résulte de l'excision d'une verrue guérit promptement en la pansant avec du sparadrap de diachylon gommé.

Les verrues peuvent être détruites aussi par

les caustiques. Quand elles sont molles et peu volumineuses , on les consume avec la pierre infernale , après les avoir mouillées pour faciliter l'action du caustique, dont on réitère l'application jusqu'à leur entière destruction. Mais lorsque les verrues sont dures et grosses, il faut avoir recours à des caustiques plus actifs, tels que les acides muriatique, nitrique, sulfurique, ou le muriate d'antimoine liquide. On accélère l'effet de ces caustiques en coupant, avant de les appliquer, la partie la plus saillante et la plus dure de la verrue, avec un bistouri ou des ciseaux bien tranchans , ce qui ne cause point de douleur. Cela fait, on trempe l'extrémité d'une plume, d'une paille ou d'un morceau de bois poreux dans le caustique, et on l'applique sur la verrue. Mais comme le caustique pourrait étendre son action sur les parties circonvoisines , on doit les garantir de cette action au moyen d'un emplâtre agglutinatif percé d'un trou par lequel passe la verrue. On réitérera l'application du caustique tous les jours, ou même plusieurs fois par jour jusqu'à la destruction complète du tubercule. Cette méthode est préférée à la section par la plupart des malades ; mais on ne doit en user qu'avec la plus grande circonspection pour les verrues du visage, dont l'irritation répétée et l'inflammation qui en est la suite pourraient les faire dégénérer en cancer. Il ne faut aussi user des caustiques qu'avec beaucoup de ménagement sur les verrues placées aux jointures des doigts, dans la crainte d'intéresser des parties sensibles et irritables, et d'y causer une inflammation fâcheuse.

Les anciens, qui faisaient un si grand usage du cautère actuel, s'en servaient quelquefois pour détruire les verrues ; ils appliquaient sur la ver-

rue un fer brûlant, et la consumaient jusqu'à la racine : cette méthode qui inspire beaucoup d'effroi, et qui est très-douloureuse, a été entièrement abandonnée par les Chirurgiens modernes.

Nous ne parlerons pas de la cautérisation des verrues avec une aiguille rougie au feu et passée dans leur racine, non plus que de leur arrachement de vive force après les avoir ramollies avec un emplâtre de vigo ; ces moyens empiriques ne sont pas seulement cruels et douloureux, ils sont encore le plus souvent infructueux, car il est rare qu'il ne reste pas quelque racine qui reproduit la verrue.

Lorsque des verrues paraissent en grand nombre, on doit craindre un vice général qui demande des remèdes internes appropriés à la nature connue ou présumée de ce vice.

Il se forme en différentes parties du corps des excroissances qui ressemblent, jusqu'à un certain point, aux verrues, mais qui en diffèrent en ce qu'elles ont une consistance moindre, et qu'elles acquièrent ordinairement un plus grand volume. Ces excroissances ne sont point douloureuses, à moins que leur situation ne les expose à des frottemens continuels ; elles sont en général plus rouges que la peau dans son état naturel ; elles sont molles, compressibles, douces au toucher ; leur consistance approche communément de celle des lèvres ; elles sont constamment pédiculées, mais leur pédicule est plus ou moins gros. Lorsqu'on les ouvre, elles présentent au premier coup d'œil à peu près la même apparence que la substance musculaire ; mais elles sont moins rouges, et l'on n'y aperçoit point de fibres ; elles paraissent formées de tissu cellulaire et d'une

grande quantité de vaisseaux sanguins extrêmement fins.

Lorsque ces excroissances sont peu volumineuses, et que leur situation ne les expose à aucun frottement, il faut les abandonner à elles-mêmes. Celles qui ont un pédicule très-mince se détachent quelquefois spontanément, comme nous l'avons vu plusieurs fois. Aucune espèce d'application extérieure ne produit un bon effet sur ces tumeurs. Les caustiques dont on s'est servi quelquefois pour les détruire, ont rarement réussi, et souvent ils n'ont servi qu'à les irriter, à les enflammer, et quelquefois à les faire dégénérer en cancer. Lorsqu'on veut faire disparaître une excroissance de ce genre, il faut avoir recours à la ligature ou au bistouri. La ligature est préférable lorsque le pédicule de l'excroissance est mince et grêle; mais, lorsqu'il est large et gros, il vaut mieux recourir à l'instrument tranchant: il faut alors être très-attentif à couper le pédicule le plus près possible de la peau, afin de n'en laisser aucune partie.

ARTICLE III.

Du Panaris.

On désigne sous le nom de panaris l'inflammation phlegmoneuse des doigts, quel que soit le point de leur étendue qu'elle attaque. Tous les doigts peuvent être le siège de cette maladie; mais elle affecte plus souvent le *medius*, l'indicateur et l'annulaire que le pouce, et surtout que le petit doigt. Le panaris est presque toujours borné à un seul doigt. Cependant Heister a vu à Magdebourg, en 1738, un soldat dont tous les

doigts étaient attaqués en même temps de cette maladie. Ce célèbre Chirurgien ne dit pas si l'inflammation était bornée à la peau près la racine de l'ongle, ou si elle s'étendait profondément au tissu cellulaire sous-cutané; quelles en étaient les causes et quelle en fut la terminaison : ce qu'il eût été cependant intéressant de savoir.

La plupart des Chirurgiens modernes ont distingué quatre espèces de panaris, relativement au siège de la maladie : la première réside sous l'épiderme ; la seconde dans le tissu cellulaire sous-cutané, entre la peau et la gaine des tendons des muscles fléchisseurs du doigt ; la troisième dans cette gaine même, et la quatrième entre le périoste et l'os. Mais la première espèce n'est pas, à proprement parler, un panaris ; c'est une inflammation plutôt érysipélateuse que phlegmoneuse de la peau sur un des côtés de la racine de l'ongle, quelquefois même tout autour ; et qui, pour cela, est appelée vulgairement *tour-niole*. Les trois autres espèces de panaris ne doivent être considérées que comme des degrés divers d'une même maladie, qui est l'inflammation phlegmoneuse des doigts, sur l'intensité et la terminaison de laquelle peuvent influer plusieurs circonstances, notamment la nature des causes et la disposition du malade.

L'inflammation de la peau dans l'endroit où elle s'unit à la racine de l'ongle est bornée quelquefois à un seul côté de cette racine ; d'autres fois elle en occupe toute la circonférence. Elle peut dépendre d'une cause externe, mais le plus souvent elle est produite par une cause interne. Aussi n'est-il pas rare de la voir attaquer successivement ou simultanément plusieurs doigts. Cette inflammation est caractérisée par la tumé-

faction et la rougeur de la peau, et par une douleur pulsative plus ou moins vive. Bientôt il se fait, entre la peau et l'épiderme, un suintement de sérosité purulente qui soulève celui-ci et donne lieu à une espèce de vessie transparente qui ressemble assez bien à celle que produit ordinairement la brûlure.

La cure de cette maladie est aussi facile que son diagnostic. On couvre l'extrémité du doigt d'un cataplasme émollient ou d'un emplâtre d'onguent de la mère, et dès que la vésicule est formée, on l'ouvre avec des ciseaux, en emportant une partie de l'épiderme. Si on tardait à faire cette petite opération, la vessie s'étendrait au pourtour de l'ongle. On panse avec du cérat. Le lendemain on achève d'enlever l'épiderme partout où il est détaché de la peau; et lorsque l'inflammation est bornée à la surface de celle-ci, on trouve assez souvent un nouvel épiderme sous celui qui a été soulevé; sinon il se forme en très-peu de temps.

Mais si l'inflammation a occupé toute l'épaisseur de la peau, et si elle a été assez considérable pour faire naître une suppuration qui a détruit les adhérences naturelles de la racine de l'ongle, l'ulcération ne disparaît pas si vite, parce que l'ongle détaché est un corps étranger qui arrête la cicatrice. Dans ce cas, si le petit ulcère est profond et s'il règne dans toute la circonférence de l'ongle, celui-ci se détache peu-à-peu, tombe et est remplacé par une substance cornée ou par un ongle nouveau, moins régulier que le premier. Si le bord de l'ongle n'est détaché que dans une partie de son contour, il faut le couper à mesure qu'il se détache, et placer entre lui et les chairs qui suppurent, de la charpie rapée,

pour préserver ces chairs, qui sont très-sensibles, de l'impression douloureuse de l'ongle. Alors la portion d'ongle qui a été soulevée est remplacée par une autre; ensorte qu'il y a deux ongles d'inégale longueur, appliqués l'un sur l'autre et plus ou moins difformes. Lorsque l'ongle n'est détaché que sur un de ses côtés, il s'élève quelquefois de l'ulcération de la peau une excroissance fongueuse excessivement douloureuse, que l'on est obligé de réprimer avec le nitrate d'argent.

Il arrive aussi quelquefois que la matière purulente se forme précisément sous l'ongle; alors la douleur est très-vive, mais elle cesse dès qu'on a donné une issue au pus, ce que l'on fait en ratisant l'ongle, ou en le coupant très-près, en cas que la matière se trouve à son extrémité.

Le panaris proprement dit, ou l'inflammation phlegmoneuse des doigts, se développe toujours dans leur région palmaire : quelquefois elle s'étend à la région dorsale; mais ce n'est jamais que consécutivement, et encore y est-elle rarement considérable. De même aussi lorsque la maladie porte ses progrès vers la main et l'avant-bras, c'est toujours au côté antérieur qu'elle se propage : quelquefois cependant elle affecte consécutivement le côté opposé.

La structure des parties rend raison de cette fâcheuse prédilection de l'inflammation pour le côté palmaire des doigts, ainsi que des phénomènes qui l'accompagnent et lui donnent un caractère particulier que ne présentent pas les inflammations des autres parties. En effet, cette région des doigts contient un grand nombre de nerfs et de vaisseaux sanguins très-gros, qui rendent les douleurs plus vives, et plus considé-

dérable le gonflement que l'inflammation y détermine. D'autre part la densité du tissu cellulaire graisseux, l'épaisseur et la consistance de la peau, mettent obstacle à l'intumescence qui tend à s'y produire, et donnent lieu à une sorte de compression ou d'étranglement auquel on doit attribuer la violence des symptômes locaux et généraux qui sont propres au panaris.

Le panaris se développe quelquefois sans qu'on puisse soupçonner la cause qui le provoque. On suppose alors qu'il se rattache à une disposition intérieure, presque toujours inconnue. Dans le plus grand nombre des cas, il est produit par une lésion extérieure, le plus souvent par une piqûre, quelquefois par une contusion. Quand il est causé par une piqûre, il peut se faire que la rouille, ou quelque matière délétère dont l'instrument est chargé, contribue avec la blessure elle-même au développement du panaris. Celui qui survient à la suite d'une piqûre faite par la pointe d'un scalpel, ou par un éclat de côte lorsqu'on dissèque ou lorsqu'on ouvre un cadavre, paraît dépendre souvent de ces deux causes, et quelquefois de la seconde seulement. Dans le cas, en effet, où le corps vulnérant n'a fait qu'une égratignure à l'épiderme, il est difficile de supposer qu'une blessure aussi légère puisse produire un tel effet. Quand un corps étranger reste dans la pulpe du doigt, une écharde par exemple, la cause du panaris est alors manifeste.

On a observé, et cette remarque est d'accord avec ce que nous avons dit sur l'étiologie du panaris, que cette maladie est plus fréquente et plus grave chez les artisans qui se livrent à des

travaux pénibles , et dont la peau des doigts est épaisse et dure.

Le panaris s'annonce par une douleur sourde, profonde, dans un point ou dans la totalité du doigt ; cette douleur acquiert bientôt de l'intensité, devient pulsative, et est accompagnée de tension et de chaleur ; la peau ne tarde pas à rougir, elle est luisante ; toute la partie est dure, sensible à la moindre pression, dans une extension forcée, et tous les symptômes inflammatoires s'y prononcent avec plus d'énergie que dans l'inflammation des autres parties. La douleur est si aiguë qu'elle éloigne complètement le sommeil ; la chaleur est brûlante, la rougeur vive, la dureté extrême, et l'inflammation gagne rapidement les parties voisines, la main, l'avant-bras, le bras même.

A ces symptômes locaux se joignent des phénomènes généraux non moins remarquables, tels qu'une soif vive, la chaleur de la peau, la force et la fréquence du pouls, une agitation continue, l'insomnie, quelquefois le délire et des mouvemens convulsifs.

L'inflammation ne se borne pas toujours au doigt : elle se propage à la face palmaire de la main, de l'avant-bras, au côté interne du bras ; elle suit surtout le trajet de quelqu'un des nerfs, et sévit particulièrement là où les aponévroses mettent obstacle au gonflement des parties. Souvent aussi on remarque que le gonflement se montre dans les glandes lymphatiques du pli du bras et de l'aisselle, où il n'est pas rare de voir survenir des abcès, particulièrement lorsqu'une matière délétère a été portée dans la blessure et absorbée par les vaisseaux lymphatiques.

Le panaris peut se terminer par résolution, par suppuration ou par gangrène. La première de ces terminaisons est extrêmement rare. Elle n'a guère lieu que dans les panaris peu considérables où l'inflammation est bornée à la peau et au tissu cellulaire sous-cutané le plus superficiel. Au reste, il est presque sans exemple que la résolution se soit opérée lorsque le mal s'est prolongé au-delà de quelques jours.

La suppuration est la suite presque inévitable du panaris. Ses conséquences sont subordonnées à la violence de l'inflammation et à la manière dont la maladie est traitée. Lorsque l'inflammation est médiocre, si l'on donne issue au pus aussitôt qu'il est formé, on prévient la dénudation de la gaine des tendons et des tendons eux-mêmes, et l'abcès guérit comme ceux des autres parties. Mais si l'on diffère l'ouverture de cet abcès, le pus fond toutes les graisses et fait dans le doigt, principalement chez les ouvriers qui ont la peau et l'épiderme épais, un désordre tel que la gaine des tendons et les tendons eux-mêmes sont mis à nu. Alors l'exfoliation de ceux-ci est inévitable, et la flexion du doigt est perdue pour toujours. Dans le cas dont nous parlons, si la maladie est abandonnée à elle-même le pus perce la peau, et la partie la plus ténue de cette humeur s'arrêtant sous l'épiderme, le détache de la peau tout autour du doigt. En ouvrant la tumeur qui est presque transparente et dans laquelle la fluctuation est très-manifeste, on voit que l'on n'a intéressé que l'épiderme dont le doigt se dépouille presque en entier. On aperçoit au-dessous de cette pellicule un petit trou par où le pus s'échappe. Si on incise la peau dans toute l'étendue de son décollement, on trouve au fond de

l'incision la gaine des tendons et les tendons eux-mêmes dénudés : et comme l'exfoliation de ceux-ci doit avoir lieu, et que le doigt restera étendu pour toujours, il faut en prévenir le malade, afin qu'il n'attribue pas à l'opération un événement qui est l'effet inévitable de la maladie.

Lorsque l'inflammation est très-intense et qu'elle occupe toute l'épaisseur du tissu cellulaire graisseux, la suppuration se forme si promptement et devient si abondante, que si l'on ne se hâte de donner issue au pus, il produit les plus grands désordres : la gaine des tendons et les tendons-mêmes sont dénudés ; les capsules des articulations et le périoste tombent en pourriture, et le pus pénètre dans les articulations ; le périoste des phalanges est détruit et les os sont mis à découvert. Heureux lorsque le mal s'arrête au doigt ! car il arrive souvent que l'inflammation s'étend au tissu cellulaire de la paume de la main et qu'il se forme un abcès sous l'aponévrose palmaire ; quelquefois même elle se propage au tissu cellulaire qui unit ensemble les tendons des muscles fléchisseurs derrière le ligament annulaire du carpe, et à celui qui se trouve entre ces tendons et le muscle carré-pronateur où il se fait un abcès. Enfin, lorsque l'inflammation va plus loin, il survient quelquefois aussi des abcès à l'avant-bras, au coude, au bras et à l'aisselle.

Le panaris se termine quelquefois par gangrène. Lorsque la mortification est bornée au doigt, le malade en est quitte pour la perte d'une partie ou de la totalité de ce doigt ; mais lorsqu'elle s'étend à la main, à l'avant-bras et au bras même, ce qui suppose toujours une disposition maladiye intérieure ou générale, ordinairement elle fait périr le malade.

Le diagnostic du panaris est toujours facile. Ce que nous avons dit précédemment fait connaître à quel point le pronostic est fâcheux. Mais ce pronostic est plus ou moins grave selon un grand nombre de circonstances. Le panaris peut causer la mort, soit par son intensité et la violence des phénomènes généraux qu'il détermine, soit par la gangrène. Le danger est moins grand lorsque l'inflammation se termine par suppuration ; mais alors l'issue de la maladie reste encore douteuse : elle peut priver le doigt affecté de ses mouvemens, ou en nécessiter l'amputation ; elle peut même, lorsque la suppuration s'étend dans les interstices des muscles de l'avant-bras et du bras entraîner le dépérissement progressif du malade.

Le traitement du panaris peut être distingué en préservatif et en curatif : le premier n'est pas applicable à tous les cas. La formation du panaris est quelquefois spontanée ; rien ne l'annonce, et quand quelque chose l'annoncerait, on n'aurait aucun moyen de l'empêcher ; mais lorsqu'une cause externe, capable de produire un panaris, a agi sur un doigt, il faut chercher à en prévenir le développement.

Lorsqu'un doigt a été piqué, il est important de connaître si la piqûre est simple, si un corps étranger est resté dans la plaie, ou si quelque substance délétère y a été déposée.

Si l'instrument est lisse et poli, comme une aiguille, un canif, on doit, par une pression modérée, favoriser l'écoulement du sang, et pour peu que la douleur se prolonge ou qu'elle augmente, plonger la partie dans un liquide tiède, mucilagineux ou même narcotique, l'y tenir pendant long-temps, l'envelopper ensuite d'un

cataplasme émollient et anodin. Ces moyens suffisent souvent pour empêcher le panaris de se former.

Si un corps étranger, tel qu'un éclat de bois ou toute autre substance solide, est resté dans la plaie, il faut avant tout en faire l'extraction, même en agrandissant la plaie lorsque la pince à disséquer ne suffit pas pour le saisir et l'enlever : cette petite opération est indispensable lorsque les premiers symptômes inflammatoires commencent à se montrer.

Lorsque la piqûre a été faite avec un instrument imprégné d'une liqueur putride, comme cela arrive souvent aux anatomistes, on a lieu de craindre que cette liqueur absorbée n'altère toute la constitution de l'individu, qui, quelques jours après l'accident, est attaqué d'une fièvre adynamique qui le fait périr, où chez lequel il se forme successivement plusieurs abcès qui terminent heureusement la maladie. Dans ce cas, pour prévenir l'absorption de l'humeur putride qui a été déposée dans la plaie, on doit dans l'instant même laver celle-ci dans de l'eau tiède, et en exprimer le sang à plusieurs reprises, pour entraîner le liquide malfaisant; ensuite il faut appliquer sur la piqûre un grain de potasse caustique, ou y faire couler quelques gouttes d'un liquide caustique, tel que l'acide sulfurique, l'acide nitrique ou le muriate d'antimoine liquide, afin de produire une escarre et une suppuration toujours utiles. Ce traitement, dont l'expérience a confirmé l'utilité, est d'autant plus efficace que l'absorption ne se fait pas instantanément, et qu'il y a un intervalle de quelques jours entre le moment de la piqûre et l'apparition des premiers accidens. Cet intervalle, plus ou moins long,

suffit pour rassurer contre les craintes d'une inoculation dangereuse, que l'on prévient par la cautérisation; aussi ne doit-on jamais négliger cette précaution. A la vérité, en cautérisant toutes les piqûres faites avec un instrument qui a servi à la dissection ou à l'ouverture d'un corps, on s'expose souvent à le faire sans utilité, puisqu'on a vu un grand nombre de personnes se blesser en disséquant, sans qu'il en soit provenu aucun accident : mais il vaut mieux prendre une précaution inutile, quoique douloureuse, que de s'exposer, en l'omettant, à des accidens graves, et peut-être mortels.

Lorsque les moyens propres à prévenir le panaris ont été négligés ou qu'on les a employés sans succès, il faut, aussitôt que la maladie commence, chercher par les moyens les plus méthodiques, à en suspendre les progrès, à la faire avorter, si l'on peut dire ainsi. Quelques personnes ont été guéries en plongeant le doigt plusieurs fois dans de l'eau chaude ou dans une lessive de sarment, et en l'y laissant aussi longtemps que possible. Chez d'autres on a obtenu le même effet, en tenant le doigt dans une dissolution d'extrait aqueux d'opium, et en l'enveloppant ensuite de compresses imbibées de la même dissolution. On a conseillé aussi l'eau très-froide, la glace même et d'autres topiques astringens et répercussifs; mais ces derniers moyens ayant souvent déterminé la gangrène, ne peuvent être employés qu'avec ménagement : mieux vaudrait ne les employer jamais.

Quand les soins propres à prévenir le développement du panaris ou à favoriser la résolution de celui qui est déjà commencé, ont été pris sans succès, la suppuration est inévitable. Dans ce

cas ; si l'inflammation est modérée et superficielle, on doit favoriser la formation du pus par des topiques convenables : celui qui nous a le mieux réussi est un cataplasme composé d'oseille, cuite avec du sain-doux, et de farine de graine de lin en décoction dans de la bière. Aussitôt qu'on a le moindre indice de l'existence du pus, il faut lui donner issue en pratiquant une incision dans l'endroit où il forme une tumeur un peu circonscrite. Si on attendait trop long-temps à faire cette incision, on exposerait le malade aux inconvéniens dont nous avons parlé précédemment.

Mais lorsque l'inflammation est violente, qu'elle s'étend profondément dans l'épaisseur du doigt, et qu'elle est accompagnée de symptômes généraux fort intenses, on doit recourir à un traitement plus énergique. On mettra le malade à une diète sévère ; on le saignera copieusement selon la fièvre et la violence de la douleur ; on lui prescrira des boissons rafraîchissantes, des lavemens émolliens, etc. Et sans attendre que la suppuration soit formée, pour prévenir même sa formation et les ravages qu'elle pourrait faire, on se hâtera de fendre profondément la partie antérieure du doigt. Ce moyen, qui paraît trop violent à la plupart des malades et même à quelques Chirurgiens, est le seul dont l'efficacité ne puisse être révoquée en doute. Il combat directement l'étranglement auquel les parties enflammées sont soumises par la peau et les brides membraneuses qui les compriment et s'opposent à leur intumescence. Il donne lieu à un écoulement de sang, et produit dans les vaisseaux distendus un dégorgement avantageux ; enfin il transforme une maladie extrêmement

grave, toujours dangereuse, qui peut s'étendre rapidement vers la main, l'avant-bras et le bras, entraîner le trouble le plus funeste dans toute l'économie, en une plaie simple, qui ne cause que peu de douleur, qui borne la maladie et dissipe les symptômes généraux auxquels le panaris donne si souvent lieu.

Soit qu'on incise le doigt pour donner issue au pus déjà formé, ou pour prévenir la suppuration et faire cesser les accidens inflammatoires, voici de quelle manière l'opération doit être faite : Un aide tient la main du malade de manière que le coude soit appuyé contre quelque chose de ferme, et qu'il ne puisse point reculer; on fend alors le doigt dans la partie moyenne de sa face palmaire. Si l'opération est pratiquée avant la formation du pus, dans le principe de la maladie, pour en arrêter les progrès, l'incision doit s'étendre dans toute la longueur des parties enflammées et pénétrer jusqu'à la gaine des tendons, sans l'intéresser. Foubert ayant éprouvé plusieurs fois l'insuffisance des incisions pour calmer l'irritation des parties affectées, et arrêter les progrès de l'inflammation, osa appliquer un trochisque fait avec le sublimé corrosif et la mie de pain sur l'extrémité d'un des tendons fléchisseurs d'un doigt qui avait été blessé; il fit cette application dans le temps où la douleur, l'inflammation et l'engorgement de tout le membre étaient à leur plus haut période, et loin que l'action du caustique augmentât ces accidens, elle les diminua en très-peu de temps, et le malade fut bientôt guéri. Enhardi par ce premier succès, Foubert chercha et trouva les occasions d'employer sa nouvelle pratique dans le traitement du panaris. On prétend qu'elle lui

réussit presque constamment, même dans ceux qui avaient le plus de violence. Lorsque les accidens étaient pressans, au lieu de faire de grandes incisions, il se contentait de découvrir le point primitivement affecté, et d'y appliquer un caustique qui dissipait l'orage en détruisant la sensibilité de la partie souffrante dans ce point. Foubert fit part à l'Académie de Chirurgie de sa méthode et de ses succès. Cette méthode fut accueillie par les uns et blâmée par les autres. Aujourd'hui elle est entièrement abandonnée, et l'on ne se sert du caustique dans le traitement du panaris que dans le cas où, comme nous l'avons dit plus haut, la piqûre qui peut le faire naître ou qui l'a déjà produit a été faite par un instrument chargé de matière putride.

Lorsque la suppuration est déjà formée, si l'on examine attentivement le doigt, quoique sa grosseur soit augmentée, on distingue presque toujours à l'endroit que le pus occupe une tumeur plus ou moins circonscrite, et dans laquelle on sent une fluctuation plus ou moins distincte; et c'est précisément dans cet endroit que l'incision doit être pratiquée. On plongera donc le bistouri jusqu'au pus, et on fendra la tumeur dans toute sa longueur; ensuite on portera une sonde cannelée fort déliée sous l'angle supérieur de l'incision, et si elle pénètre sans effort sous les tégumens, on fera glisser le bistouri dans la cannelure, et on divisera toute la portion de peau qui se trouvera décollée : on en fera autant vers l'angle inférieur de la plaie; car on ne doit laisser aucun vide aux deux extrémités de l'incision.

Lorsque celle-ci a été pratiquée dans le principe de la maladie, pour en arrêter les progrès, et pour prévenir la suppuration, on doit faire

plonger la main dans de l'eau tiède et l'y tenir pendant long-temps, afin de faciliter le dégorgement de la plaie; ensuite on la panse avec de la charpie enduite de cérat, et on entoure le doigt d'un cataplasme émollient et anodin. Si les accidens se dissipent, on n'a plus qu'une plaie simple, dont la guérison est prompte et facile.

Quand on a fait l'incision pour donner issue au pus, que celui-ci est écoulé, et la plaie abstergee avec de la charpie, il faut examiner attentivement le fond de la plaie; si la gaine des tendons n'est point à découvert, on peut espérer une guérison prompte; mais si elle a été mise à nu par la destruction du tissu cellulaire graisseux qui la recouvre immédiatement, l'exfoliation des tendons des muscles fléchisseurs est à craindre. Cette exfoliation deviendrait inévitable si l'on ouvrait la gaine, comme on le pratiquait autrefois sous prétexte d'évacuer le pus qu'elle contient. Le pansement consiste à mettre un peu de charpie sur la plaie, et à envelopper le doigt d'un cataplasme émollient, anodin et même narcotique, si la douleur est encore vive. La guérison ne tarde pas à s'opérer avec les soins qu'exige un simple apothème.

Cependant les choses ne se passent pas toujours aussi heureusement: il arrive quelquefois que la gaine des tendons et les tendons eux-mêmes, mis à nu par la suppuration, s'exfolient, et que le doigt perd la faculté de se fléchir; c'est un inconvénient de la maladie et non la faute du Chirurgien, ni de l'opération: on doit en prévenir le malade. D'autres fois l'inflammation, loin de se borner au doigt, gagne la main, l'avant-bras et le bras, et il peut se former dans toutes ces parties des abcès dont il convient de faire

l'ouverture. S'il se manifeste un foyer de suppuration dans la paume de la main, il faut prolonger l'incision jusqu'à ce foyer, s'il est voisin du doigt; mais s'il en est éloigné, il faut l'ouvrir par une incision particulière, d'une étendue proportionnée à l'étendue de l'abcès. S'il existe un dépôt purulent à la partie antérieure inférieure de l'avant-bras, dans le tissu cellulaire qui unit le muscle carré pronateur aux tendons des fléchisseurs sublime et profond, il faut examiner si ce dépôt communique ou non avec celui de la main: dans le premier cas, on introduit sous le ligament annulaire, par l'ouverture de l'intérieur de la main, une sonde cannelée, sur le bout de laquelle on fait une incision qui pénètre entre les tendons des fléchisseurs des doigts jusqu'à l'abcès; on passe ensuite un séton de la main au poignet; par ce moyen on procure, à chaque pansement, l'issue de la matière amassée dans la partie. Dans le second cas, on plonge un bistouri dans le foyer de l'abcès, s'il est superficiel; et s'il est profond, on coupe peu à peu les parties qui le recouvrent, jusqu'à ce qu'on soit arrivé au siège du pus. Dans l'un et l'autre cas, l'incision est quelquefois accompagnée d'une hémorragie considérable, produite par l'ouverture d'une artère qui accompagne le nerf médian, et qui, dans certains sujets, est d'une grosseur presque égale à celle de l'artère radiale: il faut en faire la ligature. Plusieurs auteurs ont pensé que l'engorgement inflammatoire, qui se propage de la main à l'avant-bras, en suivant le trajet des tendons des muscles fléchisseurs, était dû à l'étranglement causé par le ligament annulaire commun, et qu'on ne pouvait faire cesser les accidens qu'en coupant ce ligament: cette opération a quelque-

fois été pratiquée. Garengoet rapporte en effet que Arnaud guérit, avec une promptitude étonnante, un homme qui avait un panaris de la plus mauvaise espèce, lequel avait fait de si grands progrès, qu'au jugement de quelques Chirurgiens on ne pouvait sauver le malade que par l'amputation du bras, et que d'autres craignaient même une mort prochaine; mais des cas aussi graves doivent être extrêmement rares. Au reste, si l'on croyait ne pouvoir arrêter les progrès du mal qu'en incisant le ligament annulaire du carpe, il faudrait avoir la prudence d'avertir que le malade demeurera estropié, et qu'on ne se détermine à faire cette opération que pour lui sauver la vie. S'il se forme des abcès sur le dos de la main, à l'avant-bras ou au bras, on doit les ouvrir aussitôt que la fluctuation s'y fait sentir.

Lorsqu'on a fait toutes les incisions nécessaires, on les panse avec de la charpie, et on applique sur toutes les parties gonflées ou enflammées un cataplasme émollient, dont on continue l'usage jusqu'à ce que les accidens soient passés; on se sert ensuite de charpie sèche, sur laquelle on met un plumasseau couvert légèrement de cérat pour achever la guérison. Autrefois on couvrait les tendons dénudés de petits bourdonnets plats trempés dans la teinture de fleurs d'hypéricum, ou dans l'huile essentielle de térébenthine, et l'on appliquait sur le reste de la plaie des plumasseaux enduits de baume d'arcœcus ou d'un digestif. On a renoncé depuis long-temps à ces remèdes, et l'on s'en tient à la charpie sèche et aux plumasseaux couverts de cérat. Dans le premier temps, on tient le bras en écharpe, et, sur la fin de la cure, on met le doigt dans une espèce d'étui en peau ou en taffetas, qu'on ap-

pelle *doigtier*. Quand les tendons des muscles fléchisseurs se sont exfoliés, le mouvement du doigt est perdu ; il faut, en ce cas, tenir le doigt à demi courbé pendant le traitement qui suit l'exfoliation, afin que cette partie conserve une position moins incommode et moins choquante que s'il restait à jamais étendu. Si, au contraire, les tendons ne se sont point exfoliés, il faut maintenir le doigt étendu pour lui conserver ses fonctions ; car, en le laissant courbé, la cicatrice formerait une bride qui l'empêcherait de s'allonger. Si l'on avait incisé le ligament annulaire, il serait indispensable de faire fléchir le poignet pendant le traitement, pour empêcher les muscles fléchisseurs de faire une saillie.

Le panaris, avons-nous dit, se termine quelquefois par gangrène ; on doit alors attendre que la mortification soit bornée pour faire l'ablation de la partie privée de vie. Si la gangrène s'est arrêtée au-dessous de l'articulation de la seconde phalange avec la dernière, on pratique l'amputation dans cette articulation ; mais si elle s'est étendue plus ou moins sur la seconde phalange, on doit amputer tout le doigt, car en conservant la première phalange, on laisse un bout de doigt, qui non-seulement devient inutile, mais gêne encore beaucoup pour les usages de la main : le pouce fait une exception à cette règle, parce que la première phalange de ce doigt, qui a un muscle particulier destiné à le fléchir, est encore de la plus grande utilité, lorsque la dernière phalange a été emportée.

Le panaris ne borne pas toujours ses ravages aux parties molles, il les étend quelquefois aux os dont les doigts sont composés : ces os peuvent être affectés primitivement ou consécutivement ;

ils le sont de la dernière manière lorsque, l'inflammation étant très-considérable, la maladie a été abandonnée à elle-même, ou que l'incision nécessaire pour donner issue au pus a été pratiquée trop tard ; alors, comme nous l'avons dit précédemment, la suppuration produit un délâchement si considérable, que les capsules des articulations et le périoste étant détruits, les articulations sont séparées par le pus, ou bien les phalanges sont découvertes dans leur milieu. Dans ce cas, la perte du doigt est inévitable ; et alors même qu'on pourrait le conserver, comme il serait privé de ses mouvemens, il deviendrait plus nuisible qu'utile. On doit donc l'amputer dans son articulation avec l'os du métacarpe, aussitôt que l'état général du malade, et celui des parties molles le permettent.

Dans certains cas le périoste des phalanges, ou les phalanges elles-mêmes sont primitivement affectées, et cette affection est le principe du panaris. Cette espèce de panaris attaque plus souvent le pouce que les autres doigts, et ordinairement c'est la dernière phalange. Ce panaris est caractérisé par une douleur profonde et vive, accompagnée d'une tension et d'un gonflement inflammatoire qui se bornent assez communément à l'étendue de la phalange affectée ou ne dépassent guère le doigt. Il cause rarement de la fièvre et d'autres symptômes généraux.

L'engorgement inflammatoire dont les parties molles sont le siège se termine toujours par suppuration. La peau de l'extrémité du doigt devient molle, blanchâtre, et bientôt la fluctuation, quoique profonde, devient sensible, quand on touche l'endroit où le pus est ramassé. Alors l'abcès doit être ouvert par une incision étendue

jusqu'à l'os. C'est seulement lorsque l'incision est faite qu'on peut juger si le malade perdra la phalange. Si cet os est simplement à découvert, parce qu'une partie du périoste s'en est détachée par la suppuration, il se fait une exfoliation insensible après laquelle la phalange se couvre de bourgeons charnus qui annoncent une guérison prochaine. Au contraire, si la phalange est complètement cariée, comme cela a lieu le plus ordinairement, sa perte est inévitable. Dans ce cas les différentes circonstances doivent décider s'il est à propos d'amputer la phalange, ou si l'on doit en abandonner la séparation à la nature. Lorsque la capsule articulaire est en suppuration et que la phalange est presque entièrement détachée, on doit l'ébranler de temps en temps en la saisissant avec une pince à dissection, afin de la détacher peu-à-peu des chairs voisines, ce qui donne presque toujours la possibilité de l'extraire complètement. Mais si la capsule articulaire n'a pas été détruite par la suppuration, et que la phalange conserve encore des adhérences avec les chairs, il faut l'en séparer et l'ôter après avoir coupé la capsule. Cette opération est, à la vérité, un peu douloureuse; mais elle l'est beaucoup moins que ne le serait l'amputation faite selon le procédé ordinaire; par son moyen on conserve le bout du doigt, qui ne perd pas absolument sa forme; il est seulement plus court et plus aplati à son extrémité.

ARTICLE IV.

Des Vices de conformation des Doigts.

Ces vices de conformation ont rapport au nombre des doigts, à leur union ensemble, à leur

union avec l'une ou avec l'autre face de la main et à leur direction. Le premier de ces vices est une difformité de naissance ; les deux autres sont quelquefois des conformations vicieuses congénitales , mais le plus souvent elles sont accidentelles.

Il est extrêmement rare de voir des enfans venir au monde avec moins de cinq doigts à chaque main ; il arrive bien plus souvent d'en trouver qui naissent avec un sixième doigt à chaque main , ou seulement à une : on a vu des enfans porter en naissant sept doigts , d'autres huit , et quelques-uns dix. Cette conformation est ordinairement bornée aux mains ; quelquefois cependant elle s'étend aux pieds , qui ont alors six , sept ou huit orteils.

Lorsqu'il existe six doigts à chaque main , très-souvent chaque pied a six orteils.

Le doigt surnuméraire occupe presque toujours le côté cubital de la main : Heister en a vu un placé au côté radial. Il peut être parallèle aux autres doigts , et supporté par un sixième os du métacarpe , ou bien partir du cinquième de ces os , ou de la première phalange du petit doigt ; et alors , tantôt le sixième doigt fait continuité avec celle-là , dont il semble naître par bifurcation , en s'écartant plus ou moins de sa direction , ou il est simplement attaché à la phalange par une articulation lâche entre deux surfaces plates. Lorsqu'un sixième doigt est parallèle au cinquième , qu'il jouit des mêmes mouvemens que les autres , il doit être organisé comme eux , c'est-à-dire pourvu non-seulement d'os qui lui sont propres , mais encore des muscles et des tendons nécessaires à ces mouvemens. Un doigt surnuméraire hors de rang , absolument immobile ou

sans mouvemens volontaires , est formé ordinairement d'une ou de plusieurs phalanges revêtues de leur périoste, et couvertes de la peau sous laquelle est une graisse de consistance suiffeuse. Une singularité très-remarquable de la conformation vicieuse dont il s'agit, c'est qu'un sixième doigt peut être produit par la bifurcation de la dernière phalange du pouce, chaque portion ayant un os et un ongle particuliers. Cette disposition singulière est très-rare : je l'ai vue sur une jeune fille.

Les exemples de six doigts à chaque main et à chaque pied, arrangés symétriquement, et jouissant des mouvemens ordinaires, sont moins communs que ceux d'un sixième doigt à une seule main; cependant on en trouve un assez grand nombre dans les auteurs tant anciens que modernes. Les Latins appelaient *sedigiti* ceux qui avaient cette espèce de difformité. Maupertuis a hasardé le mot français *sexdigitaires*, pour désigner ces mêmes personnes, et cette dénomination a été adoptée. Des observations nombreuses et authentiques prouvent que ce vice de conformation se transmet des parens aux enfans pendant plusieurs générations.

Lorsqu'un sixième doigt est placé sur la même ligne que les autres doigts, qu'il présente une conformation semblable, et qu'il jouit des mêmes mouvemens, il ne cause aucune gêne, et ne peut être considéré que comme un objet de difformité à laquelle on ne doit point chercher à remédier par une opération. Mais lorsqu'un doigt surnuméraire est hors de rang, qu'il forme un angle plus ou moins ouvert avec le cinquième os du métacarpe ou avec la première phalange du petit doigt, qu'il est absolument

immobile, ou du moins qu'il ne possède aucun mouvement volontaire, et que sa conformation ne ressemble presque en rien à celle des autres doigts, alors il est non-seulement difforme, mais encore inutile et incommode : il faut le retrancher. Rien de plus simple que cette opération : on peut la pratiquer sur les enfans les plus jeunes, même sur les nouveaux nés. Je l'ai faite à un enfant de trois jours et à un autre de quatre mois. Il y a même de l'avantage à la pratiquer sur de très-jeunes enfans, parce que l'os qui entre dans la structure de ce doigt, et qui est continu avec le cinquième os du métacarpe ou avec la première phalange du petit doigt, est encore cartilagineux, et on peut le couper avec un bistouri ; au lieu qu'on serait obligé de le scier si l'on ne faisait l'opération qu'à un âge où l'ossification est déjà accomplie. Il y a des Chirurgiens qui enlèvent ce doigt surnuméraire avec des ciseaux ordinaires, lorsqu'il n'est uni à la main que par des parties molles ; ou avec des ciseaux très-forts lorsqu'il tient par une substance cartilagineuse ou osseuse. Mais en se servant de cet instrument, dont l'action est très-douloureuse, on ne peut faire qu'une plaie avec perte de substance qui guérit difficilement et laisse une cicatrice que les frottemens peuvent déchirer ou rendre douloureuse. Le bistouri cause moins de souffrance et donne la facilité de conserver un lambeau de peau qui abrège la guérison de la plaie : il mérite donc la préférence. On fait, avec un très-petit bistouri, une incision demi-circulaire à la peau qui entoure la base du doigt, précisément dans l'angle qui le sépare du doigt voisin ; ensuite, si le sixième doigt a une articulation avec le cinquième os du

métacarpe ou avec la première phalange du petit doigt, on coupe le ligament mince qui l'environne ; on luxe le doigt surnuméraire en l'éloignant des autres doigts ; et, en portant la lame du bistouri entre la première phalange de ce doigt et la peau, on forme avec celle-ci un lambeau assez grand pour recouvrir toute la surface de la plaie. Si le sixième doigt est continu avec le cinquième os du métacarpe, et si sa première phalange est encore cartilagineuse, après avoir fait l'incision demi-circulaire à la peau, on coupe cette phalange avec le bistouri et on laisse un lambeau. Si la phalange est déjà ossifiée et assez dure pour ne pouvoir être coupée avec un bistouri, on la scie dans l'angle de la bifurcation. Lorsque le doigt est enlevé, on applique le lambeau sur la plaie, et on l'y maintient avec une bandelette agglutinative, de la charpie, une compresse et une bande. La guérison est très-prompte. Les enfans sur lesquels j'ai pratiqué cette opération ont été complètement guéris en quarante-huit heures.

— Il arrive quelquefois que des enfans viennent au monde avec les doigts unis ensemble. Cette union peut être de deux espèces : intime et immédiate ; ensorte que les doigts sont collés les uns aux autres ; ou médiante et lâche, par le moyen d'une membrane semblable à celle des pattes des oiseaux aquatiques. De quelque espèce que soit l'union congénitale des doigts entre eux, elle n'est pas seulement un objet de difformité, mais encore elle nuit beaucoup aux fonctions des doigts, en gênant leurs mouvemens, et en les empêchant d'agir séparément. On y remédie par une opération bien simple : Si les doigts

sont unis par une membrane intermédiaire, on la coupe avec des ciseaux ou un bistouri. Mais si l'adhérence est immédiate, on la détruit avec un bistouri mince et bien tranchant, qu'on fait glisser entre les doigts, et on les sépare exactement les uns des autres dans toute leur longueur. Pour qu'en guérissant ils ne se recollent pas, on les entoure chacun séparément avec une bandelette de linge enduite légèrement de cérat de saturne.

L'union congénitale des doigts est beaucoup moins fréquente que celle qu'ils contractent quelquefois accidentellement, non-seulement entre eux, mais encore avec le dos ou la paume de la main, à la suite de quelque exulcération, et particulièrement de celle qui est produite par l'action du calorique. Cet accident a lieu surtout chez les enfans, lorsque le traitement de la brûlure a été confié à des mains inhabiles, ou abandonné à des personnes étrangères à l'art de guérir, comme cela arrive souvent dans les campagnes, et parmi les indigens des villes. Pour prévenir cet accident, il faut envelopper les doigts séparément avec des bandelettes enduites de cérat, et, lorsque les doigts ont de la disposition à se fléchir ou à se renverser vers la face dorsale de la main, il faut les maintenir dans une direction droite, au moyen d'une planchette disposée de la manière que nous indiquerons bientôt.

Lorsque ces précautions ont été négligées, et que les doigts ont contracté des adhérences vieilles qui les rendent incapables d'exercer leurs fonctions, ou du moins qu'ils les gênent considérablement, on peut y remédier par une opération dont le manuel varie selon la disposition des adhérences. Si les doigts sont seulement unis

entre eux, sans être privés de leurs mouvemens de flexion et d'extension, on détruit l'adhérence avec un bistouri mince qu'on fait glisser entre les doigts, et on les sépare successivement les uns des autres dans toute leur longueur. Pour empêcher qu'en guérissant ils ne se collent de nouveau, on les entoure, chacun séparément, avec une bandelette enduite de cérat.

Si les doigts sont adhérens à la paume de la main par une espèce de bride en forme de faux, on incise cette bride dans toute son épaisseur : une seule incision suffit ordinairement lorsque la bride est peu longue, et que le doigt est uni seulement à la paume de la main ; mais quand la bride a beaucoup de longueur, et surtout quand l'adhérence a lieu, non-seulement entre la peau du doigt et celle de la paume de la main, mais encore entre la peau qui recouvre chacune des phalanges, on est obligé de faire plusieurs incisions : en général, on doit les multiplier autant qu'il est nécessaire pour étendre complètement les doigts. En faisant ces incisions on doit éviter d'intéresser les tendons et même de les mettre à découvert, afin d'en prévenir l'exfoliation.

Lorsque les doigts sont collés immédiatement dans toute leur longueur contre la paume ou contre le dos de la main, et en même temps unis entre eux par leurs faces latérales, on isole chaque doigt séparément de la face palmaire ou dorsale de la main et des doigts voisins, au moyen d'un bistouri convexe. En pratiquant cette dissection, qui est longue et pénible, surtout lorsque les doigts sont tellement collés à la main qu'on a de la peine à en saisir l'extrémité, c'est alors surtout qu'il faut ménager les tendons.

Lorsque toutes les adhérences sont détruites, on couvre la plaie de charpie; on en garnit les intervalles des doigts, et on entoure la main avec des compresses et une bande. L'appareil ne doit être levé que le troisième ou le quatrième jour. Lorsque la suppuration est bien établie, on avise au moyen de maintenir les doigts dans leur direction naturelle, ou de les y ramener par degrés, lorsqu'il n'a pas été possible de le faire le jour de l'opération. Pour cela, on se sert d'une planchette un peu plus longue que la totalité de l'avant-bras et de la main, et figurée comme ces parties : la portion de cette planchette qui doit correspondre à la main est divisée en cinq portions écartées les unes des autres, pour fournir à chaque doigt une espèce d'attelle; chacune de ces portions présente plusieurs petites fentes longues d'une ligne et demie ou deux lignes, dirigées suivant sa longueur et placées parallèlement deux à deux à des distances convenables : ces petites fentes sont destinées à recevoir des rubans de fil qui forment des anses au moyen desquelles on rapproche chaque doigt de la portion correspondante de la planchette. Celle-ci étant garnie de linge et des petits rubans dont il vient d'être parlé, on la place sur la face de l'avant-bras et de la main opposée au côté vers lequel les doigts sont inclinés, et on l'assujettit au coude et au poignet avec des bandes. On engage les doigts sous les anses des petits rubans, et en tirant les deux extrémités de chaque anse, on ramène le doigt vers sa situation naturelle, jusqu'au moment où le malade éprouve de la douleur; alors on noue les deux chefs du ruban sur le doigt de la planchette par un nœud simple et un nœud à rosette. Les jours suivans, on con-

tinué à tirer les anses, jusqu'à ce qu'on soit parvenu à donner aux doigts une direction parallèle à celle de la petite planche.

Lorsqu'on est arrivé à ce point, on s'en tient là, si les doigts étaient adhérens à la paume de la main; mais s'ils étaient adhérens à sa face dorsale, il ne suffit pas de les avoir ramenés à leur extension naturelle, il faut encore les porter vers la flexion le plus qu'il est possible. On remplit cet objet en employant une planchette dont les doigts sont tronqués. On garnit ces extrémités tronquées de pelottes sur lesquelles les doigts trouvent un point d'appui, pendant que les anses, placées sur leur convexité, les ramènent vers la paume de la main; on a soin de placer sur cette convexité des morceaux de cuir, pour empêcher que les anses des rubans ne rouvrent les cicatrices. On attache les extrémités de ces anses à des ganses, ou à de petites chevilles de bois placées plus en arrière sur la planchette.

On pourrait aussi se servir, pour remplir le même objet, d'un moyen imaginé par Fabrice de Hildan (1), et qu'il employa avec succès sur un enfant de quatorze mois, dans un cas semblable à celui que nous supposons ici. Ce moyen consiste en une planchette de trois doigts de large, d'une longueur suffisante pour s'étendre du poignet jusqu'au coude; cette planchette est garnie sur une de ses faces, près de l'extrémité qui doit correspondre au poignet, d'un petit bâton rond, épais d'un pouce, placé en travers et qui lui est fortement uni. Ce bâton est percé en quatre endroits pour recevoir des espèces de chevilles en bois. La planchette a aussi deux boucles et deux

(1) *Cent. I, obs. 83, pag. 60.*

courroies , par le moyen desquelles elle est attachée à l'avant-bras. Plus en quatre doigtiers en cuir , dans lesquels Fabrice passait l'extrémité de chaque doigt. Il fixait ces doigtiers avec quatre ganses aux chevilles de bois. Par ce moyen il parvint à ramener les doigts dans leur direction naturelle , observant de mettre entre eux , pour les empêcher de se coller de nouveau , quelques petites lames de plomb.

Quel que soit le moyen mécanique que l'on ait employé pour maintenir les doigts dans une direction convenable , ou pour les y ramener , on doit en continuer l'usage long-temps après la cicatrisation des plaies.

— La direction vicieuse des doigts n'est presque jamais congénitale , à moins qu'on ne veuille considérer comme telle une légère incurvation en arrière des deux dernières phalanges , que l'on observe chez quelques personnes , et particulièrement chez des femmes. Si ce renversement était assez grand pour devenir un objet de difformité , on pourrait y remédier en plaçant deux petites lames de fer blanc enveloppées de linge sur les faces palmaire et dorsale du doigt , et en les fixant avec une petite bande ; mais on conçoit que , pour obtenir de ce moyen l'effet désiré , il faudrait en commencer l'usage de bonne heure , et le continuer pendant fort long-temps.

La direction des doigts peut être changée accidentellement par différentes causes.

Les enfans , en les tirillant pour les faire claquer , les rendent quelquefois difformes ; cet amusement , souvent répété , disloque en quelque sorte les doigts , et les fait se déjeter tantôt en dehors , tantôt en dedans. Pour y remédier ,

il faut se servir du moyen dont nous venons de parler, en ayant l'attention de faire anticiper les petites lames de fer blanc sur le dos et la paume de la main.

Le changement de direction des doigts, causé par une luxation des phalanges non réduite et ancienne, par une ankylose à la suite d'un panaris, ou de toute maladie qui a donné lieu à l'exfoliation des tendons, est d'autant plus fâcheux qu'il est presque toujours incurable. Outre la difformité que cause la courbure permanente des doigts, leurs mouvemens sont fort gênés ou tout-à-fait impossibles : aussi un Chirurgien doit-il songer à ces graves inconvéniens lorsqu'il traite une maladie des doigts, et faire tous ses efforts pour les prévenir.

Lorsque le tendon d'un muscle extenseur d'un doigt est coupé en travers, si le doigt n'est pas maintenu dans l'extension par une attelle placée sur sa face palmaire, les deux bouts du tendon restent écartés l'un de l'autre ; il se forme entre eux une espèce d'intersection ligamenteuse, et le doigt ne pouvant plus être étendu volontairement, est porté dans la flexion par son poids et par l'action des muscles fléchisseurs. La même chose a lieu lorsque le tendon du muscle extenseur est rompu sur la première ou sur la seconde phalange. Cette rupture, que j'ai observée plusieurs fois, est le résultat d'un tiraillement, d'une violente flexion, ou d'une chute dans laquelle le poids du corps porte sur la face dorsale des doigts : elle exige le même traitement que la plaie transversale du tendon ; mais comme le malade n'est occupé d'abord que de la douleur et du gonflement qui accompagnent cet accident, il leur attribue l'impossibilité de l'extension volon-

taire du doigt, et il arrive souvent qu'il ne réclame les secours de l'art que lorsqu'ils ne peuvent plus lui être utiles. En effet, l'incurvation du doigt par suite d'une plaie transversale, ou de la rupture du tendon de son muscle extenseur, négligée et ancienne, est sans ressource : heureusement elle est peu considérable, ne rend pas le doigt très-difforme, et ne nuit presque pas à l'exercice de ses fonctions.

Lorsque les muscles extenseurs des doigts sont paralysés, ceux-ci, entraînés par leur propre poids et par la rétraction des muscles fléchisseurs, ne peuvent être étendus volontairement, et leurs fonctions sont impossibles : dans ce cas, on peut suppléer à l'action des muscles paralysés par celle d'une machine qui tend sans cesse à relever les doigts à mesure que la contraction des muscles fléchisseurs cesse. M. Delacroix, habile mécanicien, que nous avons eu occasion de citer dans le premier volume de cet ouvrage, a construit une machine de cette espèce pour un maître de forté-piano qu'une paralysie des muscles extenseurs des doigts privait de son état ; elle a si bien réussi que cet homme a pu reprendre sa profession, et l'exerce encore.

Les doigts, et particulièrement les trois derniers, sont sujets à une flexion permanente, involontaire, à laquelle on a donné le nom de contracture, et que quelques auteurs ont appelée en latin *crispatura tendinum*. Cet état est souvent une infirmité de la vieillesse ; on l'observe quelquefois chez les adultes ; jamais chez les jeunes sujets. Les doigts se fléchissent peu-à-peu, et on perd la faculté de les étendre à volonté : les tendons des muscles fléchisseurs soulèvent la peau qui se fronce en travers, s'épaissit, s'endurcit et

leur devient adhérente. Ils résistent tellement aux efforts que l'on fait pour étendre les doigts qu'on les romprait plutôt que de les faire céder. La maladie commence ordinairement par le petit doigt ; elle gagne bientôt l'annulaire et quelquefois le doigt du milieu ; mais quoique je l'aie observée un grand nombre de fois , je ne l'ai jamais vue s'étendre au doigt indicateur et au pouce. La nature de cette affection n'est pas bien connue : toutefois en considérant attentivement ses phénomènes et la manière lente et graduée dont elle se forme , on est porté à croire qu'elle dépend moins de la contraction spasmodique des muscles fléchisseurs que d'une espèce de dessèchement , d'endurcissement et de rigidité du tendon et de la peau. Quoi qu'il en soit , on pourrait peut-être arrêter les progrès du mal dans son principe , en plaçant sur la face dorsale du doigt une petite attelle fixée avec une bande , et en appliquant des émoulliens et des relâchans sur la paume de la main. Mais comme la flexion des doigts s'opère d'une manière lente et graduée , et que le malade n'éprouve aucune douleur , il y fait peu d'attention d'abord ; ce n'est que lorsqu'elle est parvenue à un degré considérable qu'il s'en inquiète et qu'il réclame les secours de la Chirurgie ; mais alors le mal est sans remède. On a conseillé de mettre le tendon à découvert , de le couper en travers , d'en retrancher même une portion , d'étendre le doigt et de le maintenir alongé au moyen d'une attelle. Mais le succès d'une telle opération est trop incertain ; elle n'a probablement jamais été pratiquée , et un Chirurgien prudent devra toujours s'en abstenir.

CHAPITRE DEUXIÈME.

Des Maladies du Pied.

ENTRE les maladies dont le pied peut être attaqué, les unes lui sont communes avec toutes les parties du corps; les autres lui sont propres, ou du moins l'affectent beaucoup plus souvent. Les premières ont été exposées dans d'autres volumes de cet ouvrage : il ne sera question ici que des dernières.

ARTICLE PREMIER.

Des Engelures.

Quoique le pied ne soit pas le siège exclusif des engelures, nous les plaçons dans ce chapitre, parce qu'il en est attaqué plus souvent que les autres parties.

Les engelures consistent en une inflammation de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané, qui survient en hiver et qui dépend de l'action locale du froid. Les pieds sont le siège le plus ordinaire des engelures, et elles affectent plus particulièrement les orteils et le talon. Quand elles occupent cette dernière partie, le vulgaire les désigne sous le nom de *mules*. Après les pieds, les mains sont les parties les plus exposées aux engelures, qui se montrent particulièrement sur la face dorsale des doigts et sur le dos de la main. Elles se développent aussi quelquefois aux coudes, au nez, aux oreilles et aux lèvres; mais ces parties y sont bien moins sujettes que les pieds et les mains.

Les engelures attaquent particulièrement les enfans, les femmes, les jeunes gens d'une faible constitution, et surtout ceux dont le système lymphatique a une prédominance marquée ou qui sont atteints de scrophules. Il est rare que les personnes robustes, les adultes et les vieillards en soient affectés. Le froid est la cause immédiate des engelures : aussi ne les observe-t-on jamais pendant l'été, ni dans les climats chauds ; mais le froid seul ne suffit pas pour les produire ; il faut encore le concours de la chaleur. L'expérience démontre que c'est toujours par l'action alternative de ces deux causes qu'elles sont produites. Ainsi, l'exposition subite d'une partie échauffée à une température froide, et surtout celle d'une partie engourdie par le froid, à une forte chaleur, est la véritable cause des engelures ; et cette cause est d'autant plus efficace pour les produire, que les parties sur lesquelles elle agit sont souvent plongées dans l'eau ; c'est ce qu'on remarque chez certains ouvriers, particulièrement chez les blanchisseuses.

Les engelures sont caractérisées par le gonflement douloureux et chaud de la peau, sa couleur rouge livide, violette ou bleuâtre, avec picotemens, engourdissement et démangeaisons insupportables. C'est surtout pendant la nuit que les malades éprouvent ces sensations importunes aux parties affectées, qu'ils ont d'ailleurs beaucoup de peine à mouvoir. Il ne se forme jamais d'abcès purulens aux engelures ; mais lorsque dans ce premier état on continue de les exposer au froid, qu'on les approche trop près du feu, ou qu'on y applique des remèdes irritans, les accidens augmentent rapidement ; il s'y forme bientôt des vessies, des gerçures, des cré-

vasses et même des ulcères plus ou moins profonds, d'un mauvais aspect, irréguliers, très-douloureux, remplis de chairs grisâtres, qui fournissent, au lieu de pus, une sérosité sanieuse, âcre, irritante, et qui sont presque toujours difficiles à cicatriser. Il arrive même quelquefois que les engelures attirent dans les parties qu'elles affectent la gangrène et le sphacèle, que l'on voit souvent dans les pays du Nord survenir en très-peu de temps; la corruption fait quelquefois des progrès si rapides, que ces parties se détachent et tombent entièrement : mais les engelures d'une telle malignité sont très-rares. Celles que nous voyons ordinairement, qu'elles soient ulcérées ou non, disposent les parties à en être affectées tous les hivers, ou plutôt les personnes qui en ont été attaquées par une disposition des solides et des liquides, y deviennent sujettes pendant presque toute leur vie lorsque cette prédisposition subsiste.

Dans les climats tempérés, les engelures n'exposent ordinairement à aucun danger; cependant, comme elles sont difficiles à guérir si on n'y apporte promptement remède; qu'elles gênent l'action des parties qui en sont affectées; qu'elles ont un aspect désagréable, lorsque ces parties sont habituellement à découvert, et qu'elles reviennent assez régulièrement chaque année aussitôt que le grand froid commence, on ne doit négliger aucun des moyens propres à en prévenir le développement ou à les guérir lorsqu'elles sont venues.

Il n'y a pas de meilleur moyen d'éloigner les engelures dont on est menacé et d'en prévenir le retour habituel, que de garantir soigneusement les parties de l'impression du grand froid, soit

en ne les exposant point au contact de l'air, soit en les couvrant de vêtemens propres à y entretenir une chaleur douce et égale. Mais ce moyen ne peut être efficace qu'autant qu'on l'emploie sans interruption, ce que ne peuvent faire les personnes les plus exposées aux engelures; c'est-à-dire, celles qui sont obligées de travailler pour gagner leur vie, dans des endroits froids ou en plein air. Ces personnes ne peuvent rien faire de mieux, pour prévenir les engelures, que d'habituer les pieds et les mains au froid, de frotter souvent ces parties avec de la neige ou de l'eau très-froide, dès le commencement de l'hiver, de les fomenters fréquemment avec de l'eau-de-vie, de l'eau de Goulard ou une décoction de tan, et surtout d'éviter de se présenter tout-à-coup à un grand feu lorsqu'elles se sentent saisies d'un grand froid : cette dernière précaution est d'autant plus importante, que rien n'est plus propre à produire les engelures et quelquefois même la gangrène d'une partie engourdie par le froid, que l'exposition subite de cette partie à une chaleur très-forte. On peut voir ce que nous avons dit à ce sujet, en parlant de la gangrène produite par la congélation.

On a proposé un grand nombre de remèdes contre les engelures; et parmi ces remèdes il n'y en a presque aucun en faveur duquel on ne puisse invoquer le témoignage de l'expérience, ce qui vient sans doute de ce que des remèdes différens peuvent produire de bons effets aux diverses époques et dans des circonstances diverses de la maladie. Lorsque les engelures commencent, qu'il n'y a encore ni chaleur, ni douleur, mais seulement un prurit incommode, il s'agit de fortifier les vaisseaux de la peau pour

empêcher leur engorgement et la stase des humeurs ; car en examinant une partie où il se forme des engelures , on la trouve molle , flasque et plus rouge que les autres. Pour remplir cette indication , rien ne convient mieux que de fomenten souvent les parties malades avec du vin aromatique , chaud , de l'eau de savon , de l'urine , de l'eau vé géto-minérale , de la lessive de cendre de sarmens , et même de l'eau-de-vie ou de l'alcool camphré ou ammoniacé. Quelques auteurs conseillent aussi la saumure de bœuf ou de porc , ou l'eau salée simplement , le jus ou la décoction de navets , qu'ils regardent presque comme un spécifique. Percy dit qu'il ne connaît pas un meilleur remède contre le mal dont il s'agit , quand il n'est pas entretenu par un vice scrophuleux , que la pommade faite avec le hareng salé qu'on pile et qu'on fait long-temps cuire dans du sain-doux. Lorsque la tension , le gonflement , la douleur et la rougeur augmentent , il faut employer les émoulliens et les anodins. Mais comme ces remèdes , continués trop long-temps , pourraient devenir nuisibles en relâchant et débilitant les solides , il faut y renoncer aussitôt que la douleur est passée , et les remplacer par quelqu'un des remèdes dont nous avons d'abord fait mention. Si les engelures sont excoriées ou ulcérées , on les panse avec les onguens les plus doux , tels que le cérat fait avec le blanc de baleine et l'huile d'amandes douces , le cérat de Galien , ou avec un *nitritum* de vinaigre de sureau et d'huile rosat récente. S'il s'élève des chairs molles et fongueuses sur la surface des ulcères , on les réprime en les touchant légèrement avec le nitrate d'argent. Pour prévenir le développement des chairs , on doit

laver les ulcères, chaque fois qu'on les panse, avec de l'eau de chaux, de l'eau d'orge miellée ou du vin tiède. Quand les engelures occupent les pieds, il faut que le malade reste couché pour être plus promptement guéri : cette précaution est surtout nécessaire lorsque les engelures sont ulcérées.

Les engelures résistent quelquefois aux remèdes les mieux indiqués, et ne guérissent qu'au retour de la belle saison ; c'est ce qu'on voit surtout chez les enfans qui ne sauraient s'empêcher de marcher ; mais il arrive souvent aussi que les engelures ne se montrent rebelles aux remèdes ordinaires que parce qu'il existe chez le malade un vice scrophuleux ou autre qui doit être combattu par un traitement interne. Si la gangrène et la carie sont amenées par les engelures, on se conduira contre cette fâcheuse complication comme nous l'avons dit en traitant de ces maladies.

ARTICLE II.

Des Cors aux pieds.

ON donne le nom de cor à une excroissance tuberculeuse, dure, semblable à une verrue plate, inorganique, dont la substance provient de l'épiderme et du corps réticulaire de la peau, et qui se forme sur différentes parties du pied. Les cors diffèrent entre eux à raison de leur situation, de leur figure et des circonstances qui les accompagnent.

Les orteils sont leur siège le plus ordinaire, et on les observe plus souvent sur le cinquième que sur les autres. La partie moyenne du côté externe

de cet orteil est l'endroit où les cors se forment ordinairement ; ils se montrent aussi quelquefois plus près de l'extrémité de l'orteil, au devant de l'articulation de la seconde avec la dernière phalange. Les cors ne se développent guères sur le second, le troisième et le quatrième orteils, que chez les personnes dont la première phalange de ces orteils est légèrement étendue, et la seconde fléchie, de sorte que l'articulation de ces phalanges forme une saillie qui dépasse le niveau des autres orteils, ce qui l'expose à être comprimée par l'empeigne du soulier ; aussi est-ce sur cette saillie que vient le cor. Cette direction vicieuse des phalanges peut être un état de première conformation, mais presque toujours elle est le résultat de la compression exercée par une chaussure trop étroite. Les cors occupent quelquefois la plante du pied, particulièrement la partie de cette région qui correspond à l'extrémité antérieure des os du métatarse, et qui, à raison de la saillie qu'elle forme, est exposée à une forte pression dans la station et la progression ; enfin les cors naissent quelquefois sur les faces des orteils par lesquelles ils se correspondent, et plus souvent dans l'angle de séparation de deux orteils.

La plupart des cors qui se développent sur les orteils ressemblent assez bien à un clou, et c'est à cette ressemblance, et peut-être aussi à cause de la douleur qu'ils occasionnent, que les auteurs latins les ont appelés *clavi pedum*. La partie du cor qui dépasse le niveau de la peau, et que l'on nomme sa tête, est plus ou moins épaisse, tantôt aplatie, tantôt arrondie, lisse ou rugueuse. La pointe du cor, que la plupart des auteurs nomment sa racine, est en général conique ; elle

pénètre plus ou moins profondément, et s'étend, dans certains cas, jusqu'à la capsule synoviale de l'articulation sur laquelle le cor est situé ou jusqu'au périoste. Cette pointe est plus dure que le reste du cor, et ressemble à de la corne; mais tous les cors n'ont pas cette pointe cornée qui pénètre plus profondément dans la peau que le reste de la partie adhérente du cor : on en voit dont la base ou la partie qui tient à la peau ne pénètre point dans son épaisseur, ou qui y pénètre partout à la même profondeur.

Les cors de la plante du pied se présentent ordinairement sous la forme d'une plaque plus ou moins large, dure, raboteuse, qui tantôt dépasse à peine le niveau de la peau, et tantôt fait une saillie assez considérable. La base de ces cors ne s'enfonce jamais dans l'épaisseur de la peau. Il se forme aussi quelquefois à la plante du pied des cors tuberculeux, semblables à un clou; mais ils sont beaucoup plus rares que les précédens : ceux qui naissent entre les orteils ressemblent à une verrue aplatie; quoique moins durs que les cors qui sont placés sur les orteils ou à la plante des pieds, ils sont cependant plus gênans et plus douloureux, sans doute parce que la peau et le tissu cellulaire étant très-minces dans ces parties, ils sont plus près des nerfs et leur deviennent plus facilement adhérens. Quelles que soient la situation et la forme des cors, leur union à la peau est plus ou moins intime. Dans certains cas, cette union est si faible qu'il est facile de les enlever sans le secours de l'instrument tranchant; d'autres fois elle est si forte qu'il est impossible de la rompre.

La compression exercée par des souliers trop étroits ou trop courts, et dont l'empeigne d'un

cuir très-fort a peu d'élasticité, est la cause la plus ordinaire des cors : une chaussure trop large, dans laquelle le pied tourne et joue librement, peut aussi devenir la cause des cors par les frottemens continuels qui en résultent. Ces causes agissent d'autant plus efficacement pour produire les cors, que la peau est plus mince, plus fine et plus sensible; aussi remarque-t-on que ces tubercules sont plus fréquens chez les femmes et chez les personnes qui mènent une vie molle et sédentaire, que chez les hommes et chez les individus qui marchent beaucoup ou qui se livrent à des travaux rudes et pénibles. Il n'est pas douteux que la compression et les frottemens exercés par les souliers ne soient la cause principale des cors, puisque les gens qui marchent nus-pieds n'en ont jamais, et qu'il n'en vient pas aux doigts, quoique leur structure soit la même que celle des orteils; mais cette cause ne suffirait pas seule pour produire certains cors qui se développent avec une facilité et une promptitude étonnantes dans des endroits du pied où la pression est médiocre, quel que soit le rapport de grandeur de ce dernier avec sa chaussure. J'ai vu un jeune homme chez lequel il se développa, en quinze ou vingt jours, sur la partie de la plante du pied qui correspond à la tête des os du métatarse, un cor de la largeur d'une pièce d'un franc, peu saillant et si douloureux, que ce jeune homme pouvait à peine marcher. J'enlevai la portion de peau sur laquelle le cor était établi, et le malade fut guéri en douze ou quinze jours. Depuis trois ans que cette opération a été faite, ce jeune homme marche sans éprouver ni gêne ni douleur, et sans qu'il ait reparu de cor ni là ni ailleurs. Il paraît certain que

dans un cas semblable il existe une disposition locale qui facilite le développement du cor.

Mais les cas de cette espèce sont extrêmement rares, et le plus ordinairement les cors naissent et croissent d'une manière lente et graduée; et comme ils sont inorganiques et insensibles, ils ne causent d'abord aucune douleur, excepté chez les personnes qui ont la peau mince, fine et très-sensible; mais lorsque les cors ont acquis une certaine grosseur, la pression qu'ils exercent sur les parties sous-jacentes donne lieu à des douleurs plus ou moins vives. Ces douleurs sont si fortes chez quelques sujets, qu'elles rendent la marche très-pénible et l'empêchent même quelquefois. Si le malade continue à marcher malgré ces douleurs, il n'est pas rare alors de voir survenir dans les parties voisines des cors une inflammation plus ou moins vive. Dans quelques cas, cette inflammation se déclare spontanément, sans cause connue, et indépendamment des fatigues de la marche et de la pression exercée par la chaussure; quoique elle n'ait presque jamais de suites fâcheuses, néanmoins on doit chercher à la prévenir, en écartant toutes les causes capables d'irriter les parties où sont placés les cors, et surtout en garantissant ces tubercules de la compression et des frottemens: cette inflammation se termine quelquefois par suppuration, et cette terminaison peut devenir salutaire en déterminant la chute des cors. Cette guérison spontanée des cors, à la suite de l'inflammation, est fort rare. On en trouve un exemple très-remarquable dans le 9^e volume des *Actes des Curieux de la Nature*, obs. 89, p. 364.

Les cors ne sont point dangereux, mais ils sont si incommodes, surtout pour les personnes

obligées de se tenir souvent debout ou de faire de longues marches, qu'on ne doit négliger aucun des moyens propres à les faire disparaître : on y parvient d'autant plus aisément que les cors sont moins anciens et moins gros ; ainsi on doit les attaquer dès qu'ils commencent à se former, sans leur laisser le temps de s'accroître et de s'enraciner, si l'on peut dire ainsi.

Les chaussures trop étroites et dont l'empaigne est d'une peau dure, épaisse, qui prête peu, étant la cause la plus ordinaire des cors, on ne peut empêcher leur développement, et les guérir, lorsqu'ils sont déjà formés, qu'en substituant à ces chaussures des souliers souples, larges, qui s'adaptent sans gêne à la forme du pied : cette précaution seule suffit quelquefois pour faire disparaître les cors, ou du moins pour en arrêter les progrès, et sans elle tous les autres moyens auraient peu d'effet, ou seraient même inutiles.

Lorsque les cors sont récents et peu volumineux, on parvient souvent à les arracher avec l'ongle, après les avoir ramollis par des bains de pieds, ou en les couvrant avec une substance emplastique composée de deux parties de diachylon gommé et d'une partie d'emplâtre de mucilage étendues sur une peau mince. Mais si les cors sont trop gros, trop anciens et trop enfoncés dans la peau pour pouvoir être enlevés de cette manière, il faut avoir recours à leur excision ou à leur extraction.

L'excision des cors consiste à les enlever couche par couche avec un bistouri très-mince et bien tranchant, jusqu'au niveau de la peau, après les avoir ramollis par quelque'un des moyens dont je viens de parler : cette méthode a l'inconvénient de ne pas guérir les cors radicalement, et de ne

procurer qu'un soulagement momentané, parce qu'en les excisant on n'enlève point la partie qu'on appelle leur pointe ou leur racine, laquelle favorise, par sa dureté, la récurrence du mal. Cependant, en renouvelant l'opération de temps en temps, en couvrant habituellement la partie restante des cors avec l'emplâtre dont nous avons parlé plus haut, on parvient souvent à les guérir entièrement.

L'extraction des cors consiste à enlever, non-seulement la portion du tubercule qui dépasse le niveau de la peau, mais encore sa pointe ou sa racine qui est enfoncée plus ou moins profondément dans la peau. Cette opération conduit plus sûrement à la guérison radicale du cor, que l'excision; mais son exécution est plus difficile et demande plus d'adresse; et cette adresse, qui s'acquiert par un long exercice, on ne la trouve guères que chez les personnes dont la profession est uniquement de soigner les pieds et qu'on nomme *Pédicures*. Pour pratiquer l'extraction d'un cor, on se sert d'une aiguille ronde ou carrée, d'une ligne environ de diamètre, dont la pointe est mousse. Cette aiguille est montée sur un manche afin de pouvoir s'en servir avec facilité. Quelquefois elle est plate et mousse sur ses côtés comme à sa pointe. Celle-ci convient surtout pour extirper les cors placés entre les orteils ou sur les parties latérales des phalanges. Pour faire l'extirpation d'un cor, il faut d'abord l'isoler des parties saines en grattant dans sa circonférence avec la pointe de l'aiguille; ensuite, après s'être frayé une voie sur un des côtés, on en saisit le bord avec une pince à dissection, on le soulève, et en se servant tantôt de l'aiguille plate, tantôt de l'aiguille ronde ou carrée, on le

détache jusque dans ses racines les plus profondes, et on l'enlève entièrement, sans faire sortir une goutte de sang, sans exciter la plus légère douleur.

Mais, soit que l'on excise ou que l'on extirpe un cor, on doit prendre toutes les précautions possibles pour ne point intéresser le derme, et surtout les tendons, les nerfs et les capsules synoviales. La lésion de ces parties n'aurait pas seulement l'inconvénient de rendre l'opération douloureuse et plus difficile à terminer à cause de l'effusion du sang qui empêcherait de voir distinctement les parties sur lesquelles on porterait l'instrument, elle pourrait encore donner lieu à des accidens nerveux et inflammatoires graves. Dans les cas difficiles, il vaudrait mieux laisser l'opération incomplète et la reprendre au bout de quelques jours, que de s'exposer à blesser des parties qu'il importe de ménager.

Lorsque le cor est enlevé, on fait tremper le pied dans de l'eau légèrement aromatisée, ou même alcoolisée, et on l'y tient pendant un quart d'heure; on couvre ensuite la place qu'occupait le cor avec un emplâtre de diachylon gommé, dont on continue l'usage pendant quelque temps, en le renouvelant tous les trois ou quatre jours. Si le cor se reproduit, on l'enlève de nouveau, et il est rare qu'après plusieurs extractions on n'en soit pas tout-à-fait débarrassé, surtout si l'on renonce aux chaussures trop étroites et trop dures.

Les cors de la plante du pied méritent une considération particulière : ceux qui sont tuberculeux peuvent être excisés ou extirpés de la même manière que les cors qui sont placés sur la face supérieure des orteils ou sur le côté ex-

terne du petit orteil. Il n'en est pas de même des cors larges et peu saillans ; on ne gagne rien à en enlever les couches superficielles , parce qu'elles ne tardent pas à revenir ; et leur extirpation est impossible à cause de leur union intime avec la peau , et de leur grande étendue en largeur. Lorsque ces cors rendent la marche pénible , douloureuse ou impossible , malgré toutes les précautions que l'on peut prendre pour éviter qu'ils ne soient comprimés par le soulier , il faut les enlever avec la portion de peau sur laquelle ils sont établis. Pour cela , on circonscrit le cor par une incision qui pénètre dans toute l'épaisseur de la peau , ensuite on saisit cette membrane avec une pince à dissection , et on l'enlève avec le cor , en coupant le tissu cellulaire graisseux auquel elle est unie. J'ai pratiqué plusieurs fois cette opération , et j'ai remarqué que la plaie qui en résulte est promptement guérie , que la cicatrice est insensible à la pression du poids du corps , et ne se déchire jamais. On pourrait aussi dans ce cas détruire le cor avec la potasse caustique ; mais je pense que l'excision est préférable , et que le caustique ne doit être employé que sur les personnes pusillanimes qui refusent absolument de se soumettre à l'opération.

La forme aplatie des cors situés entre les orteils et leur peu de consistance en rendent l'excision très-difficile ou même impossible ; il faut donc en faire l'extraction , et si on ne peut pas les enlever entièrement , consumer la portion restante avec le nitrate d'argent. Lorsque le cor ne peut pas être détruit par cette méthode et qu'il cause des douleurs insupportables , on ne doit pas hésiter à enlever la portion de peau sur laquelle il repose.

Il ne faut pas confondre les cors situés entre les orteils avec les excroissances vénériennes qui se développent quelquefois dans le même endroit. On évitera cette méprise si l'on considère que ces excroissances vénériennes sont moins dures que les cors, qu'elles s'étendent beaucoup plus en largeur, qu'elles sont moins douloureuses, que leur surface est inégale, raboteuse ou granulée, qu'elles fournissent une humeur ichoreuse plus ou moins fétide, qu'enfin elles n'arrivent jamais qu'aux personnes qui ont eu des maladies vénériennes. S'il reste encore des doutes sur la nature du mal, on les fera disparaître en pansant les excroissances avec de l'onguent mercuriel; car si elles sont syphilitiques elles ne tarderont pas à s'améliorer, et même à disparaître tout-à-fait sous l'influence de ce remède.

L'étendue considérable d'un cor en profondeur, et ses adhérences intimes avec les parties sous-jacentes, peuvent le rendre rebelle aux secours ordinaires de l'art : alors si les douleurs qu'il occasionne sont assez vives pour empêcher le malade de marcher, il n'y a d'autre parti à prendre que d'amputer la portion de l'orteil sur laquelle il est placé. J'ai été obligé de recourir une fois à cette opération : Un jeune homme portait depuis long-temps à la partie antérieure externe du petit orteil un cor à base large qui s'étendait sur toute la dernière phalange, et qui adhérait intimement au périoste. On avait fait l'excision du cor à différentes reprises, on avait tenté sans succès d'en faire l'extirpation, et l'on avait employé, sans en retirer aucun avantage, tous les remèdes vantés par l'ignorance, le charlatanisme et la crédulité pour la guérison des cors. Les douleurs causées par ce cor étaient si vives,

qu'elles empêchaient le malade de marcher. L'amputation de la dernière phalange de l'orteil me parut le seul moyen de guérison : je la pratiquai, et elle eut tout le succès que je m'en étais promis ; c'est-à-dire qu'après la guérison de la plaie, qui fut très-prompte, le jeune homme marcha facilement sans éprouver la moindre douleur.

On a conseillé un grand nombre de topiques pour la guérison des cors, et on s'en est servi sous toutes les formes ; mais à l'exception des émoulliens dont nous avons précédemment indiqué l'usage, les topiques ne doivent être employés qu'avec la plus grande réserve, attendu qu'ils contiennent presque tous des substances plus ou moins cathérétiques, et qu'ils peuvent exciter de l'irritation et de l'inflammation. On doit surtout se méfier de ces prétendus spécifiques pour la guérison radicale des cors, que des personnes absolument étrangères à l'art de guérir annoncent avec emphase dans les Journaux et par des affiches dont ils couvrent les murs de la capitale. Tous ces remèdes secrets sont nuls ou trop souvent dangereux.

Si les topiques irritans appliqués sur les cors donnent souvent lieu à de fâcheux accidens, que n'a-t-on pas à craindre des caustiques dont on a conseillé l'usage pour la destruction de ces tubercules, ou pour consumer la racine de ceux dont on a fait l'excision ou que l'on a extirpés incomplètement. Ces remèdes peuvent attaquer les nerfs, les tendons, les articulations, l'os même ; causer les accidens nerveux et inflammatoires les plus graves, et même faire périr le malade, comme Fabrice de Hildan l'a vu (1).

(1) *Cent. VI, obs. 100.*

On donne le nom d'oignon à une espèce de cor large, arrondi, plus ou moins élevé au-dessus du niveau de la peau, qui se développe sur le côté interne de l'articulation du gros orteil avec le premier os du métatarse. La pression constante exercée par une chaussure trop étroite est la cause ordinaire de l'oignon, comme des autres cors; mais cette cause n'agit guères que chez les personnes dont le gros orteil est dévié considérablement en dehors et forme un angle obtus avec le premier os du métatarse; soit que cette déviation dépende d'une conformation première, ou qu'elle soit produite par les chaussures, comme on le voyait fréquemment autrefois chez les femmes qui portaient des souliers très-étroits et très-pointus. Lorsque la déviation de l'orteil est considérable, la peau qui couvre le côté interne de l'articulation éprouve un tiraillement qui la rend douloureuse à la moindre pression; quelquefois même elle est dans un état habituel de phlogose qui empêche ou gêne prodigieusement la marche. On fait cesser cet état en changeant la direction vicieuse de l'orteil, soit au moyen d'un petit coussin qu'on place entre lui et le second orteil; ou mieux encore d'un doigtier de peau de chamois ou de toile qui présente une languette assez étendue pour longer le bord interne du pied, passer derrière le talon, être conduite obliquement de derrière en devant et de dehors en dedans sur le coude-pied; descendre sur son bord interne, traverser la plante du pied et remonter sur sa face supérieure où elle est arrêtée par quelques points d'aiguille.

Mais lorsque la douleur causée par la compression du soulier est supportable, et que cette compression continue, l'épiderme s'épaissit et

forme des feuillettes minces qui peuvent être séparés les uns des autres ; cette circonstance, jointe à la forme arrondie de l'espèce de cor dont il s'agit , est ce qui lui a fait donner le nom d'*oignon*. Les oignons sont en général moins douloureux que les autres cors , parce que, leur base étant très-large, la pression à laquelle ils sont exposés , répartie sur une grande surface, est médiocre sur chacun des points qu'elle presse. Le traitement des oignons est le même que celui des autres cors.

On a pris souvent pour un oignon une espèce de tumeur enkystée qui naît quelquefois sur la partie interne de l'articulation du gros orteil avec le premier os du métatarse : cette tumeur, qui ne prend jamais un volume considérable, est circonscrite, ronde, un peu aplatie par la compression du soulier, molle, indolente, et ne cause ordinairement aucune incommodité. Quelquefois la peau qui la couvre s'enflamme, et alors elle devient douloureuse : cette inflammation cède facilement aux cataplasmes émolliens et au repos ; mais lorsqu'elle est dissipée, la tumeur conserve assez souvent une sensibilité qui la rend gênante, et fait désirer au malade d'en être débarrassé. L'instrument tranchant et le caustique sont les moyens que l'on peut employer pour la guérison de cette tumeur. L'extirpation du kyste semblerait, au premier coup-d'œil, le plus convenable ; mais son adhérence intime au ligament capsulaire exposerait à blesser ce ligament, et l'ouverture de l'articulation pourrait donner lieu à des accidens graves. Le caustique paraît donc préférable, et c'est le moyen que nous avons préféré dans deux cas de cette espèce, les seuls que nous ayons rencontrés.

On applique un grain de potasse caustique sur le centre de la tumeur, et lorsque l'escarre est tombée, si le kyste n'est point ouvert, on l'incise avec la pointe d'un bistouri ou d'une lancette. L'humeur visqueuse qu'il contient s'écoule; on touche la surface avec le nitrate d'argent; elle se couvre de bourgeons charnus qui deviennent la base d'une cicatrice qui tarde peu à être complète. Mais avant d'attaquer cette tumeur, il faut être certain qu'elle n'est pas formée par de la synovie amassée dans l'articulation. Quand la tumeur est circonscrite, on juge qu'elle est enkystée. On reconnaît, au contraire, qu'elle provient d'un amas de synovie lorsqu'elle n'a aucune limite fixe : dans ce dernier cas si on l'ouvrait, soit avec l'instrument tranchant, soit avec le caustique, il pourrait en résulter les accidens les plus graves; c'est ce que j'ai vu une fois : un Chirurgien, croyant ouvrir une tumeur enkystée, pénétra dans l'articulation; il survint un gonflement inflammatoire énorme de tout le pied, accompagné de vives douleurs et de fièvre; il se forma plusieurs abcès tant sur le dos qu'à la plante du pied, et la vie du malade fut en danger : il guérit pourtant, mais la guérison fut très-longue et très-difficile.

L'inflammation qui s'empare de l'espèce de tumeur enkystée dont il s'agit, se termine quelquefois par suppuration; la tumeur s'ouvre, l'humeur visqueuse qu'elle contient s'échappe, et l'ouverture reste fistuleuse, ou, si elle se cicatrise, elle tarde peu à se rouvrir. Un stylet introduit par cette fistule, et dirigé horizontalement, pénètre plus ou moins profondément et peut être mu circulairement. Lorsque le stylet ne pénètre qu'à quelques lignes de profondeur,

on peut espérer de guérir la fistule en touchant ses parois avec le nitrate d'argent, et en exerçant ensuite une compression suffisante pour presser ces parois l'une contre l'autre, et déterminer leur agglutination. Dans le cas contraire, on est presque toujours obligé de fendre le trajet fistuleux dans toute l'étendue de son diamètre antéro-postérieur, et de faire l'excision des lèvres de la plaie de manière à ne laisser du kyste que la partie qui adhère au ligament capsulaire. J'ai pratiqué plusieurs fois cette opération ; elle a toujours eu le résultat que je m'en étais promis, c'est-à-dire que la surface du kyste s'est couverte de bourgeons charnus, que la plaie s'est cicatrisée de la circonférence vers le centre, et que les malades, qui depuis long-temps ne pouvaient marcher qu'avec la plus grande difficulté et en souffrant, n'ont plus ressenti ni gêne ni douleur.

ARTICLE III.

De l'Ongle entré dans la chair.

LORSQUE la partie des bords latéraux de l'ongle, la plus voisine de son bord libre, agit sur la peau, l'irrite et en détermine l'inflammation et l'ulcération, on appelle cet état : ongle entré dans la chair. Dans ces derniers temps, plusieurs auteurs ont substitué à cette désignation celle d'ongle incarné ; mais cette dénomination pourrait induire en erreur en portant à croire, par analogie, que la maladie dont il s'agit consiste dans la dégénération charnue de l'ongle, tandis que la substance de ce corps n'éprouve aucune altération, du moins au commencement de la maladie.

Le gros orteil est le siège ordinaire de l'ongle entré dans la chair; les autres orteils en sont rarement attaqués, et on ne l'observe presque jamais aux doigts de la main. Cette maladie peut avoir lieu aux deux côtés du gros orteil, mais le plus communément c'est le côté interne qui est affecté.

La compression exercée sur les orteils par une chaussure trop étroite, et la manière de couper les ongles, sont les causes les plus ordinaires de l'ongle entré dans la chair. Une chaussure trop étroite diminue le diamètre transversal des orteils, augmente la courbure des ongles, dirige leurs bords en bas, et favorise ainsi l'action de ces bords sur la peau. La manière de couper l'ongle du gros orteil contribue beaucoup plus que les chaussures étroites à la production de la maladie dont nous parlons. Si on coupe cet ongle droit en travers ou carrément, le bord forme de côté et d'autre, avec la partie libre des bords latéraux, un angle droit qui s'avance sur la peau et la recouvre sans la blesser. Si, au contraire, on coupe l'ongle en l'arrondissant, comme le font beaucoup de personnes, la pression que la pulpe de l'orteil éprouve dans la station, et surtout dans la progression, fait remonter la peau en manière de bourrelet au-dessus des extrémités de la ligne courbe que présente le bord libre de l'ongle, et, lorsque celui-ci vient à croître, il agit sur la peau qui lui résiste, l'irrite, l'enflamme et l'ulcère.

Les effets de l'ongle entré dans la chair sont différens selon les degrés de la maladie: dans le principe, la peau est seulement irritée, le malade éprouve de la douleur en marchant; mais comme cette douleur est légère et très-supportable, il ne s'impose aucun repos; cependant le

mal augmente, la peau s'enflamme, s'entame dans l'endroit sur lequel le bord de l'ongle appuie ; les souffrances augmentent et la marche est plus difficile ; il s'élève quelquefois de l'ulcération de la peau une espèce de fongosité ou excroissance charnue, semblable à celle qui arrive souvent dans la maladie des doigts appelée tour-niole ; elle est si douloureuse qu'elle rend quelquefois la station impossible. Dans un degré plus avancé de la maladie, l'inflammation gagne la peau qui confine à la racine de l'ongle dont les adhérences deviennent moins intimes et sont quelquefois entièrement détruites ; la peau que couvre l'ongle participe aussi, plus ou moins, à l'inflammation : dans cet état des choses la suppuration est abondante, sanieuse et fétide ; les douleurs sont très-vives, et le malade ne peut marcher qu'en appuyant sur le talon.

Cette maladie n'est point dangereuse ; mais elle est quelquefois si douloureuse, si opiniâtre et si difficile à guérir, qu'elle jette le malade dans le désespoir, et qu'elle cause beaucoup d'embarras et de désagrément au Chirurgien.

On a proposé plusieurs moyens pour sa guérison : l'excision ou la destruction par les caustiques des chairs fongueuses, la section et l'extraction de la portion de l'ongle qui entre dans la chair, et l'ablation du bourrelet que forme la peau en s'élevant au-dessus de l'ongle, sont ceux qui ont été le plus généralement employés. Mais la guérison que l'on obtient par les deux premiers n'est pas durable : les chairs fongueuses que l'on a enlevées avec le bistouri ou consumées avec le caustique ne tardent pas à reparaître, et la portion d'ongle qui a été emportée à se reproduire ; alors les douleurs se renou-

vellent, et pour les faire cesser on est obligé de recommencer le traitement. Le troisième procédé, c'est-à-dire l'ablation du bourrelet qui s'élève au-dessus de l'ongle, promet des résultats plus certains, pourvu qu'on l'enlève entièrement. Ce procédé, que l'on a donné comme nouveau dans ces derniers temps, est recommandé par Ambroise Paré qui dit l'avoir employé plusieurs fois avec un plein succès.

Guy de Chauliac conseille de placer une lame de plomb entre l'ongle et la chair, pour tenir le premier élevé et comprimer la seconde. Desault avait adopté cette méthode; mais au lieu d'une lame de plomb, il se servait d'une plaque de fer-blanc longue d'un pouce et demi, large de trois à quatre lignes. Il introduisait l'extrémité de cette plaque légèrement recourbée sous la partie de l'ongle qui entre dans la chair, et il la soulevait en abaissant l'autre extrémité de la lame qui représente alors un levier du premier genre, auquel le bourrelet formé par les chairs sert de point d'appui. On avait soin auparavant de couvrir ces chairs avec une compresse enduite de cérat, afin de les garantir de l'impression immédiate du fer-blanc. On recourbait ensuite la plaque sous l'orteil, de haut en bas d'abord, puis de dedans en dehors, et on la fixait au moyen d'une petite bande. On renouvelait le pansement tous les deux ou trois jours, et on continuait l'usage de la plaque jusqu'à ce que le bourrelet fut complètement affaissé, et que la partie de l'ongle qui entrait dans les chairs eut quitté sa direction vicieuse et pris assez d'accroissement pour recouvrir entièrement le bourrelet, ce qui n'avait lieu ordinairement qu'au bout de deux ou trois mois.

Ce procédé est très-propre à remplir l'indication curative de la maladie dont il s'agit ; mais il est très-douloureux , et peu de malades peuvent le supporter ; d'ailleurs on peut obtenir les mêmes résultats par un traitement beaucoup plus doux , que nous avons souvent employé , et qui nous a constamment réussi ; voici en quoi il consiste :

On introduit avec l'extrémité d'un stylet ou d'une spatule , de la charpie fine , ou mieux encore de la charpie râpée entre l'ongle et la chair , et on l'enfonce le plus avant possible sans causer beaucoup de douleur ; on fixe cette charpie , qui doit s'élever un peu au-dessus du bourrelet formé par la chair , avec un bandelette de diachylon gommé qu'on dirige en l'appliquant de dehors en dedans , afin d'enfoncer de plus en plus la charpie entre l'ongle et la chair , et d'exercer sur celle-ci une compression qui contribue à son affaissement. On renouvelle ce pansement tous les deux ou trois jours , et chaque fois on augmente la quantité de charpie , et on l'enfonce plus profondément. Lorsque la chair est assez écartée de l'ongle pour que l'on puisse apercevoir le bord de la portion de celui-ci qui était recouvert par la chair , on le soulève avec le bout d'une spatule , et l'on place au-dessous un morceau de linge plié en deux , ou une lame de plomb. Si la maladie est récente et le bourrelet peu considérable , le morceau de linge suffit pour préserver la chair de l'action de l'ongle et faire cesser la douleur. Dans le cas contraire , la lame de plomb est nécessaire. Cette lame ne doit être ni trop mince , ni trop épaisse , et il faut en avoir plusieurs d'épaisseur différente afin d'en pouvoir choisir une convenable au cas qui se

présente. Elle doit avoir deux ou trois lignes de largeur et huit ou dix lignes de longueur. On introduit une de ses extrémités sous l'ongle, ensuite on la couche sur le côté interne de l'orteil auquel on l'adapte exactement, et on la fixe avec une bandelette de diachylon gommé dirigée de dedans en dehors, et une petite bande roulée. On lève l'appareil tous les trois ou quatre jours, et lorsqu'on trouve la lame de plomb dérangée, on la replace de nouveau. L'ongle croît et s'avance sur la lame, et lorsqu'il est parvenu à recouvrir la chair, la maladie est guérie.

Il s'élève quelquefois, comme nous l'avons dit précédemment, sur le bourrelet formé par la peau, une excroissance fongueuse, très-douloureuse, que l'on est obligé de consumer avec la pierre infernale avant d'entreprendre le tamponnement nécessaire pour écarter l'ongle de la chair.

Plusieurs chirurgiens préfèrent au traitement dont nous venons de parler, l'arrachement de l'ongle; mais, outre que cette opération est extrêmement douloureuse, elle n'amène pas toujours la guérison: l'ongle ne tarde pas à renaître et à reproduire les mêmes accidens. Il est cependant un cas où on ne peut guérir le mal dont il s'agit qu'en arrachant l'ongle: c'est lorsque l'inflammation s'étant étendue à la peau qui est recouverte par l'ongle, et à celle qui circonscrit sa racine, ce corps est détaché en grande partie. Dans ce cas l'arrachement de l'ongle est facile et peu douloureux: on l'effectue avec une pince plate d'horloger dont les branches présentent sur les faces par lesquelles elles se regardent des rainures qui les empêchent de lâcher prise. Mais si l'on se borne à arracher l'ongle, on ne guérit

point la maladie : il sort bientôt du sillon de la peau dans lequel ce corps était implanté, un nouvel ongle qui ne contracte aucune adhérence avec la peau qu'il recouvre, et dont la présence entretient les mêmes accidens que le premier. Il est arrivé quelquefois que l'on a arraché sur le même sujet deux ou trois de ces ongles défectueux, sans guérir le mal pour lequel on avait fait ces évulsions successives. On ne pourra arriver à une guérison radicale, après avoir arraché l'ongle, qu'en détruisant ou effaçant le sillon de la peau qui loge la racine de l'ongle et lui sert, pour ainsi dire de matrice. Pour en venir là, quelques Chirurgiens ont employé le cautère actuel, mais ce moyen, qui est douloureux, et pour lequel certains malades ont une répugnance insurmontable, ne donne pas toujours le résultat qu'on en espère. On l'obtient bien plus sûrement et sans causer de douleur par une compression assez forte et assez long-temps continuée pour produire l'adhérence des parois du sillon qui reçoit la racine de l'ongle et l'effacer entièrement. On exerce cette compression au moyen d'un tampon de charpie que l'on fixe avec une bandelette de diachylon gommé et une bande roulée. Si la compression est assez forte pour produire l'effet désiré, l'ongle ne reparaît point : dans le cas contraire, il ne tarde pas à revenir. Alors on doit l'arracher de nouveau aussitôt qu'il dépasse assez le sillon où il a pris naissance, pour qu'on puisse le saisir avec la pince. On recommence la compression, et on la rend assez forte pour remplir l'objet qu'on se propose. En même temps que le sillon s'efface, il se forme à la place de l'ongle une cicatrice solide sur laquelle un nouvel ongle se développe bientôt. J'ai souvent employé cette

méthode avec succès. Les Chirurgiens qui ne connaissent pas la véritable cause de la maladie, voyant qu'elle résiste aux moyens locaux, l'attribuent à une cause interne, tantôt au virus vénérien, tantôt au vice scrophuleux, et font subir aux malades un traitement interne dont souvent le moindre inconvénient est l'inutilité. Un jeune Portugais chez lequel on n'avait pu guérir la maladie dont nous parlons, en arrachant l'ongle à plusieurs reprises, fut accusé d'avoir la vérole. Il subit inutilement plusieurs traitemens anti-vénériens. Je le guéris en arrachant l'ongle et en exerçant la compression. J'ai débarrassé par le même procédé un jeune homme du Mans, que l'on traitait depuis dix mois pour un prétendu vice scrophuleux.

Il ne suffit pas d'avoir guéri l'ongle entré dans la chair, il faut encore prévenir la récurrence de la maladie. Il n'y a rien de mieux à faire pour cela que de faire porter à ceux qui l'ont eue des chaussures aisées, et de leur recommander de couper l'ongle en travers ou carrément. A ces moyens on peut en joindre un autre que Dionis regarde comme infailible : il consiste à ratisser le milieu de l'ongle tous les mois avec un morceau de verre, et l'amincir jusqu'à ce qu'on sente qu'il obéit à la pression du doigt. Suivant Dionis, l'ongle étant affaibli dans son milieu, les deux côtés s'approchent du centre, et s'éloignent ainsi des chairs. Ce moyen convient surtout lorsque l'ongle est recourbé en forme de demi-cylindre, et que ses bords sont repliés contre la chair.

— L'ongle du gros orteil prend quelquefois une grosseur, une longueur et une direction qui lui donnent de la ressemblance avec une corne de

bélier, et surtout avec les excroissances cornées dont nous parlerons plus tard. On trouve dans les auteurs plusieurs exemples de cet accroissement monstrueux de l'ongle du gros orteil. Saviard dit avoir vu, en 1687, un homme malade à l'Hôtel-Dieu, qui avait à la place de l'ongle de chaque gros doigt du pied une corne semblable à celle d'un bélier, figurée comme un croissant, dont les extrémités regardaient le métatarse, et couvraient également tous les orteils de chaque pied (1). En 1719, Rouhaut, premier chirurgien du Roi de Sardaigne, envoya à l'Académie des Sciences de Paris, une description et un dessin des ongles monstrueux d'une pauvre femme du Piémont; le plus grand de tous était l'ongle du gros orteil gauche; il avait, depuis sa racine jusqu'à son extrémité, quatre pouces et demi; les lames qui composaient cet ongle étaient placées les unes sur les autres, comme les tuiles d'un toit, avec cette différence que les tuiles de dessous avancent plus que celles de dessus, et qu'ici les lames supérieures dépassaient les inférieures: ce grand ongle et quelques autres avaient des inégalités dans leur épaisseur, et quelques recourbemens qui devaient venir ou de la pression du soulier, ou de celle de quelques doigts du pied sur d'autres. Ce qui donna lieu à ces ongles de faire du bruit, et attira la curiosité de Rouhaut, c'est que cette femme s'étant cru possédée et s'étant fait exorciser, elle s'imagina et publia que le diable s'était retiré dans ses ongles, et les avait fait croître si excessivement en moins de rien. Il est fort rare de voir des ongles aussi gros et aussi

(1) Obs. 127, p. 429.

longs que celui dont il vient d'être parlé, même chez les personnes qui ne les coupent jamais; mais il est assez commun que ces personnes aient aux orteils, et surtout au premier, des ongles qui, sans être d'une grandeur démesurée, sont beaucoup plus grands que dans l'état naturel, et plus ou moins recourbés. Ne pourrait-on pas conclure de là que l'accroissement monstrueux des ongles ne provient pas seulement de ce qu'on néglige de les couper, et qu'il peut être regardé comme une véritable maladie.

Lorsque, par incurie, on n'a point arrêté l'accroissement excessif des ongles, il peut arriver au point d'empêcher la progression: il faut alors y remédier. Si l'ongle n'a pas une épaisseur très-considérable, on le coupera avec de forts ciseaux, après l'avoir amolli par des pédiluves; dans le cas contraire, on sera dans la nécessité de se servir d'une scie fine pour abattre la partie de l'ongle qui excède l'orteil.

CHAPITRE III.

De la Rupture des Muscles et des Tendons.

ARTICLE PREMIER.

Rupture des Muscles.

La facilité avec laquelle les muscles les plus gros et les plus forts se rompent sur le cadavre par une traction médiocre, porterait à croire que ces organes doivent se rompre facilement pendant la vie, si l'on ne savait qu'ils jouissent alors d'une faculté contractile qui les rend capables de surmonter les plus grandes résistances, et les met à l'abri de l'allongement forcé qui, dans les autres parties du corps, est souvent accompagné de leur solution de continuité. Cependant il arrive quelquefois que les muscles se rompent dans une violente contraction convulsive ou volontaire; mais les exemples de cette rupture sont extrêmement rares: aussi la plupart des auteurs n'en parlent point; ou s'ils l'indiquent comme un accident possible, ils n'en rapportent aucun exemple. Nous l'avons observée dans les deux cas que voici:

Un homme adulte, d'une forte constitution, fut reçu à l'hôpital de la Charité pour y être traité d'une fièvre bilieuse. Le lendemain de son arrivée, Desbois de Rochefort, qui était alors de service, lui prescrivit un vomitif. Pendant l'ac-

tion de ce remède, cet homme éprouva une vive douleur un peu au-dessous de la partie moyenne du muscle droit de l'abdomen, du côté gauche. Cette douleur ne s'étant point dissipée après l'action du vomitif, le malade s'en plaignit à la visite du lendemain, et l'on examina attentivement l'abdomen. On n'y voyait aucune tuméfaction, ni aucun changement de couleur à la peau; en touchant l'endroit douloureux on sentait un enfoncement qui pouvait recevoir l'extrémité du doigt. Le malade mourut. Je fis l'ouverture du corps en présence de Desbois de Rochefort. Je trouvai le muscle droit du côté gauche rompu en travers dans toute son épaisseur, entre celle de ses intersections tendineuses qui correspond au niveau de l'ombilic et celle qui se trouve au-dessous. Les deux bords de la rupture étaient distans l'un de l'autre d'environ un pouce; il y avait un peu de sang épanché entre eux.

M. *** , âgé d'environ cinquante ans, d'une haute stature et d'une force de corps considérable, en montant dans un cabriolet, dont le marche-pied était très-élevé, serait tombé à la renverse s'il n'eût ramené le poids du corps en avant par un effort violent des muscles du membre inférieur gauche dont le pied était sur le marche-pied du cabriolet. Dans cet effort, après lequel il reporta le poids du corps sur le pied droit, il éprouva une forte douleur à la partie antérieure de la cuisse gauche, et il lui fut presque impossible de marcher. On le transporta chez lui. Un médecin fut appelé, qui, après avoir examiné la cuisse, sans s'expliquer positivement sur la nature de l'accident, conseilla des cataplasmes émolliens et le repos au lit; mais aussitôt que la douleur fut dissipée, il permit au ma-

lade de se lever et de marcher. Il y avait déjà six semaines que l'accident était arrivé lorsque M. *** vint me consulter. Il marchait difficilement sans fléchir la jambe gauche, et en portant toujours ce membre en avant. En promenant la main sur la face antérieure de la cuisse, on distinguait, un peu au-dessous de sa partie moyenne, un enfoncement qui avait au moins un pouce et demi d'étendue, et qui était l'effet de l'écartement des deux bouts du muscle droit antérieur rompu. Je conseillai à M. *** de garder le repos, de tenir la jambe constamment étendue, et de faire appliquer sur la cuisse le bandage unissant des plaies transversales. Je le revis environ six mois après : il me dit qu'il avait suivi mon conseil pendant deux mois, qu'ensuite il avait commencé à marcher, que la progression avait été d'abord difficile et pénible, mais qu'elle était devenue peu-à-peu plus facile et avait enfin cessé d'être embarrassée et de présenter rien d'extraordinaire. J'examinai la cuisse, et je remarquai que l'enfoncement correspondant à la rupture du muscle avait considérablement diminué en profondeur et en étendue de haut en bas.

La rupture des muscles est l'effet de leur violente contraction. Elle a lieu quelquefois dans des contractions convulsives; mais le plus souvent elle est l'effet des contractions volontaires violentes pour élever un poids considérable ou surmonter une grande résistance. Au moment où l'accident arrive, le malade éprouve une vive douleur dans l'endroit de la rupture, et il est dans l'impossibilité d'exécuter les mouvemens qui dépendent de l'action du muscle rompu. On sent, au lieu de la rupture, un enfoncement dont l'étendue est proportionnée à l'épaisseur et

à la longueur du muscle. Cet espace augmente si le malade fait agir le muscle, ou si l'on donne à la partie que le muscle est destiné à mouvoir une position différente de celle qu'il lui imprime par sa contraction : elle diminue par une position contraire de cette partie, ou lorsqu'on pousse avec les mains l'une vers l'autre les deux portions du muscle rompu.

La rupture des muscles, de même que leur division transversale par un instrument tranchant, ne se réunit point immédiatement : il reste toujours entre les deux bords de la rupture un écartement plus ou moins grand dans lequel le tissu cellulaire forme une espèce d'intersection qui unit entre elles les portions du muscle. Cette intersection est d'abord mince et faible, mais avec le temps elle s'épaissit, se durcit, et devient assez forte pour transmettre l'action de la partie supérieure du muscle à l'inférieure, et alors cet organe s'acquiesce de ses fonctions comme auparavant. Toutefois ce n'est guères qu'au bout de huit, dix ou douze mois que les choses sont en cet état, et avant cette époque le malade doit éviter avec soin toute action un peu forte du muscle qui a été rompu.

La rupture des muscles n'est point une maladie dangereuse. Elle empêche d'abord les effets de l'action du muscle pendant un laps de temps qui est toujours fort long, comme nous venons de le dire ; mais par la suite il récupère toute sa force et remplit ses fonctions comme s'il n'avait pas été rompu. Cependant la situation du muscle et l'étendue de son déchirement peuvent rendre cette maladie très-grave et même mortelle. C'est ce qui est arrivé dans le cas suivant :

Un jeune homme de dix-sept ans fit un effort

considérable pour soulever un baquet plein d'eau. Il ressentit à l'instant une douleur très-vive dans le côté droit de la région lombaire et dans la cuisse du même côté. La fièvre, l'insomnie se déclarèrent, et il se manifesta une tumeur avec fluctuation vers les lombes et à la partie antérieure et supérieure de la cuisse. L'ouverture de cette tumeur donna issue à une grande quantité de matière purulente, sanguinolente et fétide. Ce jeune homme mourut le dixième ou le douzième jour de son accident. A l'ouverture du corps, on vit que le muscle psoas droit avait souffert une large déchirure. (1)

Le traitement de la rupture des muscles doit être le même que celui des plaies transversales de ces organes. On mettra la partie dans la position que lui donnait le muscle rompu en se contractant, et on l'y maintiendra par un appareil convenable; on combattra la douleur, le gonflement et la tension par les cataplasmes émolliens et anodins. Lorsque la douleur sera entièrement dissipée, on rapprochera l'un de l'autre les deux bouts du muscle au moyen du bandage unissant des plaies transversales; enfin on ne permettra au malade de faire agir le muscle rompu que lorsqu'il se sera écoulé un espace de temps suffisant pour garantir la solidité de l'intersection qui s'est formée entre les deux bouts de la division.

ARTICLE II.

Rupture des Tendons.

Dépourvus de toute faculté contractile et destinés à transmettre, à l'instar d'une corde, l'ac-

(1) Mém. de la Société Méd. d'Émulation, tom. I, p. 159.

tion des muscles aux parties que ces organes font mouvoir, les tendons avaient besoin d'une force considérable et proportionnée au degré de cette action qui, dans certaines circonstances est extrêmement forte. Cette force, les tendons la doivent à la densité de leur substance, au grand nombre de fibres qui, placées parallèlement les unes à côté des autres et unies ensemble par un tissu cellulaire très-serré, supportent toutes en même temps la traction exercée par le muscle lorsqu'il se contracte. Quelque gros et quelque forts que soient les tendons relativement au volume des muscles auxquels ils appartiennent, quel que soit le nombre des fibres qui composent ces tendons, ils peuvent se rompre dans une contraction violente et subite de ces muscles. Il est même d'observation que les tendons les plus gros et les plus forts sont ceux qui se rompent le plus souvent; sans doute, parce que les muscles qui les mettent en action ont une quantité prodigieuse de fibres, et que dans certaines circonstances, ils doivent pour s'acquitter de leurs fonctions déployer toutes leurs forces contractiles. C'est en effet dans une contraction musculaire violente que les tendons se rompent, lorsque la partie que le muscle est destiné à mouvoir offre une résistance que ne peut surmonter cette contraction. Le mécanisme de cette rupture est donc semblable à celui de la rupture d'une corde placée entre une puissance et une résistance que la première ne peut surmonter : mais les circonstances dans lesquelles les tendons se cassent sont différentes pour chacun d'eux, comme nous allons le dire en traitant de la rupture des tendons en particulier.

Rupture du tendon d'Achille.

On a de la peine à concevoir comment le tendon d'Achille, si gros et si fort, peut se casser. L'expérience prouve pourtant que cet accident arrive assez souvent. Cette solution de continuité est l'effet de la contraction forcée et subite des fibres des muscles jumeaux et soléaire auxquels appartient le tendon d'Achille. Les circonstances dans lesquelles cette contraction est assez forte pour rompre ce tendon ne sont pas toujours les mêmes : la plus ordinaire est celle où, en sautant d'un lieu à un autre, en montant un escalier, etc., la pointe du pied étant seule appuyée sur un plan résistant, la ligne de gravité est sans appui, ensorte qu'on tomberait à la renverse, si par leur contraction violente et soudaine les muscles extenseurs du pied ne redressaient le corps en le jettant en avant. Dans cette circonstance, le pied fléchi ne pouvant obéir à l'action des muscles à raison de la résistance insurmontable du point sur lequel sa pointe est appuyée, cette action fait éprouver au tendon d'Achille un tiraillement violent et subit, et si ce tendon est allongé au-delà de son extensibilité naturelle qui est très-bornée, sa rupture a lieu. Cette rupture peut se faire dans une circonstance différente ; c'est lorsque le pied étant étendu par une contraction primitive des muscles, on tombe perpendiculairement sur la pointe du pied. Alors la résistance du sol fait fléchir violemment le pied, pendant que la puissance motrice s'oppose à la flexion par un contre-effort. C'est ainsi que des danseurs se sont cassé le tendon d'Achille en tombant fort légèrement, à terre, après avoir

battu un entrechat. J'ai traité une rupture de ce tendon qui s'était faite de cette manière sur un homme de 35 à 40 ans, fort vigoureux. Il avait parié qu'il battrait cinquante entrechats de suite; au 49.^e il se rompit le tendon d'Achille de la jambe droite. Ces ruptures sont l'effet d'un effort opposé à l'action des muscles extenseurs du pied.

Il est évident, d'après ce que nous venons de dire, que la rupture du tendon d'Achille peut également arriver dans la flexion et dans l'extension du pied, et que sa cause efficiente est la contraction violente des muscles jumeaux et soléaire. Cette action étant simultanée, se trouve supportée également par toutes les parties du tendon, et s'il vient à se rompre sa division est complète. Cependant il arrive quelquefois qu'il ne se rompt que dans la moitié ou dans les deux tiers postérieurs de son épaisseur. Ce cas est rare : j'en ai vu pourtant deux exemples.

Le tendon d'Achille ne se rompt pas toujours dans le même endroit : le plus ordinairement la rupture a lieu à sa partie moyenne, quelquefois cependant elle se fait plus bas. J. L. Petit a observé sur un homme qui s'était cassé les deux tendons d'Achille en sautant sur une table à pieds joints, que du côté droit la portion du tendon qui restait au talon avait plus de deux pouces de longueur, pendant que celle du côté gauche n'avait que douze à quinze lignes. Entre ceux qui ont éprouvé cet accident, les uns disent avoir peu souffert au moment où il a eu lieu, d'autres assurent avoir ressenti une douleur vive; quelques uns affirment avoir entendu un bruit, un craquement semblable à celui d'une planche qu'on casserait sous le pied, d'une noix qu'on écraserait, ou d'un violent coup de fouet. Mais quelle que

soit la sensation que le malade éprouve au moment de la rupture, aussitôt qu'elle est faite, le bout supérieur du tendon est entraîné en haut par la rétraction des muscles jumeaux et soléaire, et s'éloigne du bout inférieur; celui-ci ne change point de position tant que l'axe du pied reste perpendiculaire à celui de la jambe, mais lorsque le pied change de direction, la portion tendineuse qui est restée au talon s'éloigne ou se rapproche de l'autre, suivant que le pied est fléchi ou étendu. Aussi remarque-t-on que le vide ou enfoncement que l'on sent sous la peau, dans l'endroit de la rupture, augmente d'étendue dans la flexion du pied, et diminue ou s'efface même entièrement dans son extension. Le malade peut fléchir et étendre le pied par un acte de sa volonté. Le premier de ces mouvemens n'a rien qui doive surprendre, puisque les muscles qui le produisent, savoir, le jambier et le péronier antérieurs conservent toute leur action, et qu'ils peuvent même être aidés par l'extenseur commun des orteils et l'extenseur propre du gros orteil. La flexion du pied peut même être portée au-delà de sa limite ordinaire, le tendon rompu ne formant plus d'obstacle postérieurement; à l'égard de l'extension, quoique ce mouvement dépende de l'action des muscles dont le tendon est rompu, cependant il n'en dépend pas tellement qu'il ne puisse avoir lieu encore; mais comme il est produit alors par la seule contraction des muscles jambier postérieur et péroniers latéraux qui s'attachent au pied très-près de son articulation, ce mouvement est très-faible. La rupture du tendon d'Achille n'empêche pas absolument la station et la progression; mais le malade ne peut marcher qu'en

s'appuyant sur deux personnes ou sur des béquilles, et en portant toujours le pied malade en-devant, ce qu'il fait en étendant la jambe et le pied autant qu'il est possible.

Le diagnostic de la rupture complète du tendon d'Achille se tire des circonstances dont nous venons de parler, et de l'examen attentif de la partie. En promenant les doigts sur le trajet du tendon, lorsqu'on arrive à l'endroit où il est rompu, on sent sous la peau un vide, une dépression d'autant plus grande que la rupture est plus près du talon; cet enfoncement qui provient de l'écartement des deux bouts du tendon, augmente lorsqu'on fléchit le pied, et diminue lorsqu'on l'étend; il disparaît même tout-à-fait quand le pied est étendu, si l'on fléchit la jambe et si l'on pousse le mollet de haut en bas en le comprimant. Quelquefois la jambe et le pied se tuméfient, et la peau est ecchymosée dans le lieu de la rupture et aux environs.

Quand la rupture du tendon d'Achille est incomplète, la station et la progression sont moins gênées que dans la rupture complète, et, en marchant, le malade peut passer alternativement un pied devant l'autre, lorsque la douleur ne le force pas à porter toujours en devant le pied malade. Le vide ou enfoncement qui résulte de l'écartement des bouts de la portion tendineuse rompue est moins profond que dans la rupture complète, et on sent au fond de ce vide la résistance de la portion du tendon qui est restée entière. Cet enfoncement n'augmente pas d'une manière sensible lorsqu'on fléchit le pied, et il est difficile de l'effacer entièrement en mettant le pied dans la plus grande extension possible, et en faisant tous ses efforts pour rapprocher les

deux bouts, parce que la portion cassée ne glisse pas aisément sur celle qui est entière.

La rupture du tendon d'Achille n'est presque jamais accompagnée d'accidens qui puissent la faire regarder comme une maladie grave : dans le cas où surviennent quelques accidens, ils sont moins une suite nécessaire de la nature du mal que de la manière dont il a été traité, ou des imprudences commises par le malade ; ces imprudences peuvent être telles qu'elles deviennent funestes, surtout lorsqu'il existe une disposition morbide cachée ; c'est ce qu'on peut voir par l'observation suivante rapportée dans une dissertation publiée à Dantzick, le 30 novembre 1730, par M. Kulm, sur *la rupture du tendon d'Achille, et sur des artères devenues osseuses*.

Un homme de 56 ans, robuste, d'un tempérament sanguin et bilieux, se rompit le tendon d'Achille en sautant d'un bateau sur le rivage ; le pied s'enfla sur-le-champ : cependant cet homme, avec l'aide de quelques personnes, gagna, marchant avec peine sur ce pied, son auberge qui était à trois cents pas du rivage. On appela aussitôt un Chirurgien célèbre de Dantzick, qui, ayant reconnu la nature du mal, appliqua sur le pied gonflé et ecchymosé des cataplasmes discussifs et résolutifs, ordonna le repos et une diète sévère, et, lorsque l'ecchymose et l'enflure eurent cédé aux remèdes, il appliqua sur le pied et la jambe le bandage inventé par J. L. Petit pour la rupture du tendon d'Achille ; mais cet homme, indocile et méprisant tous les avis, voulait se servir de son pied : au bout de quelques jours il sortit, se soutenant sur un bâton ; il passa les jours et la plus grande partie des nuits à boire des liqueurs spiritueuses, pour les-

quelles il avait toujours eu la plus forte passion. Mais, le dix-huitième jour de l'accident, il survint une fièvre aiguë, le pied s'enfla de nouveau, et il se fit, à l'endroit où le tendon s'était rompu, une ouverture d'où il sortait un liquide lymphatique et gélatineux. Comme on fut obligé de dilater cette ouverture, on aperçut sans peine le bout inférieur du tendon d'Achille; le supérieur retiré se cachait dans les chairs : il se fit différens abcès, les os se carièrent, la gangrène survint; enfin, au bout de cinq mois de traitement, on fit l'amputation de la jambe, et le malade mourut onze jours après cette opération.

Le lendemain de l'ablation du membre on avait examiné celui-ci. L'extrémité du tibia et celle du péroné furent trouvées légèrement cariées; la carie était plus profonde dans les os du tarse, et surtout dans l'astragale, dont la substance était friable. L'extrémité inférieure du tendon d'Achille qui tenait encore au talon, l'extrémité supérieure qui en était séparée, étaient réduites en pourriture dans l'étendue d'un bon travers de doigt; les chairs des muscles qui s'attachent au tibia et au péroné, savoir, celles des deux jambiers, des péroniers, des longs fléchisseur et extenseur des orteils, du long fléchisseur du gros orteil, étaient fongueuses et sans consistance. On trouva toutes les artères de ce pied ossifiées et si dures qu'en les frappant avec un stylet on entendait le même bruit que produisent des corps solides qu'on frappe l'un contre l'autre.

La rupture incomplète du tendon d'Achille est en général plus fâcheuse que sa rupture complète; mais c'est moins à raison de la douleur et des accidens inflammatoires, dont plusieurs au-

teurs, et notamment J. L. Petit, disent qu'elle est accompagnée, qu'à cause de la faiblesse qu'elle laisse dans le tendon. En effet, lorsque ce tendon est cassé complètement, si la maladie est traitée conformément aux règles de l'art, les deux portions tendineuses mises en contact immédiat s'unissent d'une manière si intime, qu'après la guérison le tendon conserve toute sa force, et que la station et la progression sont aussi fermes qu'auparavant. Il n'en est pas de même lorsque la rupture est incomplète : quelque attention que l'on apporte dans le traitement, on ne peut jamais rapprocher les fibres cassées aussi exactement qu'il le faudrait pour qu'elles se réunissent immédiatement; il reste entre elles un intervalle où le tendon est moins gros et moins fort que dans l'état naturel, ce qui rend la marche faible, pénible et incertaine, comme nous l'avons observé sur deux personnes qui avaient eu le tendon d'Achille rompu incomplètement. C'est très-probablement de cette rupture incomplète que veut parler Ambroise Paré lorsqu'il dit : *il ne faut espérer entière guarison, ains au contraire dès le commencement faut prognostiquer et prédire qu'il restera toujours quelque dépression en la partie, avec dépravation de l'action de la jambe, c'est-à-dire que le malade clopinera toujours quelque peu à raison que les extrémités du tendon rompu ou relâché, ne se peuvent jamais parfaitement rejoindre.*

Le but de l'art, dans la rupture des tendons, est de rapprocher, d'affronter les bouts divisés, et de les maintenir dans cet état, jusqu'à ce que la nature les ait réunis et consolidés. On remplit le premier objet en donnant à la partie une situation semblable à celle que lui donnait, en agissant, le muscle dont le tendon est rompu : et le

second en maintenant la partie dans cette situation par un bandage ou un appareil approprié à la forme et à la structure de cette partie.

Dans la rupture du tendon d'Achille, on affronte et on met en contact immédiat les deux bouts divisés en étendant le pied sur la jambe, en fléchissant la jambe sur la cuisse, et en poussant de haut en bas la masse charnue des muscles jumeaux et soléaire. On maintient ces parties dans cette position par des bandages ou des appareils dont on a varié la structure et l'application. J. L. Petit, le premier qui ait donné des préceptes exacts et judicieux sur le traitement de la rupture du tendon d'Achille, s'est d'abord servi d'un bandage analogue à celui dont on fait usage alors pour la réunion des plaies transversales. Ce bandage, au moyen duquel Petit a guéri un sauteur, nommé Cochoix, qui s'était rompu les deux tendons d'Achille en sautant à pieds joints sur une table élevée de trois pieds et demi, se fait de la manière suivante. La jambe étant pliée sur la cuisse et le pied étendu sur la jambe, ces deux parties tenues en cet état par un aide, on entoure le lieu blessé avec une compresse double trempée dans de l'eau-de-vie; une autre compresse plus épaisse que la première, large de deux pouces, longue de deux pieds et demi, est appliquée postérieurement depuis le jarret jusque et par delà les orteils, couvrant le gras de la jambe, le talon et la plante du pied. Pour assujettir cette compresse, pendant qu'on la tient ainsi, on prend une bande longue de quatre aunes et large de trois travers de doigt, avec laquelle on fait, au lieu de la rupture du tendon, quatre circulaires médiocrement serrés, sous lesquels se trouve engagé le milieu

de la compresse languette; ensuite, portant la bande obliquement de dehors en dedans sur le pied, on passe en travers sous la plante du pied en recouvrant en cet endroit la languette; et revenant de dedans en dehors obliquement sur le dessus du pied, faisant une croix de Saint-André avec le premier tour oblique, on conduit la bande au-dessus des malléoles où l'on fait un tour circulaire, et d'où l'on revient obliquement de dehors en dedans sur le pied, puis par-dessus pour faire une seconde fois la croix de Saint-André, et le circulaire au-dessus des malléoles. Ayant répété ces mêmes circulaires jusqu'à quatre fois, et la bande étant arrivée aux malléoles, au lieu de redescendre vers le pied, on remonte en circulaires jusqu'au-dessus du gras de la jambe, où, après avoir fait plusieurs ciconvolutions, on donne à tenir ce qui reste de bande, pendant qu'avec les deux mains, on renverse les bouts de la languette qui ne sont point engagés sous la bande. Le bout du côté du jarret est renversé vers le talon, et celui de la plante du pied est renversé du côté du jarret: on les assujettit l'un et l'autre avec des épingles, et avec le reste de la bande on passe plusieurs fois par dessus en différens endroits de la jambe et du pied, mais en serrant médiocrement. Les deux bouts de la languette, ainsi renversés à contre-sens l'un de l'autre, et assujettis par la bande, retiennent le pied dans l'extension, de manière que les bouts du tendon ne sont pas seulement rapprochés, mais se touchent et se poussent mutuellement.

A ce bandage J. L. Petit en substitua bientôt un autre que voici. Une espèce de genouillère de cuir fort et couverte d'un cuir plus pliant sert de point d'appui à la force mouvante. La jambe

étant fléchie, on place dans le pli du jarret le milieu de cette sorte de genouillère. De deux branches qui la composent, la plus large, garnie en dedans de chamois, entoure le bas de la cuisse au-dessus du genou. Elle y est assujettie par deux appendices de cuir souple, qui, comme deux courroies, achèvent le tour de la cuisse, et vont passer dans deux boucles au moyen desquelles on serre et l'on fixe cette partie du bandage. L'autre branche, qui est un peu plus étroite, entoure la jambe au-dessus du mollet : elle est matelassée à la partie qui porte sur les muscles jumeaux. Deux courroies et deux boucles la serrent et l'assujettissent comme la première. Au milieu de la branche qui entoure la cuisse est, pour ainsi dire enchâssée et cousue une plaque de cuivre, sur le plan de laquelle s'élèvent perpendiculairement deux montans à travers lesquels passe un treuil qui se meut sur son axe au moyen d'une clef ou cheville carrée qui sert de manivelle. Sur le treuil est attachée une courroie qui est cousue par son autre bout au talon d'une pantoufle. La direction de cette courroie depuis le talon jusqu'au jarret est donnée et maintenue par un passant de cuir cousu sur le milieu de la petite branche de la genouillère, vis-à-vis du treuil, sur laquelle elle est employée.

On conçoit bien qu'à mesure que, par le moyen de la cheville carrée qui passe dans l'axe du treuil, on tournera la courroie dans le sens qui convient, on obligera le pied engagé dans la pantoufle de s'élever et que l'on approchera les deux bouts du tendon divisé. Mais lors qu'ils seront au point d'attouchement nécessaire, le treuil, et par conséquent la courroie devront être retenus et fixés. C'est ce qui se fait par une roue à rochet et un

mentonnet à ressort qui engrène les dents de cette roue. Par ce moyen, on peut étendre ou relâcher la courroie et fixer l'extension du pied au degré convenable.

Les avantages de ce bandage sont si grands et si évidens qu'on serait étonné qu'il ne soit pas généralement employé, si l'on ne savait que très-peu de Chirugiens en sont pourvus. La rupture du tendon d'Achille est un accident rare, et inconnu à la plupart des Chirugiens. Or, il n'est point étonnant qu'ils négligent de se pourvoir d'un bandage qu'ils n'auront peut-être aucune occasion d'appliquer, et dont la fabrication ne serait guère possible que dans une grande ville.

Alexandre Monro, professeur d'anatomie à Édimbourg, a employé avec plein succès un bandage qui est fondé sur les mêmes principes que celui de Petit, ou qui, pour mieux dire, n'en est qu'une modification, comme on va le voir par le fait suivant dont Monro est tout à la fois le sujet et l'historien.

Ce célèbre chirurgien se cassa le tendon d'Achille de la jambe gauche et cette rupture produisit un bruit aussi fort que celui que fait une noix qu'on écrase sous le pied. La sensation que Monro éprouva lui fit croire que le talon de son soulier était entré dans un trou.

Dès qu'il eut reconnu l'accident, il prit son pied de la main droite, l'étendit de force, et pressant son gras de jambe avec l'autre main, il attendit du secours dans cette posture. On lui appliqua d'abord des compresses sur le dos du pied qu'on tâcha d'assujettir dans la plus grande extension, au moyen d'un morceau de planche et d'un bandage; mais ayant été fort incommodé de cet appareil, il eut recours au suivant.

Il se fit faire un chausson d'un double coutil bien matelé, qu'il fit ensuite percer par le bout, afin que ses orteils y fussent plus à l'aise : au talon de cette espèce de chaussure était cousue une forte lanière de cuir ; cette lanière devait se boucler à une demi-guêtre qui n'embrassait que le gras de la jambe, et qui se laçait par devant ; il y avait fait faire deux rangs d'œillets de chaque côté, afin de pouvoir la serrer à volonté.

Tout étant prêt, il enveloppa son pied et sa jambe dans une flanelle imprégnée de vapeur du benjoin. Ayant mis son chausson et sa guêtre, il passa la lanière dans la boucle, qui répondait exactement au milieu de la partie postérieure du gras de la jambe, et la serra jusqu'à ce que son pied fut assez étendu et que la guêtre fut descendue au point où il la voulait. Il garda cet appareil nuit et jour, ayant soin seulement de serrer davantage la lanière lorsqu'il voulait s'endormir. Il desserrait aussi de temps en temps la guêtre, de crainte qu'elle ne lui fit enfler la jambe. Il fut quinze jours sans remuer le pied, se tenant tout le jour sur une chaise qu'il faisait glisser lorsqu'il voulait aller d'une chambre dans une autre. Au bout de ce temps, il commença à faire de légers mouvemens de flexion et d'extension, qu'il augmentait peu-à-peu et qu'il cessait dès qu'il sentait la moindre douleur. Quelquefois il les continuait pendant une demi-heure, évitant de faire le moindre mouvement de l'autre jambe.

Lorsqu'il commença à marcher il eut soin de mettre toujours la jambe gauche devant, afin que son pied fut plus étendu ; il s'appuyait sur une canne pour prévenir les faux-pas. Ayant été obligé de sortir au bout de six semaines, il substi-

tua pendant le jour la machine que nous allons décrire, au premier appareil qu'il mit encore la nuit pendant plus d'un mois.

Cette machine consistait en une pièce d'acier dont le milieu était étroit et fort, et les extrémités aplaties, minces et concaves, de façon que l'une embrassait la partie antérieure de la jambe, l'autre la partie supérieure du pied. Il y avait à sa partie antérieure trois anneaux, un sur chaque extrémité et l'autre au milieu.

Lorsque Monro avait mis son bas et son soulier, auquel il avait fait faire un talon de deux pouces de haut, il plaçait cette machine de façon que sa partie inférieure fût entre les orteils et la boucle du soulier, et que la supérieure appuyât sur la partie antérieure de la jambe ; ensuite il passait un ruban, ou une lanière de cuir dans chaque anneau des extrémités, et par leur moyen assujettissait la machine à la jambe et au pied. Il mettait dans l'anneau du milieu un troisième ruban, qu'il faisait passer sous le pied, tout contre le talon. Monro fit usage de cette machine pendant cinq mois ; pendant tout ce temps il se fit porter en chaise, lorsqu'il était obligé d'aller dans les rues. Quand il descendait un escalier : il posait le pied gauche le premier ; c'était, au contraire, le pied droit, quand il montait, évitant avec le plus grand soin de faire de grandes flexions du pied pour ne pas trop fatiguer le tendon. Monro ne perdit pas le fruit de tant d'attention : il ne lui resta ni douleur, ni raideur, ni faiblesse, ni même de marque sensible de son accident (1).

(1) Journal de Méd., tom. VIII, p. 141.

Desault employait un appareil qui n'est autre chose qu'une modification du premier bandage de Petit. Il consistait en une compresse simple, large de deux pouces, assez longue pour s'étendre depuis quatre pouces au delà du pied jusqu'au tiers inférieur de la cuisse; une bande longue de quatre à cinq aunes, large de trois travers de doigt, deux compresses languettes et graduées, de la charpie. Un aide soutenait le pied et la jambe, le premier dans l'extension, l'autre demi-fléchie; un autre aide maintenait la cuisse. Les enfoncemens qui se trouvent sur les côtés du tendon d'Achille étaient remplis avec de la charpie et des compresses graduées qui devaient être plus saillantes que le tendon. On étendait sur la plante du pied, le talon, la face postérieure de la jambe et de la cuisse la compresse longue qu'y assujettissaient les mains de quelques aides. Desault faisait avec la bande quelques circulaires autour de la partie antérieure du pied pour y fixer la bande, dont le bout, renversé sur les premiers circulaires, était arrêté par de nouveaux tours de bande qui couvraient tout le pied et étaient ensuite dirigés obliquement en haut et en bas vers la rupture, autour de laquelle ils formaient des 8 de chiffre. Remontant ensuite par circulaires, tout le long de la jambe et jusqu'à la partie inférieure de la cuisse, il renversait en cet endroit le bout supérieur de la compresse languette, et l'assujettissait par d'autres circulaires.

Cet appareil nous paraît moins propre à remplir avec exactitude toutes les indications, que le bandage unissant des plaies en travers, tel qu'on le construit aujourd'hui. Voici les pièces nécessaires pour faire ce bandage que nous avons

employé un grand nombre de fois, et toujours avec succès : 1.° deux bandelettes d'une toile forte, larges de trois travers de doigt, et assez longues pour s'étendre depuis au delà de la pointe du pied, jusqu'à la partie supérieure de la cuisse; l'une de ces bandelettes est divisée en deux chefs dans la moitié de sa longueur environ, l'autre présente à sa partie moyenne deux fentes longitudinales, longues d'environ trois pouces, séparées l'une de l'autre par un intervalle qui comprend le tiers moyen de la largeur de la bandelette; 2.° deux bandes roulées, larges de trois travers de doigt, longues de six à sept aunes; 3.° de la charpie, deux compresses larges d'un pouce, longues de cinq, épaisses comme le doigt; une troisième bande roulée d'une aune et demie de long.

L'application de ce bandage se fait de la manière suivante. Le malade est couché sur le dos, ou mieux encore sur le ventre, comme le recommande Petit; le pied est étendu sur la jambe, celle-ci fléchie sur la cuisse, et ces parties sont tenues dans cette position par des aides qui élèvent le membre à une distance convenable du lit. Le Chirurgien, placé au côté externe de la jambe malade, remplit les enfoncemens qui se trouvent sur les parties latérales du tendon d'Achille et derrière les malléoles avec de la charpie, sur laquelle il met les compresses languettes et épaisses, et il assujettit le tout avec quelques circulaires d'une bande roulée qu'il serre médiocrement de crainte qu'ils n'enfoncent les deux bouts du tendon et qu'ils ne leur fassent perdre le juste rapport dans lequel ils doivent être pour leur prompt et facile consolidation. Ensuite le Chirurgien place, le long de la partie postérieure

de la cuisse et de la jambe , la languette fendue , de manière que l'endroit où commence la fente corresponde un peu au-dessus de la rupture , et il la fait assujettir par un aide. Avec une des grandes bandes roulées , il fait trois ou quatre circulaires sur la partie inférieure de la cuisse , après avoir rempli le creux du jarret avec de la charpie , pour rendre la compression de la bande égale partout. Il renverse de haut en bas le bout supérieur de la languette fendue , et l'applique sur le jarret et le gras de la jambe : il conduit la bande roulée obliquement de haut en bas , derrière le jarret , vers la partie supérieure de la jambe , où il fait plusieurs circulaires sous lesquels se trouve le bout supérieur de la languette fendue , qu'il renverse plusieurs fois alternativement de bas en haut et de haut en bas pour l'empêcher de glisser ; il descend en formant des doloires jusqu'à la partie inférieure du mollet ; puis il renverse , de bas en haut , les deux chefs de la languette fendue , et confie à un aide le reste de la bande roulée. Cela fait , le Chirurgien place sur la plante du pied , le talon et la face postérieure de la jambe , la languette qui présente deux fentes dans le milieu de sa longueur , de manière que ces fentes correspondent à la rupture ; il prend la seconde bande roulée , avec laquelle il fait , sur toute l'étendue du pied et sur le talon , plusieurs circulaires sous lesquels il engage la portion de la languette qui dépasse les orteils , et la renverse plusieurs fois alternativement de devant en arrière et de derrière en devant. Ensuite , après avoir confié à un aide le globe de la bande , il engage les deux chefs de la languette supérieure dans les fentes de l'inférieure , tire ces deux languettes en sens contraire

parallèlement à l'axe du membre sur lequel il les couche; et pendant que deux aides les fixent, il fait, avec la bande roulée inférieure, des doloires en montant jusqu'à la partie supérieure de la jambe, pour arrêter l'extrémité supérieure de la languette inférieure; afin que cette extrémité soit fixée plus solidement, il a soin de la renverser plusieurs fois comme il l'a fait pour le bout inférieur. Le Chirurgien emploie la bande roulée supérieure en doloires sur la partie inférieure de la jambe et sur le pied pour fixer l'extrémité inférieure de la languette supérieure, qu'il renverse plusieurs fois de devant en arrière et puis dans le sens contraire sur la plante du pied, en couvrant chaque renversé d'un circulaire afin que la languette ne glisse point.

Ce bandage est très-propre, comme on voit, à maintenir le pied dans l'extension et la jambe dans la flexion; mais comme il est très-sujet à se relâcher, et qu'alors il ne remplit pas exactement l'objet qu'on se propose, on peut, en plaçant une attelle de bois sur la partie antérieure inférieure de la jambe et sur le dos du pied, empêcher les mauvais effets de ce relâchement. On rend la compression de l'attelle égale sur tous les points en remplissant ceux qui présentent quelques enfoncemens avec des coussinets de coton. Au reste, quel que soit le moyen que l'on emploie pour tenir le pied dans l'extension, ce mouvement ne doit pas être porté au delà du degré nécessaire pour mettre les deux bouts du tendon en contact immédiat. Une trop forte extension aurait plusieurs inconvéniens: elle serait douloureuse, peut-être même insupportable; elle rendrait, par la suite, le retour du pied à sa direction naturelle long et difficile; elle pourrait

nuire au juste rapport dans lequel les deux bouts tendineux doivent se trouver pour leur facile consolidation, en les faisant anticiper l'un sur l'autre, ou tout au moins en leur faisant former un angle rentrant en arrière et saillant en avant.

Lorsque l'appareil est appliqué, le malade se couche sur le côté, de manière que la jambe soit appliquée par sa face externe sur un oreiller, dont la partie supérieure doit être moins épaisse que l'inférieure, afin que le pied se trouve un peu plus élevé que le genou. Si le malade n'éprouve aucune douleur, ou si celle qu'il ressent est très-supportable, on ne touche au bandage que lorsqu'il est relâché. Alors on l'enlève pendant que des aides tiennent le pied étendu et la jambe fléchie, et on le réapplique aussitôt. L'usage du bandage doit être continué pendant cinquante à soixante jours. Pendant les huit ou dix premiers jours, le malade doit rester au lit; ensuite il peut se lever et se placer sur une chaise longue ou sur un canapé: il peut même marcher en s'appuyant sur deux béquilles et en soutenant le pied au moyen d'un chausson, au talon duquel on a cousu une lisière de drap qui est fixée en haut à des bretelles. Mais le malade ne doit marcher en appuyant à terre le pied du membre affecté qu'à l'époque où l'on cesse l'usage du bandage contentif, que l'on remplace alors par un bandage roulé, modérément serré. Il ne doit marcher que sur un terrain uni, avec l'attention de porter un soulier dont le talon soit élevé, et de mettre toujours en avant la jambe malade afin que le pied soit plus étendu. Quand il monte un escalier, il doit poser le pied sain le premier; le pied malade au contraire, quand il descend,

évitant avec le plus grand soin de faire de grandes flexions de ce pied, pour ne pas trop fatiguer le tendon. Les malades qui négligent ces précautions, et surtout ceux qui marchent trop tôt, s'exposent à rompre la cicatrice au moindre faux-pas. Les deux bouts du tendon s'écartent alors de nouveau, mais moins que la première fois, et l'on est obligé de recommencer le traitement. Il ne reste ordinairement aucune trace de la cicatrice des deux bouts du tendon d'Achille rompu; quelquefois cependant il se forme à l'endroit de cette cicatrice un tubercule ou bourrelet, dont le volume diminue peu-à-peu, mais qui ne s'efface presque jamais entièrement. Ce bourrelet n'est pas douloureux et ne nuit en rien aux fonctions du tendon. La compression exercée sur la jambe, par le bandage, en diminue plus ou moins la grosseur; mais lorsqu'on cesse l'usage du bandage, ce membre reprend du volume, se tuméfie même, et pour prévenir cette tuméfaction ou y remédier lorsqu'elle existe déjà, le malade est obligé de porter un bas lacé. L'immobilité dans laquelle on tient le pied et la jambe rend les articulations du pied et du genou raides: mais cette raideur ne tarde pas à se dissiper; et si pour la faire disparaître on fait exécuter au pied des mouvemens de flexion, il faut bien se donner de garde de les porter trop loin.

La rupture du tendon d'Achille est rarement accompagnée d'une douleur et d'un gonflement inflammatoires assez considérables pour que l'on ne puisse pas procéder à l'application de l'appareil dont nous venons de parler ou de tout autre analogue, le jour même de l'accident ou le lendemain. Quand cela a lieu, toutefois, on combat cette inflammation par les saignées, la diète, les

cataplasmes émolliens, et l'on a soin en même temps de tenir la jambe légèrement fléchie et le pied dans une extension modérée, sans comprimer la jambe. La pantoufle de Petit est très-propre à remplir cet objet; mais à son défaut, on peut se servir d'une pantoufle ordinaire au talon de laquelle on coud une lisière de drap ou une courroie qu'on fixe supérieurement à quelques circulaires d'une bande roulée placée à la partie inférieure de la cuisse.

Le tendon d'Achille peut être divisé en travers dans toute son épaisseur ou dans une partie de son épaisseur, par un instrument tranchant, tel qu'une faux, un sabre, une hache, ou par le fragment d'un vase de faïence que l'on casse en prenant un bain de pied. Cette plaie, pour la réunion de laquelle les anciens pratiquaient la suture du tendon, doit être traitée comme la rupture de ce tendon, sans lésion des tégumens. La flexion légère de la jambe et l'extension modérée du pied suffisent pour mettre en contact immédiat les deux bouts du tendon divisé; on maintient les parties dans cette position par quelque'un des bandages dont nous avons parlé. La pantoufle de Petit, ou à son défaut, une pantoufle ordinaire disposée comme nous l'avons dit plus haut est le plus convenable, parce qu'il n'exerce aucune compression sur la partie blessée, et qu'on n'est point obligé de le lever pour panser la plaie des tégumens. Lorsque l'instrument qui a divisé les parties a agi perpendiculairement à la surface du membre, la position du pied, nécessaire pour mettre en contact les deux bouts du tendon, suffit aussi pour affronter exactement les bords de la plaie extérieure et les placer dans le juste rapport où ils doivent être

pour leur réunion immédiate : alors on doit se contenter de couvrir la plaie avec de la charpie sèche, que l'on soutient avec une compresse et quelques tours de bande peu serrés et purement contentifs. Mais lorsque l'instrument a blessé obliquement, que la plaie des tégumens est à lambeau, il arrive quelquefois que le lambeau se replie sur lui-même, de manière que les deux lèvres de la division ne se touchent pas par leur surface saignante, et que l'on est obligé d'employer des bandelettes agglutinatives pour les mettre dans le rapport nécessaire à leur consolidation. On a vu quelquefois le lambeau tomber en gangrène et laisser à nu les deux bouts du tendon, ce qui n'a pas empêché les malades de guérir.

Lorsque l'instrument qui a fait la plaie est bien tranchant, que la section est nette et n'intéresse que la peau et le tendon dans toute son épaisseur, la guérison de la plaie des tégumens peut être complète en huit ou dix jours et même plus tôt ; mais celle du tendon se fait attendre beaucoup plus long-temps ; elle n'a guère lieu qu'après cinquante ou soixante jours, et pendant tout ce temps on doit tenir le pied dans une extension modérée ; et lorsque le malade commence à marcher, il doit prendre toutes les précautions que nous avons indiquées précédemment. Si l'instrument vulnérant a agi autant en déchirant et en contondant qu'en tranchant, il est presque impossible que la plaie guérisse sans suppurer : il survient alors un gonflement inflammatoire plus ou moins grand qui réclame l'usage des moyens antiphlogistiques, tant généraux que locaux, et qui amène la suppuration de la plaie : il se forme même quelquefois des abcès dont on est obligé de faire l'ouverture.

Une plaie dans laquelle le tendon d'Achille est coupé en travers dans toute son épaisseur peut être compliquée de la lésion de l'artère tibiale postérieure et d'une hémorragie qui pourrait devenir funeste si l'on ne se hâtait de l'arrêter. Dans un cas de cette espèce, on a employé avec succès le cautère actuel ; mais ce moyen est bien moins sûr que la ligature de l'artère au-dessus et au-dessous de l'endroit où elle est ouverte. On ne doit donc pas hésiter alors à mettre cette artère à découvert par une incision longitudinale, et à la lier, soit en la saisissant avec une pince à dissection, soit en passant autour d'elle un fil, au moyen d'une aiguille courbe.

Lorsque le tendon d'Achille s'est exfolié en partie ou en totalité à la suite de la gangrène, d'un abcès, d'un ulcère, ou qu'on en a retranché une partie, il se forme à sa place une substance dure, calleuse qui en tient lieu ; mais alors le malade ne marche qu'avec peine, même sur un terrain uni, et il éprouve la plus grande difficulté à monter un escalier. Cependant, avec le temps et par l'usage des bains émolliens mucilagineux et des embrocations, la partie devient plus souple, les mouvemens de flexion et d'extension du pied acquièrent insensiblement plus d'étendue, et les malades finissent par marcher avec assez de facilité et même sans claudication.

Les plaies dans lesquelles le tendon d'Achille n'est divisé que dans une partie de son épaisseur doivent être traitées de la même manière que celles où il est entièrement coupé. Si ces plaies sont accompagnées d'accidens nerveux et inflammatoires graves, ce qui est rare, ces accidens ne dépendent point de la lésion même du tendon, mais bien de la piquûre, de la déchirure de

quelques filets nerveux, ou d'une cause étrangère à la plaie. La section complète du tendon, recommandée avec tant de confiance par les anciens, et entièrement abandonnée aujourd'hui, ne ferait pas cesser les accidens, qu'on doit combattre par les remèdes antiphlogistiques tant généraux que locaux. Quand ces plaies sont guéries, il reste toujours un enfoncement à l'endroit de la cicatrice, comme après la rupture incomplète du tendon.

De la Rupture du Tendon du Plantaire grêle.

La maladie de la jambe connue vulgairement sous le nom de *coup de fouet* a été regardée par presque tous les auteurs comme la rupture du tendon du muscle plantaire grêle; mais comme cette rupture n'a été constatée par aucune observation anatomique, et qu'on ne peut la reconnaître par le toucher, plusieurs ont douté de sa réalité. Ils fondent leur doute sur ce que le muscle jambier ou plantaire grêle ne contribue presque en rien au mouvement du pied dans lequel l'accident dont il s'agit arrive, et sur ce que les symptômes qui l'accompagnent ne sont point en rapport, par leur nombre, par leur intensité et leur durée, avec la rupture d'un tendon aussi petit que celui du muscle plantaire grêle. Ils pensent que cet accident consiste dans la rupture de quelques-unes des fibres aponévrotiques ou des fibres charnues des muscles jumeaux ou du soléaire. Quoi qu'il en soit, l'accident est toujours produit par la contraction violente du muscle dont le tendon, les fibres aponévrotiques ou quelques fibres charnues se déchirent; et cela a lieu ordinairement lorsque le pied porte à faux et qu'on

veut se retenir. Voici les phénomènes qui l'accompagnent.

Au moment où la rupture s'opère, le malade entend un bruit, un claquement semblable à celui d'un fouet ou d'une baguette dont il croit être frappé à la jambe; il éprouve une douleur vive et subite dans le mollet; la progression devient aussitôt douloureuse et difficile; la jambe se tuméfie et le malade la tient naturellement fléchie. La douleur répond à la partie inférieure interne du mollet. Cette douleur, qui ordinairement force le malade à garder le lit au moins pendant un mois, est plus supportable lorsqu'il tient la jambe fléchie et le pied étendu. S'il marche trop tôt et avant que les parties déchirées soient réunies, il éprouve au moindre faux pas une nouvelle rupture accompagnée d'ecchymose et de gonflement de la jambe. Chez quelques malades, il se forme dans le centre ou vers le bas du mollet une petite tumeur dure, circonscrite, indolente ou peu douloureuse, qui subsiste long-temps après la consolidation de la rupture.

Le traitement de cette maladie consiste à faire garder le repos pendant un mois ou six semaines, à tenir la jambe un peu fléchie et le pied dans une extension modérée; à combattre le gonflement, la tension et la douleur par les topiques émoulliens et anodins, que l'on remplace plus tard par les résolutifs, surtout s'il y a ecchymose. Lorsque le malade commence à marcher, il doit faire usage d'un bas lacé médiocrement serré, et prendre toutes les précautions convenables pour éviter une action trop forte des muscles extenseurs du pied. S'il s'est formé une tumeur dans le gras de la jambe, on doit chercher à en favoriser la résolution par le moyen des topiques

fondans. J'ai employé une fois avec succès un emplâtre composé avec deux parties d'emplâtre de savon, une partie de *vigo cum mercurio* et une partie de diachylon gommé. Dans un autre cas, cet emplâtre a été complètement inutile, et la tumeur ne s'est dissipée que par l'usage des eaux de Barège prises en bains et en douches à leur source, pendant deux saisons.

De la Rupture du Ligament de la Rotule.

On a des exemples incontestables de la rupture du ligament qui attache la rotule au tibia ; mais ce ligament est si fort qu'il résiste à une contraction des muscles extenseurs de la jambe capable de fracturer la rotule, et qu'il faut, pour le rompre, le concours de cette contraction et celui d'une violence extérieure, comme on va le voir par les observations suivantes.

Un homme, le soir, en traversant un passage qu'il croit être de plein-pied, rencontre deux marches à descendre ; le talon du pied gauche frappe d'aplomb le pavé qui se trouve au-dessous d'elles : aussitôt le genou fléchit et il tombe assis sur sa jambe, de manière que son talon gauche touche la fesse, et que sa jambe droite se trouve étendue horizontalement devant lui. Il veut essayer de se relever seul, mais c'est envain, quoiqu'il ait retiré auparavant à l'aide de ses mains, sa jambe de dessous lui. Deux personnes qui passent le relèvent ; étant debout, sa jambe se fléchit involontairement, et il ne peut en aucune manière se tenir dessus. Dans l'impossibilité de faire un seul pas, il prend le parti de se faire sortir de ce lieu à reculons, pour que sa jambe, qui

a une disposition naturelle à se fléchir, reste toujours tendue. Pour se placer dans la brouette qui doit le porter, chez lui, il éprouve une impuissance absolue de soulever sa jambe, ce qui lui suggère un moyen de contre-balancer l'action des muscles fléchisseurs : il attache à son soulier une corde qu'il tient à sa main pour suppléer à l'action des extenseurs. A la faveur de cet expédient que l'instinct seul indiquait, il soutient sa jambe et est ramené à son domicile.

En examinant le genou immédiatement après l'accident, on trouve que la rotule est dans sa parfaite intégrité, et qu'elle est seulement un peu remontée : entre elle et la tubérosité du tibia, on sent un vide considérable, car on peut aisément y placer deux doigts, tant il est profond : en faisant mouvoir la rotule à droite et à gauche, on s'aperçoit qu'elle n'est plus retenue au tibia par son ligament : une petite portion de ce ligament tient encore à la tubérosité du tibia ; mais en portant le doigt de cette tubérosité vers la rotule, on soulève celle-ci de manière à sentir l'éminence qui sépare les cavités articulaires du tibia. Ces phénomènes ne laissent aucun doute sur la nature de l'accident, ni sur le traitement qu'il convenait de lui opposer.

Le malade garda le lit pendant trois mois, la jambe étant toujours dans l'extension. On ramena la rotule à sa place naturelle pour mettre en contact les deux bouts du ligament rompu, et on l'y maintint au moyen d'un bandage qui consistait en un circulaire large de quatre travers de doigt, d'un cuir assez solide, garni d'un bon matelas, le tout recouvert de peau de chamois ; à l'une de ses extrémités tenaient trois cour-

roies de fil , à l'autre trois petites boucles pour les recevoir et pour les serrer toutes les fois qu'il était nécessaire. Ce circulaire était placé à la partie inférieure de la cuisse , contre le bord supérieur de la rotule , et au-dessus des condyles du fémur : sur ce circulaire étaient attachées trois courroies matelassées aussi : l'une passait sur la rotule , les deux autres sur les parties latérales ; elles allaient se terminer à un second circulaire placé à la partie inférieure de la jambe , et s'y attachaient à trois boucles par le moyen desquelles on faisait descendre à volonté la rotule et on la maintenait ainsi descendue en serrant plus ou moins les courroies. Le circulaire inférieur était fixé dans sa place par une courroie qui passait sous le pied en forme d'étrier. Ce bandage quoique fort simple présentait les avantages qu'on pouvait désirer. Sans le déranger , on voyait tout ce qui se passait sur la rotule et sur le trajet du ligament rompu. Le malade en fit usage pendant trois mois qu'il passa dans son lit. Le genou recouvra peu-à-peu sa flexibilité et sa force naturelles , et il n'est resté aucune trace de la maladie (1).

Un jeune homme de vingt-cinq ans , venait d'une cour pour entrer dans une salle , où il y avait deux marches à descendre ; la pointe de son pied fut retenue par un pavé , et ce faux pas le fit tomber au-delà des marches ; le genou fléchit ; tout l'effort se porta du côté de la flexion , la résistance des muscles extenseurs , la situation fixe de la rotule , l'attitude du malade , tout favorisa la rupture du ligament de la rotule. Le malade

(1) Journal de Médecine , tom. 29 , pag. 342.

se releva, mais il ne put s'appuyer sur le pied, ni mouvoir la jambe. La tension et le gonflement de l'articulation survinrent si promptement qu'il fut impossible de s'assurer dans le moment de la rupture du ligament, ni même de la situation de la rotule. Un Chirurgien, ami du malade, le traita pendant quelque temps sans succès. Comme le gonflement persistait, toute espèce de mouvement était impossible. Les topiques ordonnés par plusieurs Chirurgiens diminuèrent l'engorgement et l'on put sentir la rotule et une dépression au dessous d'elle, dans le centre de l'articulation. La rotule était logée deux bons travers de doigt au dessus des condyles. Elle était immobile et fortement attachée aux muscles vastes interne et externe. L'on mit tout en usage pour la replacer, mais inutilement. Le malade resta près d'un an sans marcher. Par la suite il essaya de le faire; il descendait sans peine un escalier, mais il ne pouvait le monter que très-difficilement; il boitait peu, mais il ne pouvait se mettre ni rester à genou. On crut devoir placer sur le lieu qu'aurait dû occuper la rotule un petit bourrelet attaché par des cordons autour du genou. Les mouvemens devinrent plus libres, la jambe pliait avec facilité, et la station fut beaucoup plus aisée (1).

Le ligament de la rotule peut se rompre dans sa continuité, ou bien l'une ou l'autre de ses extrémités peut se séparer de l'os auquel elle est attachée. Cette rupture a lieu dans une chute sur le genou, la jambe étant portée subitement dans le plus grand degré possible de flexion, tan-

(1) Duverney, Maladies des Os, tom. I, pag. 394.

dis que la rotule est tirée en haut par la contraction des muscles extenseurs. On reconnaît cette rupture aux phénomènes suivans : le malade ne peut se relever ; sa jambe a une tendance singulière à se fléchir et il ne peut l'étendre volontairement. Si l'on examine le genou immédiatement après l'accident, et avant qu'il soit survenu du gonflement, on remarque que la rotule est remontée, que son sommet est dirigé en devant, et qu'elle jouit d'une mobilité latérale beaucoup plus grande que dans l'état naturel, lorsque son ligament est le plus relâché qu'il soit possible : on sent sous la peau, à l'endroit de la rupture, un enfoncement ou vide considérable ; si l'on pousse le doigt de bas en haut sous le sommet de la rotule, on peut soulever cet os, au point de distinguer au toucher l'éminence qui sépare les deux faces articulaires du tibia. Ces signes ne laissent aucun doute sur la rupture du ligament de la rotule ; mais comme cette rupture a lieu dans une chute sur le genou, et que cette partie est plus ou moins contuse, il survient quelquefois un gonflement si considérable qu'il est impossible de reconnaître la rupture ; ce n'est qu'après la disparition de cet engorgement que l'on peut s'en assurer et souvent alors il est bien difficile d'y remédier.

Dans le traitement de la rupture du ligament de la rotule, on doit avoir pour objet de mettre en contact les parties divisées, et de les y maintenir pendant tout le temps nécessaire à leur consolidation. On remplit cet objet en plaçant la jambe dans l'extension, en rapprochant la rotule de la tubérosité du tibia, et en maintenant ces parties dans cette position. Le bandage unissant, que nous avons décrit plus haut, est très-propre

à produire ce double effet. On doit en faire l'application immédiatement après l'accident, s'il n'y a point de gonflement; mais s'il en est survenu, qu'il y ait tension et douleur, on combattra ces accidens par les moyens antiphlogistiques; et lorsqu'ils seront dissipés, si la rotule peut encore être ramenée vers le tibia, on appliquera le bandage unissant. L'emploi de ce bandage doit être continué au moins pendant deux mois. Alors on le remplace par un bandage roulé, médiocrement serré, et on commence à faire exécuter à la jambe de légers mouvemens de flexion : bientôt après, on permet au malade de marcher, et on lui recommande de prendre toutes les précautions convenables pour éviter une trop forte contraction des muscles extenseurs et une flexion considérable de la jambe.

Lorsque la rupture du ligament de la rotule n'est accompagnée que d'une légère contusion, et qu'il n'est pas survenu un gonflement assez considérable pour empêcher d'appliquer le bandage dans les premiers jours de la maladie, le malade peut guérir complètement, et le genou recouvrer, avec le temps, sa mobilité et sa force naturelles. Mais lorsque la rupture du ligament est accompagnée d'une forte contusion, et qu'il survient un gonflement si considérable qu'il ne permet pas d'employer le bandage unissant, alors même qu'il n'empêche point de reconnaître la rupture, le malade n'est pas aussi sûr de guérir radicalement, et il court risque de rester boiteux.

La division transversale du ligament de la rotule, par un instrument tranchant, présente les mêmes indications que la rupture de ce ligament, et doit être traitée de la même manière. Si l'in-

strument n'a pas pénétré dans l'articulation, la plaie peut guérir comme une plaie simple; mais il ne faut point permettre au malade de marcher avant que la cicatrice du ligament soit très-solide, dans la crainte qu'elle ne se déchire au premier mouvement de flexion de la jambe. Lorsque l'articulation est ouverte, les choses ne se passent pas toujours aussi heureusement, et l'on ne doit négliger aucun des moyens propres à prévenir les accidens dont ces sortes de plaies sont fréquemment accompagnées, et à les combattre lorsqu'ils sont survenus.

De la Rupture du Tendon des Muscles extenseurs de la Jambe.

Le tendon des muscles extenseurs de la jambe est si fort que l'on serait porté à croire qu'il n'est pas susceptible de se rompre. Cependant, après le tendon d'Achille, c'est celui dont la rupture a été le plus souvent observée. Ruysch (1) l'a vue deux fois sur des hommes qui, habitués à serrer leurs guêtres au-dessus du genou, jusqu'au point de gêner les mouvemens de cette articulation, étaient tombés la jambe fléchie. Ils ne purent ni se relever, ni se tenir debout sans être soutenus par deux personnes. En palpant le genou, on sentait entre le bord supérieur de la rotule et le tendon cassé, un écartement d'un travers de doigt. Ces malades ont gardé le lit pendant plusieurs mois, néanmoins ils sont restés estropiés et n'ont pu marcher qu'à l'aide d'un bâton. J. L. Petit dit avoir fait construire par un Chirurgien, très-expert pour les

(1) *Adversar. Anatom. Medic.*, Decad. II, p. 5.

bandages, une machine pour suppléer au tendon du muscle droit extenseur de la jambe qu'un officier hollandais s'était rompu en sautant un fossé. Petit ajoute que deux autres personnes ont éprouvé le même accident et en sont guéries, à cela près, que, comme la réunion de ce tendon ne peut jamais se faire parfaitement, jamais aussi l'extension de la jambe ne peut être aussi parfaite qu'avant la blessure. Quelquefois la rupture du tendon des muscles extenseurs de la jambe a des suites beaucoup plus fâcheuses. Molinelli (1) rapporte l'observation d'un malade qu'il a traité pendant deux mois en maintenant la jambe dans la plus grande extension possible, et qui ne put néanmoins marcher librement après son traitement. Il était exposé à tomber quand il montait un escalier, quoique soutenu par un bâton. Pour remédier à cet inconvénient, Molinelli fit construire un bandage qui eut tout le succès que l'on pouvait en attendre. Ce bandage consistait en une bande circulaire de chamois, fixée au bassin, et une seconde bande circulaire fixée à la jambe, immédiatement au-dessous de la rotule. A cette seconde bande étaient cousues trois courroies longitudinales, l'une moyenne qui passait sur la rotule et sur la partie antérieure de la cuisse, et deux latérales peu éloignées de celle du milieu. Ces trois courroies s'attachaient par des boucles à la bande circulaire supérieure afin de maintenir la rotule, de la tirer en haut et de suppléer à l'action des muscles extenseurs de la jambe.

La rupture du tendon des muscles extenseurs de la jambe n'a pas toujours d'aussi mauvais ré-

(1) *Bonon. Scient. et Art. justit. Commen.*, par. 2, p. 9.

sultats, comme on peut le voir par l'observation suivante. Un homme tomba, les deux jambes pliées sous lui, et se fit une rupture incomplète des fibres tendineuses qui s'attachent à la rotule gauche, et une rupture complète du tendon qui s'attache au bord supérieur de la rotule droite, laquelle se déplaça et fut portée en dehors vers la tête du péroné. La douleur et le gonflement exigèrent d'abord l'application des cataplasmes. La rotule droite fut replacée et les deux jambes maintenues pendant quarante jours dans une grande extension. Ce terme expiré, le malade fit d'abord quelques pas en se soutenant sur des béquilles ; ensuite il marcha à l'aide d'une canne : enfin, dix-huit mois après son accident, la progression était si facile, que cet homme put se procurer le plaisir de la chasse (1).

J'ai observé une rupture du tendon des muscles extenseurs de la jambe, dont le malade a guéri parfaitement. Un jeune homme de vingt à vingt-deux ans perdit l'équilibre en patinant sur la glace, et fut en danger de tomber à la renverse ; dans l'effort qu'il fit pour ramener le corps en avant, il se rompit le tendon des muscles extenseurs de la jambe droite : il tomba pourtant et se fractura le fémur du même côté dans sa partie moyenne. On le porta à l'hôpital de la Charité. On sentait au-dessus de la rotule un vide d'un travers de doigt qui augmentait lorsqu'on fléchissait la jambe et qui diminuait quand on l'étendait. Dans le traitement de cette double maladie j'eus l'attention de placer sous la jambe des coussins de balle d'avoine assez épais pour mettre la jambe dans la plus grande extension

(1) Mélanges de Chirurgie, par Saucerotte, p. 406.

possible. Le malade resta au lit pendant trois mois, quoique la fracture fut consolidée au bout de cinquante jours. Ensuite il commença à se lever et à marcher en se soutenant sur des béquilles, qu'il remplaça au bout d'un mois par une canne. Enfin, un an après son accident, il marchait sans aucun appui avec la même facilité qu'avant son accident.

La rupture du tendon des muscles extenseurs de la jambe peut avoir lieu par la seule contraction violente de ces muscles; mais le plus souvent elle dépend et de cette contraction et d'une violence extérieure. Après une chute sur le genou, la jambe étant fléchie, l'impossibilité où est le malade de se relever et de se tenir debout sans être soutenu par une ou deux personnes fait présumer cette rupture : la mobilité de la rotule, plus grande que dans l'état naturel, l'enfoncement que l'on remarque au-dessus de cet os, la font connaître sûrement. Cet enfoncement, qui augmente quand on fléchit la jambe et diminue quand on l'étend, dépend de la rétraction des muscles extenseurs qui éloignent de la rotule les fibres tendineuses rompues.

Il est facile de voir, par les observations que nous avons rapportées, combien est incertain le pronostic de la rupture du tendon des muscles extenseurs de la jambe, puisque quelques malades sont guéris complètement, et que les autres sont restés en quelque sorte estropiés. Il n'en est pas de même de l'indication curative de cette maladie : elle est positive, et consiste à mettre en contact les parties divisées, et à les y maintenir pendant tout le temps nécessaire pour leur consolidation. On remplit cette indication en poussant ces parties l'une vers l'autre au moyen

du bandage unissant des plaies transversales, en tenant la jambe dans la plus grande extension possible, et en faisant garder le lit au malade pendant l'espace de deux mois. Lorsqu'on croira qu'il peut commencer à se lever et à marcher, on lui recommandera toutes les précautions dont nous avons parlé en traitant de la rupture du ligament de la rotule.

La division transversale du tendon des muscles extenseurs de la jambe, par un instrument tranchant, présente la même indication que sa rupture; mais comme ce tendon ne peut être divisé dans toute son épaisseur sans que l'articulation soit ouverte, on doit craindre alors les accidens graves qui accompagnent fréquemment les plaies qui pénètrent dans les articulations, et employer les moyens propres à prévenir ces accidens, à les combattre lorsqu'ils sont survenus.

CHAPITRE IV.

Des Cornes de la Peau.

ON a donné le nom de cornes à des excroissances dures, coniques, dont la substance est analogue à celle des ongles, et qu'on voit naître quelquefois en certains endroits du corps de l'homme. On trouve dans les auteurs un assez grand nombre d'exemples de cornes plus ou moins singulières par leur nombre, leur situation, leur forme ou leurs dimensions.

Ingrassias (1) dit avoir vu à Palerme avec Jacques à Soris, Chirurgien, une jeune fille dont différentes parties du corps, et surtout les mains, les avant-bras, les genoux, la tête et le front étaient couverts d'excroissances cornées, recourbées, terminées en pointe à l'instar des cornes d'un veau. Ces végétations naissaient de la surface de la peau et lui adhéraient par une base sensible au toucher. Elles étaient formées de lames appliquées les unes aux autres, et dont les plus petites correspondaient au sommet de l'excroissance. Leur dureté et leur adhérence intime à la peau les avaient fait regarder comme incurables par les médecins qui avaient été consultés. Elles existaient depuis plusieurs années, prenaient de l'accroissement et se multipliaient, lorsque la malade recourut enfin aux soins d'Ingrassias qui la guérit en peu de jours, et fit disparaître jusqu'aux moindres traces de cette maladie hideuse. Mais Ingrassias ne dit point par

(1) Tom. I, de *Tum. præternat.* pag. 336.

quels moyens il a opéré une cure aussi prompte et aussi extraordinaire.

Fabrice de Hildan (1) rapporte l'observation d'une jeune fille du canton de Berne qui avait le dos et les membres, tant supérieurs qu'inférieurs, couverts de végétations cornées dont quelques-unes avaient deux travers de doigt de longueur. Leur couleur était brunâtre, quelques-unes étaient recourbées, mais la plupart étaient droites. Après avoir préparé la malade par un bon régime, les apozèmes amers et les remèdes propres à provoquer les règles, on l'envoya à une source d'eaux thermales, dans les environs de Berne. L'usage de ces eaux fit tomber les excroissances et la malade retourna chez ses parens ; mais l'état d'indigence où elle se trouvait ne lui ayant pas permis de suivre le régime, d'employer les médicamens et les soins de propreté que lui avaient conseillés les médecins, les excroissances se reproduisirent au bout d'un an ; et, quoique moins nombreuses que la première fois, la malade ne pouvait se tenir debout, ni marcher, ni s'asseoir, ni se coucher sur le dos sans souffrir. Elle perdit ses forces peu-à-peu, et finit par succomber.

Saint Georges Ash rapporte une observation analogue aux deux précédentes, dans les *Transactions Philosophiques*, année 1678, n.° 176. Anne Jackson naquit dans le comté de Waterford en Irlande, de parens pauvres, mais fort sains. A l'âge d'environ trois ans, il lui poussa sur presque toutes les parties du corps, mais particulièrement autour des articulations, des excroissances cornées, dont deux, plus remarquables à la pointe

(1) *Cent. II, Obs. 25.*

de chaque coude, étaient semblables à des cornes de bélier, et celle du coude gauche avait environ un demi-pouce de largeur, sur quatre pouces de longueur. Il y en avait un grand nombre sur les fesses, et elles étaient assez molles pour s'être aplaties par la compression que le poids du corps leur faisait éprouver lorsque la malade était assise. La peau des pieds, des jambes, des mains, des bras et du cou était dure, calleuse et semblable à de la corne. Cette fille, qui avait treize ou quatorze ans lorsqu'elle fut examinée par Ash, jouissait d'une parfaite santé, mais elle n'était point sujette encore à l'évacuation périodique de son sexe.

Les exemples d'une seule corne sur le même individu sont plus nombreux que ceux des cornes multiples. Nous pourrions en citer un grand nombre; mais nous nous bornerons aux trois suivans qui nous paraissent très-remarquables. Mézeray dit dans son Histoire de France, qu'en l'année 1599 il se trouva au pays du Maine un paysan nommé François Trouillu, âgé de 35 ans, portant à la tête une corne qui avait percé dès l'âge de 7 ans. Elle était cannelée en lignes droites, et se rabattait en dedans comme pour pénétrer dans le crâne. Ce paysan s'était retiré dans les bois pour cacher cette difformité monstrueuse, et y travaillait aux charbonnières. Un jour que le maréchal de Lavardin allait à la chasse, ses gens ayant vu ce paysan qui s'enfuyait; coururent après; et comme il ne se découvrait point pour saluer leur maître, ils lui arrachèrent son bonnet, et ainsi aperçurent cette corne. Le maréchal fit venir cet homme à la cour, le présenta à Henri IV, et il fut donné en spectacle à Paris à tout le monde. Désespéré de

se voir promener comme un ours, il en conçut tant de chagrin qu'il en mourut bientôt après. De Thou, qui a été témoin de ce fait, ajoute (liv. CXXIII) que cette corne, placée au côté droit du front, s'étendait en se recourbant vers le côté gauche, de sorte que la pointe retombait sur le crâne, et aurait blessé la peau si on ne l'eût coupée de temps en temps; alors il ressentait de grandes douleurs, comme aussi lorsque les spectateurs la touchaient un peu rudement. Cet homme est le même que celui qu'Emmanuel Urtisius dit avoir vu à Paris, et dont il a communiqué l'observation à Fabrice de Hildan qui a placé à la suite de l'observation le portrait de cet homme, d'après une estampe qu'Urtisius avait apportée de Paris (1).

Une dame de Tournai, âgée de 78 ans, portait depuis quatre ans à la partie postérieure et inférieure de la cuisse gauche, à quatre travers de doigt au-dessus du jarret, une corne assez semblable à celle des béliers; sa longueur était de neuf pouces quatre lignes, sa grosseur vers la racine, de trois pouces, et d'un pouce huit lignes à son extrémité. Cette dame en ressentait de vives douleurs depuis quelques mois, qu'une partie de la racine s'était détachée. Cette excroissance n'étant plus soutenue que par une partie grosse comme un tuyau de plume à écrire, elle exerçait un tiraillement continu, qu'augmentait le moindre mouvement. On coupa la partie qui retenait la corne attachée à sa base, et on extirpa avec le bistouri la racine avec tout le corps adipeux qui était derrière. Il résulta de cette opération une plaie de la largeur d'un

(1) *Fabricius Hildanus, cent. II, obs. 25.*

écu de six livres. On traita cette plaie comme une plaie simple, et elle fut guérie au bout de six semaines (1).

Une autre femme des environs de Tournai, âgée de 66 ans, portait depuis vingt-six ans une corne à la partie moyenne et interne de la cuisse droite. La longueur de cette excroissance était de dix pouces huit lignes; sa grosseur à la base était de trois pouces, et de quatorze lignes à son extrémité. Comme cette corne heurtait contre la cuisse gauche, elle gênait beaucoup cette femme en marchant. Pendant dix-sept ans elle la coupa de temps en temps; mais elle repoussait. Au bout de ce temps elle ne put la couper à cause de la douleur que cela lui occasionnait. En 1756 la corne se sépara de sa racine et tomba; un mois après la racine elle-même se détacha, et alors cette femme souffrit des douleurs horribles; il se forma une croûte qui, étant tombée, fit apercevoir un ulcère cancéreux accompagné d'un écoulement sanieux. Le membre se dessécha; la jambe se contracta vers la cuisse; les douleurs persistèrent jusqu'à la mort, qui arriva six mois après la chute de la corne (2).

Il paraît que les hommes sont moins sujets que les femmes aux excroissances cornées qui peuvent, comme on vient de le voir, se développer dans toutes les parties du corps, mais qu'on rencontre plus souvent à la tête et aux cuisses que partout ailleurs. On a vu des cornes s'élever de la surface d'une plaie; le plus souvent elles commencent par un petit tubercule dur,

(1) Journal de Méd., tom. XIV, p. 45.

(2) *Ibid.*

conique, ayant l'apparence d'une verrue : ce tubercule s'allonge peu-à-peu, devient de plus en plus dur, se courbe à mesure qu'il grandit, et prend une figure assez semblable à celle de la corne d'un bélier : circonstance qui n'a pas moins contribué que la dureté à faire regarder les excroissances dont il s'agit comme des cornes. Lorsqu'on ne retranche point de temps en temps une portion de ces végétations, elles peuvent acquérir une longueur excessive. La base des cornes, implantée dans le tissu de la peau, sans adhérer à l'os sous-jacent, est mobile et sensible. Sous ce rapport, comme sous beaucoup d'autres, ces excroissances diffèrent essentiellement de certains prolongemens osseux, cylindriques, un peu recourbés à leur extrémité, qui se développent sur les os de la tête ou sur les os longs des membres, et auxquels plusieurs auteurs ont donné improprement le nom de cornes. Ces prolongemens osseux sont de véritables exostoses bénignes, très-dures, qui n'ont aucune mobilité, et naissent de la substance même de l'os dont elles sont comme une apophyse. La surface des cornes est grisâtre ou jaune, et sillonnée longitudinalement. Leur substance est fibreuse, très-solide, et donne, par son ustion, la même odeur que celle de la corne; elle est dissoluble en grande partie dans l'acide nitrique affaibli.

On pense que les cornes sont produites par le prolongement et l'induration de l'épiderme et du corps muqueux qui couvre les papilles nerveuses de la peau; mais on ne connaît point la cause qui donne lieu à leur développement. Dénuées de vaisseaux et de nerfs, ces excroissances ne jouissent d'aucune sensibilité, et lorsqu'elles font souffrir, les douleurs dépendent du

tiraillement et du soulèvement de la peau sur laquelle elles sont implantées. On lit dans le tome V des Mémoires de la Société royale de Médecine, l'observation d'un homme de 35 ans qui portait sur la partie latérale droite de la tête, à-peu-près dans le milieu de l'espace compris entre l'œil et l'oreille, une corne qui lui causait de vives souffrances. La peau était soulevée et très-sensible vers la base, la douleur s'étendait à toute la peau de la tête : il était impossible de toucher un peu fortement le cuir chevelu en aucun point sans qu'il en résultât une espèce de vibration qui se dirigeait vers cette excroissance; le froid y causait une impression très-fâcheuse, et en général tout ce qui y portait l'ébranlement le plus léger, y excitait une sensation très-vive, et qui durait long-temps. Mais ce cas est peut-être l'unique, et presque toujours les cornes ne causent aucune douleur; ceux qui les ont peuvent les porter long-temps sans éprouver d'autre incommodité que celle qui résulte de la pression qu'elles exercent sur les parties voisines, comme cela a lieu quelquefois lorsqu'elles sont situées à la partie interne de la cuisse. Cependant les cornes peuvent causer beaucoup de douleur lorsque leur racine se sépare en partie de la peau, et que l'excroissance n'étant plus soutenue que par un pédicule très-mince, il se fait un tiraillement continuel; mais ce cas est extrêmement rare.

Les cornes se détachent quelquefois spontanément; mais leur chute est rarement suivie d'une guérison complète; il survient presque toujours à l'endroit d'où la corne est tombée un ulcère cancéreux incurable. Nous en avons cité un exemple, et le quatorzième volume du Jour-

nal de Médecine qui nous l'a fourni en contient plusieurs autres semblables. Nous-mêmes, nous avons vu une affection cancéreuse de la portion de peau sur laquelle une corne était implantée. Un homme âgé de 40 ans environ, portait depuis plusieurs années, sur la partie moyenne de la joue gauche, une excroissance cornée, longue d'un pouce environ, pointue, recourbée à son extrémité, et dont la base n'avait pas plus de trois lignes de diamètre. La portion de peau sur laquelle cette base était assise s'engorgea, s'épaissit, devint squirrheuse et enfin carcinomateuse. Le malade y éprouvait de fréquens élancemens. Je cernai avec un bistouri la peau cancéreuse, et je l'enlevai avec la corne. La plaie, au fond de laquelle on voyait le tissu cellulaire grasseux parfaitement sain, ne tarda pas à être guérie; mais trois mois après, la cicatrice se gonfla, s'endurcit, et le cancer se renouvela. Je pratiquai une seconde opération qui ne fut pas plus heureuse que la première. Je cessai alors de voir le malade, et j'ignore ce qu'il est devenu.

Quoique les cornes de la peau ne soient point dangereuses par elles-mêmes, cependant, comme le derme sur lequel elles sont implantées a une tendance remarquable à devenir cancéreux; que ces excroissances sont un objet de difformité lorsqu'elles sont situées à la tête, et que dans les autres régions du corps elles sont gênantes, incommodes en heurtant contre les parties voisines, on ne doit pas hésiter à en débarrasser les malades, en les extirpant avec la peau qui leur sert de base. L'expérience a appris que cette opération n'est point dangereuse, et qu'elle réussit toujours lorsqu'elle est pratiquée de bonne heure, et avant

que la peau dans laquelle la corne s'insère soit devenue cancéreuse. Nous avons rapporté plus haut l'observation d'une femme de 78 ans, sur laquelle l'extirpation d'une corne située à la partie postérieure inférieure de la cuisse fut faite avec succès. Dalechamp dit avoir vu pratiquer une opération semblable à Montpellier. Plusieurs autres auteurs assurent avoir fait ou vu faire avec succès l'amputation de cornes situées sur différentes parties du corps. Nous en avons extirpé une qu'une femme de 70 ans portait à la partie moyenne gauche de la lèvre supérieure. Cette corne, qui s'était élevée sur un petit tubercule dur, conique, que l'on regardait comme une verrue, avait déjà trois à quatre lignes de longueur, quoiqu'elle ne fût, pour ainsi dire, que de naître; mais elle était très-grêle. Je cernai le tubercule par une incision circulaire, et je l'enlevai avec la corne à laquelle il servait de base. Pour arrêter le sang et épargner à la malade le désagrément d'avoir un appareil sur le visage, je touchai la plaie avec le nitrate d'argent. La guérison fut prompte, et la cicatrice s'est bien soutenue.

On lit dans le troisième volume des Mémoires de l'Académie royale de Chirurgie qu'on s'est servi des caustiques pour détruire la peau tout autour de la racine des cornes et déterminer la chute de ces excroissances; mais l'instrument tranchant est préférable; d'ailleurs, en employant les caustiques pour faire tomber les cornes, on risque de faire naître une affection cancéreuse sur la peau qui leur sert de base. Ce danger est d'autant plus grand que cette base a naturellement, comme nous l'avons dit, une prédisposition à cette dégénération fâcheuse.

CHAPITRE V.

De l'Amputation des membres.

ARTICLE PREMIER.

Des objets communs à toutes les Amputations.

ON pratique l'amputation d'un membre, lorsqu'il est tellement affecté, qu'on ne saurait le guérir, ni même le conserver pendant quelque temps, sans exposer le malade à perdre la vie. On a quelquefois amputé des membres dont la conservation ne pouvait compromettre ni la santé, ni les jours des individus, et uniquement parce que ces membres étaient ankylosés dans une direction qui les empêchait de remplir leurs fonctions, et les rendait gênans, incommodes ou difformes. Mais s'il s'agit d'un membre considérable, de la jambe, par exemple, il y aurait de l'imprudence, de la témérité même, à faire une opération qui peut causer la mort, pour remédier à une simple incommodité. C'est pourtant ce qu'on a vu plus d'une fois.

Ce que nous avons dit de chaque maladie en particulier, nous dispense de faire ici l'énumération des cas nombreux et variés qui indiquent absolument l'amputation d'un membre. Nous supposerons donc que l'amputation est indispensablement nécessaire, que les forces du malade lui permettent d'y résister, qu'il y a été préparé convenablement, et nous nous bornerons à dire

comment elle doit être faite; et comme l'endroit où l'amputation doit être pratiquée, et le manuel de l'opération sont différens selon les différens membres, nous parlerons de l'amputation de chaque membre en particulier.

Mais, quel que soit le membre que l'on ampute, et le lieu de l'opération, on doit suspendre le cours du sang dans l'artère principale du membre, pendant qu'on opère; et lorsque l'amputation est faite, il faut mettre un obstacle à la sortie du sang par l'extrémité des vaisseaux coupés.

Celse (1) nous apprend que, de son temps, les malades auxquels on amputait un membre, mouraient souvent entre les mains du Chirurgien, parce qu'on n'avait pas encore imaginé de moyen pour suspendre le cours du sang pendant l'opération. Un accident aussi formidable, et dont la cause était si manifeste, devait nécessairement porter les Chirurgiens à chercher un moyen de le prévenir. Cependant on n'en trouve nulle trace dans aucun des auteurs qui ont décrit cette opération jusqu'au seizième siècle. Paul d'Égine, Avicennes, Guy de Chauliac, n'en disent pas un mot. Ce dernier, qui vivait vers le milieu du quatorzième siècle, faisait deux ligatures, l'une au-dessus de l'endroit où il devait faire l'amputation, et l'autre au-dessous; mais il ne dit point qu'il les faisait pour suspendre le cours du sang, ou même pour ôter le sentiment à la partie. Il est aisé de comprendre qu'il ne plaçait ces ligatures que pour assujettir les chairs, et les raffermir de manière à ce que le couteau pût les couper plus uniment et avec plus de fa-

(1) *Lib. VII, Cap. IV, sec. 3, p. 451.* (Edit. de Valart).

cilité, ce qu'on a continué de faire long-temps. Ambroise Paré est le premier qui ait parlé bien clairement de la manière de suspendre le cours du sang pendant l'opération. Il faut, dit ce célèbre chirurgien, lorsqu'on veut amputer un membre, « Tirer la peau et les muscles vers la partie supérieure, et faire une ligature extrême au-dessus de l'endroit où l'on voudra couper, avec un fort lien délié et de figure plate. Elle sert, ajoute-t-il : 1.° à tenir le cuir et les muscles relevés en haut à l'aide des serviteurs ; 2.° elle prohibe l'hémorragie ; 3.° elle ôte le sentiment à la partie. » Mais cette ligature ne pouvait être serrée au degré nécessaire pour arrêter le sang sans meurtrir toutes les parties qui en supportaient l'action, et sans causer de vives douleurs. D'ailleurs elle ne suspendait pas toujours entièrement le cours du sang ; en sorte que le malade était exposé à en perdre une quantité assez considérable pour mettre ses jours en danger. Morel, Chirurgien franco-comtois, trouva le moyen d'arrêter le sang avec plus de sûreté, et il l'employa en 1674, au siège de Besançon. Il entourait le membre avec une compresse épaisse sur laquelle il plaçait le lacs ; il posait ensuite deux petits bâtons ou garots sous le lacs, l'un en dedans, l'autre en dehors du membre, et il les tournait jusqu'à ce que la ligature fut suffisamment serrée. C'est de cette manière, dit Dionis, dans son Cours d'opérations, que les voituriers serrent avec un bâton les cordes qui tiennent les ballots sur leurs charettes ou sur leurs bêtes de somme. Cette espèce de tourniquet avait encore bien des inconvéniens ; les modernes y ont fait des corrections notables. Ils ont senti qu'il ne s'agissait pas d'étrangler le membre et qu'il suffisait de comprimer les vaisseaux princi-

paux, en n'agissant que le moins possible sur les parties voisines. Pour cet effet on place sur le trajet de l'artère principale du membre, dans l'endroit où elle est le moins couverte de parties molles, et où les os lui fournissent un point d'appui, une pelotte cylindrique, faite avec une compresse ou une bande roulée. Cette pelotte doit être plus ou moins grosse selon la profondeur de l'artère. Elle ne doit être ni trop molle ni trop dure : trop molle, elle aurait l'inconvénient de s'affaisser et d'absorber en quelque sorte une partie de la force comprimante; trop dure, elle ne comprimerait que par une surface étroite et l'artère pourrait glisser au-dessous, de manière que la circulation y continuerait quelle que fût la force de constriction du tourniquet. La pelotte doit être cousue à une compresse étroite, assez longue pour faire sur le membre deux tours circulaires et qui servira à la fixer invariablement. La pelotte étant placée sur le trajet de l'artère, et la compresse à laquelle elle est fixée étant serrée fortement autour du membre, on place, à l'endroit diamétralement opposé à la pelotte, une petite lame d'écaille, de corne ou de cuir bouilli, de carton ou de métal un peu concave, sur laquelle on pose, selon la longueur du membre, un bâtonnet ou garot; ensuite on fait sur cet appareil deux tours avec le lacs de soie ou de fil, dont on noue les deux bouts sur le bâtonnet par un nœud simple et par un nœud à double rosette. L'appareil étant appliqué, le Chirurgien tourne le bâtonnet, et lorsqu'il juge que la compression est assez forte pour intercepter le cours du sang, il confie le bâtonnet à un aide. Le tourniquet ainsi modifié n'a presque aucun des inconvénients de celui de Morel : la

pelotte appliquée sur le trajet de l'artère principale du membre empêche que le lacs ne fasse des contusions aux parties latérales en les serrant trop ; la plaque d'écaïlle, de cuir ou de carton empêche que le garot ne pince la peau.

J. L. Petit présenta à l'Académie royale des Sciences, en 1718, un tourniquet de son invention, beaucoup plus parfait que l'ancien ; il est composé de trois pièces de bois, savoir : deux plaques presque semblables et une vis : des deux plaques, l'une est supérieure et l'autre inférieure ; celle-ci est longue d'environ quatre pouces et demi, large de près de deux pouces, un peu ccintrée en dessous, légèrement convexe en dessus, et échancrée à ses extrémités. La plaque supérieure est un peu plus courte ; il s'élève de son milieu une éminence qui a six lignes de hauteur et un pouce de diamètre ; cette éminence est percée verticalement par un trou, dont la concavité est écrouée pour recevoir la vis ; le sommet de celle-ci est un bouton aplati des deux côtés : la vis, dont les pas sont écartés afin qu'elle fasse son effet par le moyen d'un demi-tour, sert à éloigner ou à rapprocher la plaque supérieure de l'inférieure. Toute la machine est assujettie par une cheville de fer qui traverse les deux plaques par le milieu, et la vis dans toute sa longueur, et qui est rivée sous la plaque inférieure et sur le sommet du bouton, de manière pourtant que la vis peut tourner sur cette cheville comme sur un pivot.

Pour se servir de ce tourniquet, on entoure la partie d'une bande de chamois double, large de quatre travers de doigt, à laquelle tient une pelotte mobile que l'on applique sur le trajet des vaisseaux, et une espèce de petit coussin fixe

sur lequel on met le tourniquet : on entoure aussi la partie avec un lacs que l'on fait passer sur la plaque supérieure ou mobile, et qu'on arrête par des nœuds. En tournant la vis du tourniquet, appliqué autant qu'il est possible sur la partie opposée à celle où est la pelotte, on éloigne la plaque mobile de celle qui est immobile, et le lacs, en appliquant la pelotte sur les vaisseaux, les comprime autant qu'on le juge à propos. L'étendue des deux plaques du tourniquet et l'épaisseur de la pelotte concourent ensemble à diminuer la compression du lacs sur les parties latérales du membre.

Le tourniquet de Petit a de grands avantages, il comprime moins les parties latérales du membre que le tourniquet ordinaire ; on n'a pas besoin d'aide pour le tenir, ni pour le serrer, ni pour le lâcher ; l'opérateur peut lui-même, par le moyen de la vis, arrêter plus ou moins le cours du sang dans l'artère. Quand on craint l'hémorrhagie après l'opération, on le laisse sur la partie, et, si elle survient, on le serre autant qu'il est nécessaire, ce que toute personne peut faire, et le malade lui-même.

Malgré ces avantages, le tourniquet de Petit n'a pas eu l'assentiment de tous les praticiens ; il a été adopté par les uns, et critiqué par d'autres ; ceux qui l'ont adopté ont pensé que le bois étant susceptible de se gonfler et de se dessécher successivement, selon l'état de l'atmosphère ou à cause de la transpiration qui s'exhale de la surface du corps, il fallait le construire en cuivre ; ils y ont fait des changemens qui, loin de l'améliorer, lui ôtent une partie de ses avantages. En effet, on a diminué de plus de moitié la longueur des plaques, et on s'est privé par là de l'avantage

de ne comprimer les parties latérales du membre que le moins possible. On a donné à la pelotte mobile une longueur et une largeur égales à celles de la plaque inférieure, ce qui la rend moins propre à remplir l'objet qu'on se propose, qui est de comprimer l'artère principale du membre sans agir au loin sur les parties voisines, et ce qui oblige d'employer une compression très-forte et par conséquent très-douloureuse, pour arrêter entièrement le cours du sang dans cette artère. Dans l'amputation de la cuisse, cette compression doit être si forte chez les sujets qui ont ce membre très-gros, que, si elle durait long-temps, elle pourrait causer la gangrène des parties situées au-dessous de l'endroit où le tourniquet est appliqué.

Dans l'amputation de la cuisse et du bras, le tourniquet, quel qu'il soit, mais particulièrement celui de Morel, a le grand inconvénient de mettre obstacle à la rétraction des muscles coupés, et de contrarier le procédé que Louis a enseigné pour empêcher les effets nuisibles de cette rétraction. Dans un cas d'amputation de la cuisse, la compression de l'artère crurale dans l'aîne, sur la branche horizontale du pubis, offrit à ce célèbre Chirurgien un moyen sûr d'empêcher l'hémorragie, sans le contrarier dans l'exécution de son procédé. Il chargea un de ses confrères de faire cette compression; l'amputation fut faite, l'artère liée sans aucune effusion de sang autre que celle qui doit avoir lieu nécessairement. Aujourd'hui, pour suspendre le cours du sang dans l'artère principale d'un membre dont on fait l'amputation, on n'emploie guères d'autre moyen que la compression de cette artère, faite par un aide intelligent, soit immédiatement avec

ses doigts, soit médiatement en se servant d'une pelotte dure. Mais quel que soit le moyen qu'on mette en usage pour suspendre le cours du sang durant l'opération, l'endroit où ce moyen doit être appliqué, et la manière dont il doit être dirigé, sont différens suivant le membre que l'on doit amputer. Nous en parlerons en traitant de l'amputation des membres en particulier.

Lorsque l'amputation est faite, il faut mettre un obstacle à la sortie du sang par l'extrémité des vaisseaux coupés. Avant Ambroise Paré, on ne connaissait d'autre moyen que la cautérisation. On avait imaginé, pour se rendre maître du sang, d'appliquer de l'huile bouillante sur la plaie, d'en toucher la surface avec des cautères actuels, ou même de faire l'opération avec des couteaux rougis au feu. Mais outre la douleur que causaient de pareils moyens, ils manquaient l'effet qu'on se proposait, ou ne le remplissaient que pour peu de temps : l'hémorragie se déclarait à la chute des escarres. L'incertitude et les dangers de cette pratique portèrent Ambroise Paré à la rejeter et à lui substituer la ligature des vaisseaux qui n'avait été pratiquée avant lui que dans l'anévrisme et dans les plaies avec hémorragie considérable. Ainsi, si l'on peut contester à ce célèbre Chirurgien la gloire d'avoir inventé la ligature des vaisseaux, on ne peut lui refuser celle de l'avoir appliquée à l'amputation des membres.

Voici de quelle manière il la faisait : lorsque le membre était amputé, il saisissait l'extrémité des vaisseaux avec une espèce de pince qu'il nomme bec-de-corbin, et quand il les avait amenés hors des chairs, il en faisait la ligature avec un fil double, de la même façon que nous lions le cor-

don ombilical. On ne doit pas craindre, dit Paré, de tirer avec les vaisseaux quelque portion de la chair des muscles; il ne peut en arriver aucun accident, et l'union des vaisseaux se fera mieux et plus sûrement que s'il n'y avait que le corps des vaisseaux compris en la ligature. Si celle-ci venait à manquer et que l'hémorragie reparût, on devait faire une seconde ligature : mais alors le bec-de-corbin ne pouvait pas être employé; il fallait nécessairement avoir recours à l'aiguille, et pendant qu'on disposait les choses nécessaires, on suspendait le cours du sang en serrant le membre avec un lien, comme avant l'opération, ou mieux encore en le faisant saisir à deux mains par un aide qui pressait fortement avec ses doigts sur le trajet de l'artère principale. L'aiguille dont Paré se servait pour faire cette seconde ligature avait quatre pouces de longueur environ; elle était bien tranchante et enfilée d'un fil en trois ou quatre doubles. Ayant bien examiné le trajet du vaisseau, il piquait sur la peau, un pouce plus haut que la plaie; il enfonçait l'aiguille au travers des chairs, un demi-pouce à côté du vaisseau, et la faisait sortir un peu plus bas que son orifice; il repassait sous le vaisseau par le dedans de la plaie, afin de le comprendre avec quelque peu de chair dans l'anse du fil, et faisait sortir l'aiguille à un travers de doigt de la première ponction faite sur les tégumens. Il mettait entre ces deux points une compresse assez épaisse, sur laquelle il liait les deux extrémités du fil, dont l'anse passait sous le vaisseau.

Paré avait donc deux manières de pratiquer la ligature des vaisseaux. Dans l'une, qu'on a nommée immédiate, il saisissait les vaisseaux avec une pince, les tirait hors des chairs et les étrei-

gnait avec un lien circulaire. Dans l'autre, qu'on appelle immédiate, il faisait passer le fil autour de l'artère, au moyen d'une aiguille, et embrassait avec elle quelques-unes des chairs qui l'environnent. Mais Paré ne se servait pas indifféremment de ces deux procédés : il employait d'abord la ligature immédiate ; et il n'avait recours à la ligature médiante que quand la première avait manqué son effet, et qu'il était impossible de saisir l'artère avec le bec-de-corbin. En traitant de l'hémorragie considérée comme accident des plaies, (T. I.^{er}, p. 264 et suiv.) nous avons exposé les avantages et les inconvéniens respectifs de ces deux sortes de ligatures, et la manière dont elles doivent être pratiquées : il serait inutile de revenir ici sur cet objet. Nous nous bornerons donc à dire que la doctrine d'Ambroise Paré, en se propageant, s'était altérée, et qu'on avait abandonné la ligature immédiate ; mais que dans ces derniers temps cette espèce de ligature a généralement prévalu, et qu'on n'a recours à la ligature médiante que lorsqu'il est impossible de saisir les vaisseaux et de les isoler assez pour les lier immédiatement : nous ajouterons, que dans la ligature médiante qui se fait avec une aiguille courbe, on ne doit comprendre avec l'artère que le moins de chairs possible, et donner la plus grande attention à ne saisir dans l'anse de fil aucune partie nerveuse, dont la constriction pourrait devenir une source d'accidens, et à éviter la piqûre des nerfs dont la dilacération est bien plus redoutable encore que la ligature. Mais de quelque manière qu'on fasse la ligature, il faut lier non-seulement les artères principales du membre, mais encore toutes les branches et les ramifications dont l'orifice peut

être aperçu et d'où l'on voit sortir le sang, après avoir nettoyé la surface du moignon avec une éponge trempée dans de l'eau tiède qui enlève le sang caillé. Cette précaution est surtout nécessaire lorsqu'on se propose de réunir immédiatement, ou, comme on dit, par première intention.

Nous ne parlerons point de plusieurs autres moyens que l'on a proposés et employés pour arrêter l'hémorragie et se dispenser de la ligature : tels que les caustiques, l'agaric de chêne, la vessede-loup, la compression, etc., parce que ces différens moyens, après avoir joui d'une faveur passagère, sont tombés dans l'oubli.

Lorsque l'opération est terminée, on procède à l'application de l'appareil ; mais comme cet appareil est différent, non-seulement par rapport au membre qui a été amputé, mais encore suivant qu'on réunit la plaie par première intention, ou qu'on la couvre de charpie, nous en parlerons en traitant des amputations en particulier.

L'appareil étant appliqué, le malade est remis dans son lit avec précaution, et on place le moignon dans une position convenable, que nous indiquerons pour chaque amputation. Nous dirons aussi quel régime et quels médicamens conviennent pour prévenir et combattre les accidens ; la manière de traiter la plaie.

ARTICLE II.

De l'Amputation des Membres en particulier.

Cette opération se pratique sur la continuité des os ou dans leurs articulations.

Dans l'amputation sur la continuité des os, on coupe les parties molles circulairement et perpendiculairement à l'os, ou on les coupe obliquement en conservant un ou plusieurs lambeaux. Dans l'un et l'autre cas, le procédé opératoire est différent à la cuisse, à la jambe, au bras et à l'avant-bras.

De l'Amputation circulaire de la Cuisse.

L'appareil nécessaire pour cette opération consiste en un couteau droit d'une longueur proportionnée au volume du membre, un bistouri, une compresse plus longue que large, fendue à sa partie moyenne dans la moitié de sa longueur, une scie, une pince à dissection, une aiguille courbe, des fils cirés de différentes grosseurs, des bandelettes agglutinatives, de la charpie, cinq ou six compresses larges de trois travers de doigt, longues d'un pied et demi environ et deux bandes roulées, larges de trois travers de doigt, et dont l'une doit avoir six à huit aunes, et l'autre quatre à cinq aunes, plusieurs éponges fines et de l'eau tiède. On doit aussi se munir d'un tourniquet de Petit, ou mieux encore d'un tourniquet inguinal. Celui-ci consiste en une ceinture semblable à celle des brayers ordinaires, dont la plaque est garnie d'un écrou que traverse une vis, au moyen de laquelle une pelotte mobile peut en être écartée et s'enfoncer sur l'artère avec une force suffisante pour y suspendre le cours du sang.

Il n'y a point de lieu fixe pour l'amputation de la cuisse : ce membre doit être coupé aussi bas que la maladie le permet, afin de diminuer les dangers de l'opération, qui sont d'autant plus grands que le membre est emporté plus près du

tronc; de causer moins de douleur, y ayant moins de parties à couper, et de faire une plaie qui présente moins de surface.

Le malade doit être situé sur l'extrémité d'une table solide, haute de deux pieds et demi ou trois pieds, et large de deux pieds et demi au plus. Cette table est garnie d'un matelas fixé avec une corde ou autrement, afin qu'il ne puisse pas glisser dans les mouvemens que pourra faire le malade pendant l'opération. On garnit le matelas d'un drap plié en plusieurs doubles, et on place au devant des pieds de la table une terrine ou un autre vase pour recevoir le sang. Le malade sera couché horizontalement sur la table, ayant seulement la tête soulevée par un oreiller : le bassin correspondra au bord de la table, afin que celle-ci soit complètement dépassée par les membres inférieurs. La jambe saine est fléchie à angle droit et fixée par un aide. Le membre malade est soutenu horizontalement par deux aides, dont l'un tient le pied et l'autre soutient la cuisse au-dessus du genou : un quatrième aide embrasse la partie supérieure de ce membre avec ses deux mains et tire la peau en haut, en même temps qu'il affermit les chairs pour rendre leur section plus facile. Un cinquième aide fort et intelligent est chargé de comprimer l'artère crurale sur la branche horizontale du pubis. Cet aide se place du côté du membre malade : il comprime l'artère au moyen d'une pelotte dure, ou, ce qui vaut mieux encore, en appliquant les doigts immédiatement sur la peau, parce que la pelotte, quelque dure qu'elle soit, cède toujours plus ou moins à la compression, et absorbe, pour ainsi dire, une partie de la force comprimante; d'ailleurs la pelotte peut se déranger sans que l'aide s'en

aperçoive, et alors l'artère n'est plus assez pressée pour que le sang y soit entièrement intercepté. Et comme la face supérieure de la branche horizontale du pubis qui sert de point d'appui à l'artère est un peu inclinée en devant, on doit recommander à l'aide de diriger la compression un peu obliquement de bas en haut. Cet avertissement me paraît d'autant plus essentiel, que j'ai remarqué que la plupart des aides ont de la tendance à diriger la compression obliquement de haut en bas, ce qui la rend presque toujours insuffisante, et expose le malade à perdre une grande quantité de sang. Un sixième aide est chargé de présenter les instrumens au Chirurgien. Enfin deux autres aides doivent assujettir le malade, et l'empêcher d'exécuter des mouvemens qui nuiraient à l'opération.

Si l'on ne trouvait point un aide sur l'intelligence et la force duquel on pût compter pour comprimer l'artère crurale, il faudrait se servir du tourniquet inguinal, et à son défaut, de celui de Petit. On applique ce dernier à la partie moyenne de la cuisse, dans l'endroit où l'artère crurale correspond au côté interne du fémur et n'en est séparée que par le muscle vaste interne. Mais comme ce tourniquet, tel qu'on le construit aujourd'hui, comprime presque également toute la circonférence du membre, il s'oppose à la rétraction des muscles, et empêche de mettre en pratique, comme nous l'avons dit précédemment, le procédé par lequel on peut prévenir les effets de cette rétraction. On peut toutefois obvier à cet inconvénient en liant l'artère crurale au moment où elle vient d'être divisée, et en ôtant le tourniquet avant d'achever la section des chairs. Anciennement on appliquait sur le membre,

immédiatement au-dessus de l'endroit où l'opération devait être pratiquée, une ligature que l'on serrait avec force pour affermir les chairs et en rendre la section plus facile et plus régulière. Quelques-uns, à l'imitation de Guy de Chauliac, en plaçaient une seconde au-dessous; mais dans ces derniers temps on a reconnu l'inutilité de ces ligatures, et on y a renoncé.

Lorsqu'on avait placé la ligature dont il vient d'être parlé, on coupait d'un seul trait la peau et les muscles jusqu'à l'os, perpendiculairement à l'axe du membre. Il résultait de là que la rétraction inégale de la peau et des muscles donnait au moignon la forme d'un cône, et à la plaie une surface fort étendue, qui rendait la guérison longue et difficile. Il arrivait même assez souvent que l'os s'élevait plus ou moins au-dessus du niveau des chairs, et formait le sommet du cône représenté par le moignon. Quelquefois aussi il était dénudé, et alors la plaie ne se cicatrisait que lorsque la portion d'os dénudée s'était exfoliée. Lorsque la plaie était entièrement guérie, la cicatrice se trouvait exposée à se rompre par les moindres frottemens; ensorte qu'on était dans la nécessité de faire porter au malade une machine qui lui permît de marcher, et dont la construction était telle que le poids du corps ne portait pas sur le bout du moignon où l'os aboutissait. Malgré ces attentions les parties molles résistaient difficilement à la pression parce qu'elles ne présentaient pas un point d'appui assez large.

On a cherché de tous temps à prévenir cet inconvénient en conservant beaucoup de peau et de chairs, et en les ramenant vers le centre du moignon pour recouvrir l'os, diminuer l'é-

tendue de la plaie et hâter la guérison. Ambroise Paré recommande expressément de tirer les muscles en haut vers la partie saine, et de serrer fortement le membre avec une ligature au-dessus de l'endroit où l'on se propose de couper. Il donne trois *utilités* à cette ligature : « la première est qu'elle tient avec l'aide du serviteur, les cuir et muscles assez élevés en haut, afin qu'après l'œuvre ils recouvrent l'extrémité des os qui auront esté coupés, et après la consolidation de la cicatrice faite, lesdits cuir et muscles servent comme d'un coussinet aux dites extrémités des os. Par ainsi la partie pourra demeurer plus forte et moins douloureuse si l'on comprime dessus, joint aussi que la curation est plus briefve; car d'autant qu'on laisse plus de chair sur lesdits os, plustôt ils sont couverts » (1).

Pour parvenir au même but, J. L. Petit a ajouté à ce précepte celui de faire l'amputation en deux temps; c'est-à-dire, qu'après avoir pris les précautions prescrites par Ambroise Paré, il faut, suivant Petit, couper d'abord les tégumens par une incision circulaire un pouce plus bas que l'endroit où l'on a dessein de scier l'os; un aide retire ensuite la peau vers la partie supérieure, et l'on incise les chairs au niveau des tégumens.

Toutes ces attentions de la part des Chirurgiens anciens et modernes n'ont pas toujours rempli l'objet qu'ils s'étaient proposé: aussi voyons-nous que les uns et les autres n'ont négligé aucun des moyens propres à éviter la saillie de l'os. Paré dit qu'il faut faire quatre

(1) Liv. XII, Chap. XXX, p. 359.

points d'aiguille en croix aux lèvres de la plaie, « Profondant lesdits points un doigt dedans la chair, afin qu'ils tiennent plus ferme : par ce moyen on ramènera les parties des muscles coupés sur les os, afin qu'ils soient mieux et plutôt couverts, et moins touchés de l'air extérieur, afin que ladite chair lui serve après la consolidation, comme d'un coussinet. » Mais l'inutilité et le danger de ce procédé sont si évidens qu'il a été rejeté, malgré l'autorité d'un si grand maître.

Les modernes ont substitué à cette méthode cruelle et dangereuse les bandelettes agglutinatives pour ramener les chairs sur le moignon et prévenir la saillie et la dénudation de l'os. Ces bandelettes n'ont point les inconvéniens des points d'aiguille ; mais comme elles n'ont d'action que sur la peau, elles ne peuvent ramener les chairs et empêcher leur rétraction.

Louis est le premier qui ait connu la véritable cause de la forme conique du moignon et de la saillie de l'os dans l'amputation de la cuisse, et qui ait enseigné la manière de prévenir ces inconvéniens. Cette cause est la rétraction inégale des muscles. Ces organes jouissent d'une faculté qui leur est propre et à laquelle on a donné le nom de contractilité ou d'irritabilité : c'est en vertu de cette faculté que les deux portions d'un muscle coupé en travers s'éloignent l'une de l'autre, ou se rétractent : la force avec laquelle la rétraction se fait est proportionnée au nombre de fibres dont le muscle est composé, et son étendue est d'autant plus grande que ces fibres ont plus de longueur. Ainsi quand deux muscles sont coupés en travers, et que l'un a ses fibres trois fois plus longues que l'au-

tre, la rétraction de deux portions du premier est trois fois plus grande que celle de deux portions du second. Cette rétraction a beaucoup plus d'étendue dans les muscles qui sont unis aux parties voisines par un tissu cellulaire lâche, que dans ceux qui n'y tiennent que par un tissu cellulaire dense et serré. C'est en appliquant ces effets physiologiques au procédé opératoire de l'amputation de la cuisse, que Louis a trouvé le moyen, non d'empêcher la rétraction des muscles, mais d'en prévenir les mauvais résultats qui sont la forme conique du moignon et la saillie de l'os.

Les muscles de la cuisse n'ont pas tous la même longueur et ne sont pas unis aux parties voisines par un tissu cellulaire également serré : ceux qui sont les plus longs et unis aux parties environnantes d'une manière lâche se rétractent davantage. Dans le même muscle, lorsqu'il est divisé par une section perpendiculaire à l'axe du membre, toutes les fibres n'ont pas la même longueur ; les superficielles sont plus longues que les profondes, et par conséquent se retirent davantage ; c'est ce qui arrive au triceps crural et aux adducteurs. Ajoutez à cela que la plupart des muscles de la cuisse étant plus ou moins obliques par rapport au fémur, ils changent de direction, et que rien ne les retient pour former une surface égale à l'extrémité du moignon. Il est facile de juger par ce qui vient d'être dit, qu'après l'opération les muscles se rétracteront et que le moignon prendra la forme d'un cône allongé dont le sommet sera formé par l'os plus ou moins saillant et quelquefois même dénudé, si l'on fait la section de l'os au niveau des chairs, immédiatement après les avoir coupées dans

toute leur épaisseur, et sans ôter la ligature qui a servi à les affermir. Pour prévenir cet inconvénient, Louis conseille le procédé suivant : on commence l'opération par une incision profonde, qui divise les muscles et la peau d'un même trait, à trois travers de doigt environ au-dessous de l'endroit où l'on se propose de scier l'os. Dès que cette incision est faite, on ôte la ligature qui affermissait les chairs ; les muscles, mis en liberté, se retirent sur-le-champ et changent de situation. Alors on relève les chairs avec la compresse fendue, et on coupe avec un bistouri le muscle crural et les points d'adhérence des vastes et des adducteurs à la ligne âpre du fémur : par cette méthode on peut très-facilement scier l'os trois travers de doigt plus haut qu'on ne l'aurait fait si l'on eût scié au niveau des chairs affermies par la ligature. Suivant Louis, la précaution de tirer la peau en haut et d'en conserver le plus qu'il est possible est non seulement inutile, mais encore nuisible. Elle est inutile, dit-il, parce qu'elle ne prévient point la saillie de l'os. Il est certain que la longueur de la peau ne fait rien à cette saillie ; mais lorsqu'on a pris d'ailleurs les précautions nécessaires pour prévenir cette saillie, et qu'on a conservé assez de peau pour recouvrir une partie de la surface du moignon, la plaie a moins d'étendue et sa guérison est plus prompte. Cette précaution est nuisible, ajoute Louis, en ce que, si la peau dépassait le niveau des chairs, en se repliant sur elle-même, elle se flétrirait ou formerait un bourrelet calleux qu'il faudrait recouper au niveau des chairs pour pouvoir cicatrizer la plaie. Mais cet inconvénient ne pourrait avoir lieu qu'autant qu'on aurait conservé à la peau une longueur

excessive en la renversant en haut après l'avoir disséquée , en lui faisant former un pli au niveau duquel on couperait les chairs. Le procédé de Louis , en ce qui a rapport à la manière de couper les chairs , est fondé sur des principes si évidens et si sûrs , qu'il a été généralement adopté : c'est le seul qu'on emploie aujourd'hui ; mais on y a apporté des modifications dont nous allons parler en décrivant l'opération.

Le malade étant situé , le membre fixé et l'artère crurale comprimée sur la branche horizontale du pubis , comme nous l'avons dit plus haut , l'aide qui tient la partie supérieure de la cuisse tire la peau en haut , et comprime fortement les chairs pour les affermir. Le Chirurgien placé au côté externe du membre prend de la main droite un couteau droit , d'une longueur convenable , avec lequel il incise la peau d'un seul trait dans la moitié postérieure de la cuisse , à quatre travers de doigt au dessous de l'endroit où il se propose de scier l'os : d'un second trait , il coupe la peau dans la partie antérieure du membre. Pour faire cette incision convenablement il doit avoir l'attention de promener toute la longueur du tranchant sur le membre , afin de faire agir l'instrument autant en sciant qu'en pressant , sans quoi la peau ne serait pas incisée aux endroits sur lesquels le couteau n'aurait agi qu'en pressant. Lorsque la peau est coupée circulairement , le Chirurgien divise le tissu cellulaire qui l'unit à l'aponévrose de la cuisse , au niveau du bord supérieur de la plaie , ce qui donne à l'aide la facilité de la tirer en haut et de mettre l'aponévrose à découvert dans l'étendue d'un travers de doigt. Ensuite il coupe les chairs circulairement au ni-

veau du bord supérieur de la peau, à peu-près dans la moitié de leur épaisseur. Aussitôt que cette incision est faite, les-muscles coupés se retirent vers leur attache supérieure, et cette rétraction, que l'aide qui tient la partie supérieure du membre favorise en tirant les chairs en haut, laisse à decouvert dans une grande étendue les muscles profonds qui ne sont point encore coupés. Alors le Chirurgien incise ceux-ci jusqu'à l'os, au niveau de l'endroit où la rétraction a porté les muscles compris dans la première incision. Mais lorsque le muscle crural et les adducteurs sont coupés, leurs fibres ne conservent plus la même longueur et ne se rétractent point également : les plus profondes sont moins longues que les autres, et par conséquent elles se retirent moins, en sorte que la section de ces muscles est en talus au lieu d'être perpendiculaire à l'axe de l'os; leurs fibres profondes doivent donc être coupées avec le périoste au niveau de l'endroit où la retraction a entraîné leurs fibres superficielles. Enfin, après avoir coupé ainsi les muscles à des hauteurs différentes, suivant la longueur de leurs fibres charnues et le degré de leur rétraction, le Chirurgien doit encore détacher les chairs de l'os, avec la pointe d'un bistouri, dans l'étendue d'un demi-pouce environ.

S'il arrivait que le sang jaillît de l'artère crurale au moment où elle vient d'être coupée, soit parce que la personne chargée de la comprimer n'agit pas avec assez de force, ou qu'elle dirige mal la compression, l'aide qui tient la partie supérieure du membre pourrait arrêter le sang en pinçant le bout de l'artère, ou en la comprimant avec ses doigts; mais si ce moyen ne suffisait pas, il faudrait lier l'artère avant de

passer outre. Cette précaution serait surtout nécessaire si le malade était faible et épuisé par la maladie qui nécessite l'opération.

Lorsque la section des chairs est achevée, on les relève avec une compresse fendue pour les mettre à l'abri de l'action de la scie. Cette compresse étant placée, s'il reste encore au-dessous d'elle des chairs adhérentes à l'os, on les coupe, ainsi que le périoste, avec un bistouri dont la lame doit être convexe, afin qu'elle s'applique plus exactement sur les faces interne et externe du fémur qui sont un peu concaves; ensuite on procède à la section de l'os.

Pour pratiquer cette section, le Chirurgien place le bout du pouce de la main gauche sur l'os, très-près des chairs, au-dessus de l'endroit où il doit être scié, si c'est la cuisse droite, et au dessous de cet endroit, si c'est la cuisse gauche. Il pose la scie sur l'os près de l'ongle, et la conduit d'abord doucement jusqu'à ce que la voie soit faite; puis un peu plus fort, et ensuite à grands traits, en évitant que l'os ne soit heurté par les extrémités de l'instrument. La scie doit agir presque par sa seule pesanteur et il faut la diriger un peu obliquement de haut en bas, à peu-près comme le font les menuisiers et les autres ouvriers qui se servent de cet instrument. Vers la fin, et lorsque l'os est presque entièrement scié, on la fait agir lentement, à petits coups, afin qu'il n'éclate point. Il faut surtout avoir l'attention de ne point changer la direction de la scie, ce qui arriverait si on inclinait latéralement la main qui en soutient le manche, et exposerait la lame à se casser, comme cela est arrivé quelquefois. Pendant cette partie de l'opération, l'aide qui soutient la partie inférieure

du membre doit l'abaisser un peu dans le commencement pour favoriser l'action de l'instrument; mais vers la fin, il doit le relever doucement afin d'empêcher que l'os n'éclate. Si cela arrivait, il faudrait avoir recours à des tenailles incisives ou mieux encore à une scie plus petite pour emporter les inégalités qui pourraient rester et qui irriteraient les chairs.

L'os scié et la compresse fendue ôtée, il faut faire la ligature des vaisseaux. Il est rarement nécessaire de faire cesser la compression dans l'aîne ou de lâcher le tourniquet lorsqu'on s'est servi de cet instrument, pour que la sortie du sang indique le lieu où se trouve l'artère crurale. La grosseur de ce vaisseau et son invariable position suffisent pour le faire connaître avec certitude : le plus souvent même son extrémité dépasse les chairs et se présente à la vue. On saisit cette extrémité avec une pince à disséquer, et on la tire hors du niveau des chairs autant qu'il est nécessaire pour qu'on puisse placer la ligature, qui doit être faite par un aide intelligent. Il est des praticiens qui font un premier nœud lâche sur la pince avant de saisir l'artère, et d'autres qui passent le fil au dessous de la pince, et ne font ce nœud qu'après avoir saisi l'artère. Dans l'un et l'autre cas, l'aide, après avoir poussé le fil le plus haut possible avec l'extrémité de ses pouces ou de ses doigts indicateurs, serre le nœud en tirant les bouts du fil perpendiculairement à la direction de l'artère; il fait un second nœud pour arrêter le premier et l'empêcher de se relâcher. Pour diriger la traction perpendiculairement à l'axe du vaisseau, l'aide appuyera sur les fils avec les bouts des doigts poussés le plus avant possible vers les chairs. S'il tirait les

fil obliquement, il serait à craindre qu'il ne déchirât l'artère, ou qu'il ne déplaçât la ligature en la faisant glisser dessus. Il est difficile de déterminer au juste le degré auquel le premier nœud doit être serré ; tout ce qu'on peut dire en général, c'est qu'il ne faut y mettre que très-peu de force, même pour les plus grosses artères ; et dès que le sang est arrêté, la moindre compression de plus est suffisante pour résister aux efforts de ce liquide. Si on serrait trop la ligature, elle pourrait couper l'artère avant son entière oblitération, et exposer le malade à une hémorragie consécutive. En général, on doit éviter autant que possible de comprendre dans la ligature le nerf qui accompagne chaque artère, pour épargner au malade la douleur vive qui résulte de la constriction d'un nerf quelconque. Lorsque l'artère crurale est liée, on fait suspendre la compression dans l'aîne pour que la sortie du sang indique le lieu des autres artères beaucoup plus petites, dont il ne faut jamais négliger de faire la ligature ; sans cette précaution elles donneraient du sang après que la plaie serait pansée, et obligeraient d'enlever l'appareil. La ligature des plus petites artères est surtout nécessaire lorsqu'on se propose de réunir la plaie immédiatement, ou comme on dit dans le langage de l'école, par première intention.

Lorsqu'il est impossible de saisir les artères avec la pince à dissection, ou de les tirer assez hors des chairs pour les lier de la manière qui vient d'être décrite, on en fait la ligature médiate, qui consiste à passer autour d'elles, au moyen d'une aiguille courbe, un fil ciré qui forme une espèce de cercle dans lequel sont comprises avec les artères une certaine quantité des

parties molles qui les environnent, et c'est à travers ces parties qu'elles sont comprimées lorsqu'on noue le fil. Cette ligature se pratique de la manière suivante : on enfonce l'aiguille au-dessous de l'artère, à environ trois lignes de l'endroit de sa section ; on la conduit en montant à côté du vaisseau ; on la fait passer au-dessus de lui pour la faire descendre ensuite du côté opposé, et la faire sortir le plus près possible de l'endroit par où elle a pénétré, ce qui s'obtient facilement lorsqu'on se sert d'une aiguille demi-circulaire, en faisant tourner le poignet de la supination vers la pronation. Lorsque la pointe de l'aiguille est suffisamment sortie pour qu'on puisse la saisir, on la prend avec le pouce et l'indicateur, et on la retire tout-à-fait des chairs en lui imprimant un mouvement convenable. Après avoir fait glisser une quantité suffisante de fil, on en noue les extrémités en faisant deux nœuds simples l'un sur l'autre. Si l'on ne pouvait faire parcourir à l'aiguille, d'un seul trait, au moins les deux tiers d'un cercle, il faudrait la pousser dans la moitié du trajet qu'elle doit faire, jusqu'à la surface de la plaie, la dégager entièrement et lui faire parcourir l'autre moitié du cercle en l'enfonçant dans l'ouverture par laquelle elle a été retirée. En pratiquant cette ligature, on ne doit embrasser avec l'artère que le moins de chairs possible, et donner la plus grande attention à ne comprendre, dans l'anse du fil, aucune partie nerveuse considérable ; mais il importe surtout d'éviter la piqûre des nerfs, dont la dilacération, comme nous l'avons dit plus haut, est bien plus à craindre que la ligature.

Lorsque l'amputation de la cuisse est faite selon la méthode qui vient d'être décrite, le moi-

gnon représente un cône creux, dont la base correspond à la peau et le sommet à l'os, qui se trouve ainsi enfoncé dans les chairs et ne devient jamais saillant, si ce n'est dans quelques cas particuliers dont nous parlerons par la suite. C'est dans le but de donner au moignon la forme d'un cône creux, afin que l'on puisse affronter les parties, et qu'elles puissent se réunir par première intention, que Alanson, Chirurgien anglais, dans son Manuel pratique de l'Amputation des membres, conseille de faire une incision circulaire aux tégumens qu'un aide relève de manière que les chairs et la totalité du moignon puissent en être recouverts après l'opération; de couper ensuite les muscles un peu plus bas que le bord des tégumens qui tiennent à la partie supérieure du membre, et dans une direction oblique de bas en haut et de dehors en dedans. Il est facile de voir qu'on est bien moins sûr de donner au moignon la forme d'un cône creux, en suivant ce procédé, qu'en employant celui que nous avons décrit.

La ligature de toutes les artères qu'on a jugé nécessaire de lier étant faite, si l'on se propose de réunir la plaie immédiatement, on coupe un des chefs de chaque ligature, et on conserve à l'autre assez de longueur pour pouvoir être renversé sur la surface du membre; dans le cas contraire, il n'y a aucun inconvénient à laisser les liens entiers. On enlève le sang qui couvre la surface du moignon avec une éponge fine imbibée d'eau tiède; ensuite on procède au pansement.

Il y a deux manières de faire ce pansement; dans l'une on réunit les lèvres de la plaie en aplatissant le cône creux que représente le moi-

gnon, et on les maintient réunies avec des bandelettes agglutinatives afin d'en obtenir la consolidation sans suppuration, ou, comme on dit, par première intention. Dans l'autre, on remplit la plaie mollement avec de la charpie, comme toutes celles qui ne peuvent guérir que par voie de suppuration.

Les Chirurgiens anglais et quelques Chirurgiens français emploient le premier mode de pansement auquel ils ont prodigué beaucoup d'éloges. Selon eux, en réunissant la plaie immédiatement, on évite la saillie de l'os, sa dénudation et son exfoliation; il n'y a point, ou presque point de suppuration, la guérison est par conséquent beaucoup plus prompte; enfin le moignon conserve une forme plus avantageuse. Mais la plupart de ces avantages dépendent moins du mode de pansement que de la manière dont l'opération a été pratiquée. En effet, lorsque l'amputation est faite suivant le procédé que nous avons décrit, de quelque manière qu'on panse la plaie, on n'a pas à craindre la saillie de l'os et sa dénudation, à moins qu'elles ne soient produites par quelques causes particulières dont la réunion immédiate de la plaie ne peut prévenir les effets. A l'égard de la forme du moignon, quel que soit le mode de pansement qu'on mette en usage, elle sera toujours la plus favorable possible à l'usage d'un membre artificiel, si l'on a conservé aux chairs une longueur relative convenable. Quant à la suppuration et à la promptitude de la guérison, il est certain que dans quelques cas la plaie se réunit sans suppurer, et que la guérison est complète en vingt ou vingt-cinq jours et même plus tôt; mais ces cas sont extrêmement rares, et le plus souvent la

plaie suppure dans une partie de son étendue , et la guérison n'est pas plus prompte que lorsqu'on a rempli la plaie de charpie ; quelquefois même elle est beaucoup plus longue. La chose est facile à comprendre : de quelque manière qu'on s'y prenne , même en plaçant des rouleaux de charpie sur les côtés du moignon , il est impossible de réunir le fond de la plaie aussi exactement que l'extérieur. Il résulte de là que les lèvres se cicatrisent extérieurement , pendant qu'il reste entre elles , au sommet du cône formé par le moignon , immédiatement au-dessous de l'os , un intervalle plus ou moins grand dans lequel s'amassent les sucs qui suintent de la plaie , et où il se forme ensuite un abcès dont le pus s'échappe par la partie inférieure de la plaie non-réunie , lorsqu'on presse fortement sur les côtés du moignon. Cette circonstance accidentelle rend la guérison longue et difficile. Il arrive même quelquefois que l'extrémité de l'os , baignée par la suppuration , ne se couvre point de bourgeons charnus , et que la nécrose s'en empare. Alors il reste une fistule dont la guérison n'a lieu qu'au bout de quatre ou cinq mois , et quelquefois même beaucoup plus tard.

La réunion immédiate présente un autre inconvénient que voici : Si l'on a négligé de lier toutes les artères qui aboutissent à la surface de la plaie , le sang qu'elles versent s'interpose dans ses lèvres , et si cette hémorragie intérieure n'est pas dangereuse par la quantité de sang qui coule , elle a l'inconvénient d'empêcher la réunion de la plaie , et oblige à détruire la cicatrice qui s'est faite à l'extérieur , pour donner issue au sang épanché dans le moignon. Une hémorragie , dont les conséquences sont beaucoup plus graves , est

celle que fournit l'artère crurale elle-même, lorsqu'elle est coupée par la ligature avant qu'elle soit complètement oblitérée. Comme cette hémorragie n'arrive que le huitième, le dixième ou le douzième jour de l'opération, époque à laquelle les lèvres de la plaie sont réunies dans presque toute leur étendue, si on voulait l'arrêter en faisant la ligature de l'artère par la plaie, il faudrait inciser la cicatrice, et se servir d'une aiguille pour lier l'artère, ce qui ne serait pas sans inconvéniens graves. Il est préférable alors de découvrir l'artère au bas de l'espace inguinal et d'en faire la ligature comme dans l'opération de l'anévrisme. J'ai vu pratiquer, et j'ai pratiqué moi-même plusieurs fois cette ligature avec succès. Cependant on ne peut pas se dissimuler qu'elle expose le malade aux dangers d'une hémorragie consécutive, si l'artère vient à être coupée par la ligature avant qu'elle soit oblitérée. Tous ces inconvéniens de la réunion immédiate, prouvés par l'expérience, m'ont porté à l'abandonner et à lui préférer le mode de pansement ordinaire, avec les modifications suivantes.

Pendant qu'un aide tire doucement en bas la peau et les chairs, on place autour du membre un bandage roulé, en commençant par la partie supérieure et en descendant par des doloires jusqu'au niveau de l'extrémité de l'os. Le gonflement qui survient à la partie malade, immédiatement après l'opération, exige que ce bandage soit très-peu serré. Lorsqu'il est appliqué, on rassemble les ligatures; on les enveloppe avec un morceau de linge, pour les distinguer des autres pièces de l'appareil, et on les couche sur le membre du côté où elles sont plus près de sa

surface ; on remplit mollement la plaie avec de la charpie que l'on assujettit avec deux ou trois bandelettes agglutinatives placées de dedans en dehors, et qui servent en même temps à retenir la peau sans la trop comprimer. On met sur ces bandelettes un grand plumasseau couvert de cérat, et sur ce plumasseau un nombre suffisant de gâteaux de charpie sèche. On place sur cette charpie des compresses longues, dont les unes vont du côté externe au côté interne, et les autres de devant en arrière, en croisant les premières sur le moignon. Les extrémités de ces compresses sont assujetties avec une compresse plus longue qu'on met circulairement autour du moignon. Le tout est fixé au moyen d'une longue bande roulée, avec laquelle on fait des circulaires sur le membre, et des renversés sur le moignon. Tout cet appareil doit être suffisamment serré pour ne point se déranger ; mais il ne doit pas l'être trop à cause du gonflement qui doit survenir nécessairement dans le moignon.

L'appareil appliqué, le malade est porté dans son lit avec précaution. La plupart des auteurs recommandent de placer le moignon sur des coussins élevés, disposés de manière à former un plan incliné ; mais cette position favorise la rétraction des muscles postérieurs et peut contribuer à la saillie de l'os. On doit donner au moignon une direction horizontale, afin que tous les muscles qui environnent le fémur soient également relâchés, et se contenter de faire reposer le moignon sur une serviette pliée en plusieurs doubles pour empêcher que le lit ne soit sali par la sérosité sanguinolente qui pénètre l'appareil dans les premiers jours. Une compresse

longue et étroite , dont on fixe les extrémités au matelas et au drap qui le couvre avec de fortes épingles , est placée en travers sur le moignon pour le maintenir pendant les mouvemens convulsifs qui l'agitent immédiatement après l'opération , et qui ne cessent quelquefois qu'au bout de cinq ou six jours. On garantit le moignon du poids des couvertures au moyen d'un petit cerceau.

Le malade sera mis à une diète sévère. On lui prescrira une boisson rafraichissante et une potion antispasmodique dans laquelle on fera entrer une assez forte dose d'opium pour calmer les douleurs. Ordinairement le jour même de l'opération il se manifeste un léger mouvement fébrile : le lendemain et les jours suivans, ce mouvement est beaucoup plus marqué ; quand il est modéré il ne présente aucun indication ; mais s'il est considérable, il faut avoir recours à la saignée et tirer une quantité de sang proportionnée à l'âge du malade , à son tempérament, à la force du pouls et à l'intensité des autres symptômes fébriles. La saignée est le seul moyen de prévenir l'inflammation de quelque organe intérieur , et notamment celle des poumons qui se développe souvent à la suite de l'amputation de la cuisse et des autres grandes opérations. L'expérience a appris que la fièvre traumatique est toujours très-modérée et que les inflammations internes sont rares chez les malades forts et vigoureux qui ont perdu une grande quantité de sang durant l'opération ; or, on peut obtenir, des saignées copieuses pratiquées dans les premiers jours , les avantages que procure une effusion considérable de sang pendant l'opération. Soit que le malade ait été saigné ou non, s'il

se manifeste des symptômes de l'inflammation d'un organe interne quelconque, il faut recourir promptement à la saignée du bras, à l'application des sangsues ou des ventouses scarifiées sur le siège de l'organe affecté, et aux dérivatifs, tels que les vésicatoires et les synapismes.

Lorsqu'on a lié toutes les artères d'où on a vu sortir du sang, après avoir fait suspendre la compression dans l'aîne, ou lâché le tourniquet, qu'on a bien essuyé la surface de la plaie avec une éponge fine, l'hémorragie n'est pas à craindre dans les premiers jours; le léger suintement sanguin qui se fait alors ne doit point inquiéter et ne suffit pas pour déterminer à lever l'appareil. Il n'en est pas de même de l'effusion de sang qui arrive quelquefois lorsque la suppuration est établie: elle est le prélude d'une hémorragie considérable fournie par l'artère crurale. L'époque à laquelle cette hémorragie a lieu varie beaucoup: le plus ordinairement c'est du huitième au douzième jour. Je l'ai vue survenir dans la nuit du dix-neuvième au vingtième, et faire périr le malade qui ne fut pas secouru à temps. A quelque époque qu'elle se manifeste, on doit faire comprimer l'artère dans l'aîne, lever l'appareil et lier le vaisseau avec une aiguille. Si cette ligature n'était pas praticable, il ne faudrait pas hésiter à découvrir l'artère au-dessous de l'espace inguinal pour la lier comme dans l'opération de l'anévrisme.

Lorsqu'il ne survient aucun accident qui oblige à lever l'appareil, on ne fait le premier pansement que le cinquième ou le sixième jour. Quelquefois cependant l'abondance du suintement et la mauvaise odeur obligent d'ôter la bande et les compresses plus tôt. Pour faire ce premier

pansement ainsi que les suivans , on charge un aide de soulever doucement le moignon , en ne l'écartant que le moins possible de la direction horizontale ; on enlève la bande et les compresses , la charpie extérieure et les bandelettes agglutinatives ; ensuite on ôte toute la charpie que la suppuration a détachée, et qui peut être enlevée sans causer le moindre tiraillement ; on la remplace par de la charpie sèche que l'on soutient avec deux bandelettes agglutinatives très-peu serrées, et l'on met par-dessus un plumasseau couvert de cérat ; le tout est assujetti de la manière suivante : on place en travers sur le matelas, précisément à l'endroit sur lequel le moignon doit reposer , trois ou quatre compresses larges d'environ quatre travers de doigt et assez longues pour entourer presque deux fois la cuisse ; ces compresses sont disposées de manière que la première , qui doit correspondre à la partie supérieure du membre, est recouverte dans ses deux tiers inférieurs par la seconde ; ainsi des autres. Sur ces compresses on en place une autre un peu plus large et un peu moins longue, dans une direction qui leur est perpendiculaire, et par conséquent parallèle à celle du membre. Les choses étant ainsi disposées, l'aide qui a soulevé le moignon le pose doucement sur le bandage ; alors on renverse de bas en haut sur le moignon la compresse longitudinale et on la couche sur la partie antérieure du membre ; on en place une seconde de dedans en dehors , ensuite on entoure la cuisse avec les compresses transversales, en commençant par l'inférieure , comme dans le pansement des fractures avec le bandage de Scultet.

Dans les pansemens suivans, on enlève la char-

pie qui se détache d'elle-même, et lorsque la plaie en est entièrement débarrassée, et que la suppuration l'a bien dégorgée, on la réunit avec des bandelettes agglutinatives placées en travers, ayant l'attention de mettre sur les côtés du moignon des compresses épaisses ou des rouleaux de charpie, afin que le fond de la plaie se réunisse avant l'extérieur. On continue à panser la plaie de la même manière jusqu'à son entière guérison, qui a lieu ordinairement du trentième au quarantième jour. On ne change le bandage roulé, qui a été mis autour du membre, qu'autant qu'il est trop relâché ou qu'il se trouve gâté par la suppuration.

Lorsque le dégorgement de la plaie a été opéré par la suppuration, la cicatrisation de la plaie se fait de la circonférence au centre par des cercles concentriques qui diminuent successivement jusqu'à l'axe du moignon. Les ligatures tombent ordinairement vers le douzième ou le quinzième jour; quelquefois cependant elles se détachent plus tard, particulièrement celle de l'artère crurale. Si cette ligature tarde trop à tomber, on en facilite la chute en l'ébranlant légèrement, et même en la tordant un peu chaque jour. Ce procédé est préférable à la section de l'anse de cette ligature avec des ciseaux mousses, ou un bistouri conduit sur une sonde cannelée, recommandée par la plupart des auteurs.

Si malgré toutes les précautions que l'on a prises pour prévenir la saillie de l'os, cette saillie a lieu, la conduite à tenir est subordonnée à l'état même de l'os. S'il est recouvert de chairs dans son contour et de bourgeons charnus à son extrémité, la saillie qu'il forme n'empêche pas la guérison de la plaie, mais elle la rend tardive,

et le moignon, conservant une forme conique, ne présente pas assez de surface à son extrémité pour soutenir aisément le poids du corps, en sorte que le malade est obligé de matelasser sans cesse la partie pour porter avec facilité une jambe artificielle. On peut remédier jusqu'à un certain point à cette forme conique du moignon au moyen d'un bandage roulé appliqué de haut en bas sur le membre, pendant qu'un aide tire à lui la peau et les chairs. Mais pour obtenir quelques avantages de ce moyen, il faut l'employer de bonne heure, serrer le bandage autant qu'il est possible sans causer de douleur et sans faire naître d'engorgement : il est important de le renouveler dès qu'il est relâché. Dans le cas dont il s'agit, on a proposé une seconde amputation dans l'endroit où la peau s'unit à la cicatrice. Cette opération a été pratiquée quelquefois avec succès ; mais le plus souvent elle a été suivie d'accidens graves, et ces accidens seraient à craindre surtout si l'extrémité du cordon des gros vaisseaux devait être comprise dans la section des chairs à la base du cône que forme le moignon. La crainte de ces accidens retiendra un Chirurgien prudent, et l'empêchera de recourir à ce moyen tout efficace qu'il paraît être. Au reste, il est bon de faire observer que la forme conique du moignon et la saillie de l'os sans dénudation sont très-rares lorsque l'amputation a été pratiquée suivant le procédé que nous avons décrit, et que les pansemens ont été faits avec les précautions que nous avons indiquées.

Il n'en est pas de même de la saillie de l'os avec dénudation. Quelques précautions que l'on ait prises pour prévenir cet inconvénient, une suppuration très-abondante peut le faire naître

en détruisant le tissu cellulaire qui unit les muscles entre eux et les adhérences du périoste avec l'os. Lorsque la portion d'os saillante et dénudée n'a que quelques lignes d'étendue, il faut en attendre la chute spontanée. La cicatrisation de la plaie est à la vérité plus lente, mais le travail de la nature suffit seul pour la compléter.

Lorsque la portion d'os saillante et dénudée est très-considérable, on doit la retrancher le plus près possible des chairs, sans les entamer toutefois si la cicatrice de la plaie est très-avancée. Cette résection est facile à exécuter avec une scie fort petite. Si l'on éprouvait quelque difficulté parce que l'os n'a pas assez de longueur pour pouvoir être saisi et contenu avec fermeté, on pourrait se servir d'un moyen fort simple que Bertrandi proposa dans un cas pareil et qu'on a employé depuis avec succès : c'est une machine composée d'un morceau de bois perpendiculaire, fixé solidement sur un pied. Cette pièce est échan-crée à sa partie supérieure, et forme une espèce de fourche. L'échancreure fournit au bout de l'os un point d'appui invariable qui tient lieu d'un aide; celui qui aurait soutenu le membre doit au contraire appuyer dessus jusqu'à ce que l'os soit à moitié scié. Il ne faut plus ensuite que maintenir la partie latéralement. Avec cette machine l'os ne peut vaciller, et on le scie avec autant de facilité qu'on scierait un bâton sur un chevalet. La résection de la portion d'os saillante et privée de vie ne donne jamais lieu à des accidens graves. Après cette opération la plaie se tuméfie légèrement, devient un peu douloureuse; mais au bout de trois ou quatre jours elle reprend son état premier; il se fait ensuite une exfoliation superficielle, et la plaie finit par se cicatriser.

Cependant avant de procéder à la résection de la portion d'os qui dépasse le moignon , on doit l'ébranler avec assez de force pour reconnaître si elle est vacillante ou non. Cette précaution est surtout nécessaire lorsqu'il y a long-temps que l'amputation a été pratiquée , et qu'on y a eu recours à l'occasion du sphacèle du membre , comme dans l'observation suivante rapportée par Fabrice de Hildan (1) : Un jeune homme, à peine hors de danger d'une dysenterie maligne , fut attaqué tout-à-coup d'une douleur au talon droit et qui affecta sur le champ tout le pied. Quoique cette douleur fut très-vive , il ne survint ni gonflement ni chaleur ; au contraire le malade se plaignait de sentir un froid si piquant qu'il ne pouvait se retenir de crier la nuit et le jour. On tâcha en vain d'échauffer la partie avec des briques et des tuiles , les accidens augmentèrent en peu de jours ; la gangrène se manifesta ; elle fit des progrès , et enfin sans causer ni chaleur ni enflure , elle gagna la jambe jusqu'au genou. Elle parut s'y borner par un ulcère sordide qui avait tellement rongé les muscles et tous les ligamens , que les os du genou et la rotule en furent totalement séparés. On jugea à propos d'amputer la cuisse. L'opération fut faite le dernier jour de janvier 1614. Fabrice fut obligé de quitter ce malade quelques jours après. Il le laissa dans la situation la plus fâcheuse , sans force et avec des sueurs froides qui menaçaient d'une mort prochaine. Le malade se soutint néanmoins contre toute espérance , et Fabrice à son retour , le 3 mars , le retrouva en bon état , à cela près que l'os débordait le niveau des chairs de plus de deux

(1) *Obs.* 91, *Cent.* IV.

travers de doigt, ce dont on s'était déjà aperçu à la levée des premiers appareils. Ce grand praticien n'hésita pas sur le parti qu'il devait prendre. Il proposa de scier au niveau de la plaie cette portion saillante; mais il reconnut, en commençant l'opération, que la nature avait déjà travaillé très-efficacement à la séparation. Il ne continua point, et se contenta d'ébranler l'os vacillant de côté et d'autre. Il en fit autant à chaque pansement, et au bout de quatre jours il tira, sans douleur et sans faire couler une goutte de sang, une portion de la totalité du fémur d'environ cinq pouces. Dans une pareille circonstance, la résection de la portion saillante de l'os au niveau des chairs serait une opération absolument inutile, puisque la dénudation s'étendrait au delà de la surface de la plaie.

De l'Amputation à lambeau de la Cuisse.

Il y a deux procédés pour pratiquer cette opération; l'un est celui de Ravaton, et l'autre celui de Vermale. Dans le procédé de Ravaton, on fait trois incisions qui pénètrent jusqu'à l'os : la première est circulaire, et se fait avec un couteau, à quatre travers de doigt du lieu où l'on doit scier l'os; on se sert pour les deux autres d'un grand bistouri; elles sont perpendiculaires à la première et commencent à l'endroit où l'on doit séparer le membre; l'une est antérieure et l'autre postérieure; il est important d'éviter les vaisseaux principaux. Enfin on détache les lambeaux de l'os.

Dans le procédé de Vermale, on ne fait que deux incisions : on enfonce à la partie antérieure de la cuisse, dans l'endroit où l'on se propose de

séparer le membre, un couteau droit dont le tranchant est tourné en bas, et on le pousse jusqu'à l'os; on le fait glisser autour de la circonférence de celui-ci pour le faire sortir par la partie opposée à son entrée; on coupe ensuite de haut en bas en portant le couteau le long du fémur jusqu'à l'endroit où l'on veut terminer le lambeau auquel on donne, en tournant le tranchant de l'instrument vers la peau, une forme conique à son extrémité. On forme ensuite de la même manière un autre lambeau du côté opposé.

Dans l'un et l'autre procédés, on finit l'opération de la même manière. On relève les lambeaux, et on les maintient relevés par le moyen de la compresse fendue; on coupe le reste des chairs et le périoste circulairement à la base des lambeaux; on scie l'os; on fait la ligature des vaisseaux; on nettoie la plaie; on rapproche les lambeaux qui sont ensuite maintenus en contact avec des languettes agglutinatives et un appareil convenable.

Le procédé de Vermale est plus avantageux que celui de Ravaton; il est moins long et moins douloureux, et les lambeaux s'appliquent mieux l'un à l'autre, parce que la peau et les chairs sont coupées de façon à les mieux ajuster; ils doivent aussi se réunir plus promptement que s'ils étaient fermés comme ils le sont dans le procédé de Ravaton.

Le but que ces auteurs se sont proposé, en pratiquant l'amputation de la cuisse à lambeau, est de prévenir la saillie et la dénudation de l'os, en conservant des chairs qui les débordent et en recouvrent l'extrémité. Mais on n'atteint pas toujours ce but par cette opération. Le poids des

lambeaux les entraîne en arrière, et comme les chairs qui couvrent la partie antérieure de l'os ont peu d'épaisseur, il arrive souvent qu'à la levée du premier appareil, on trouve l'os saillant et dénudé entre la partie antérieure des lambeaux. Cet accident est surtout à craindre dans les sujets maigres, chez lesquels l'amputation à lambeau paraîtrait mieux convenir que l'amputation circulaire. Ajoutez à cela que l'amputation à lambeau est beaucoup plus douloureuse, et que si les lambeaux ne se réunissent pas, comme cela arrive quelquefois, elle peut être suivie d'une inflammation et d'une suppuration d'autant plus grandes que la surface de la plaie est fort étendue. J'ai observé plusieurs fois ces divers inconvéniens chez des malades à qui j'avais pratiqué cette opération, et c'est ce qui m'a déterminé à y renoncer et à m'en tenir à l'amputation circulaire; d'autant mieux que celle-ci procure tous les avantages que l'on croyait pouvoir obtenir plus particulièrement de l'amputation à lambeau.

De l'Amputation circulaire de la Jambe.

On ampute la jambe à quatre travers de doigt environ au-dessous de la tubérosité antérieure du tibia, quel que soit le siège de la maladie pour laquelle on pratique l'opération. L'appareil nécessaire pour cette amputation est le même que pour celle de la cuisse, excepté que le couteau est moins long, que la compresse fendue, destinée à relever les chairs pendant la section des os, doit avoir trois chefs, dont celui du milieu est moins large que les autres. On suspend le cours du sang dans le membre en faisant comprimer l'artère

crurale dans l'aîne sur la branche horizontale du pubis par un aide intelligent, ou en plaçant le tourniquet à la partie moyenne inférieure de la cuisse, et non point au jarret, comme plusieurs le recommandent, afin de ne point gêner l'application de l'appareil. Si l'on n'avait point un aide sur l'intelligence duquel on pût compter, il vaudrait mieux se servir du tourniquet que de faire comprimer l'artère au pli de l'aîne. Le tourniquet n'a point ici les mêmes inconvéniens que dans l'amputation de la cuisse, où il s'oppose, comme nous l'avons dit, à la rétraction des muscles.

La jambe est étendue sur la cuisse et contenue par deux aides, dont l'un l'embrasse avec ses deux mains au-dessous du genou, et tire la peau en haut, et l'autre au-dessus des malléoles. Le Chirurgien placé au côté interne du membre, pour pouvoir scier les deux os en même temps, incise la peau circulairement à trois travers de doigt environ au-dessous de l'endroit où il se propose de scier les os. En général cette incision doit être faite plus ou moins loin de cet endroit, suivant la grosseur du membre, afin de conserver assez de peau pour recouvrir toute la surface de la plaie. Elle doit être faite en deux traits de couteau, dont l'un divise la peau dans la moitié postérieure de la jambe, et l'autre dans la moitié antérieure. Lorsque la peau est incisée, on la dissèque de bas en haut avec un bistouri jusqu'à l'endroit où les chairs doivent être coupées, en ayant l'attention de conserver sur sa face interne le plus de tissu cellulaire possible. La peau disséquée et renversée de bas en haut, est assujettie par l'aide qui tient la partie supérieure du membre. On coupe alors les chairs au niveau de la

base du pli formé par la peau. On divise d'un seul trait jusqu'aux os les muscles de la région postérieure, et d'un second coup ceux de la région antérieure et interne. On incise ensuite les chairs qui se trouvent dans l'intervalle des os de la manière suivante : on enfonce le couteau de devant en arrière dans cet intervalle, et en le retirant on fait glisser sa pointe sur la face externe du tibia, afin de diviser le muscle jambier antérieur qui s'y attache. On porte le doigt indicateur dans l'entre-deux des os, on le promène sur leur surface, et si l'on reconnaît que toutes les chairs n'ont pas été divisées, on coupe avec le bistouri, dont on promène le tranchant sur les os, celles qui sont restées intactes, et le périoste avec elles.

Les chairs exactement et entièrement coupées, le périoste incisé, on introduit de derrière en devant entre les os, soit avec le bout du doigt, soit avec la pince à anneaux qui sert aux pansements, le chef mitoyen de la compresse fendue, dont les chefs latéraux sont placés, l'un en dedans et l'autre en dehors. Ces trois chefs, ainsi que le plein de cette compresse, sont couchés sur le membre et tirés en haut par l'aide qui assujettit la partie supérieure de la jambe. Alors on procède à la section des os en commençant par le tibia ; mais au lieu de scier cet os perpendiculairement à son axe dans toute son épaisseur, on fait d'abord à sa partie antérieure une section oblique de haut en bas et de devant en arrière qui en détache un lambeau à la base duquel on commence la section perpendiculaire à l'axe de l'os. Par ce procédé, qui est, je crois, de l'invention de M. Béclard, on donne à la partie antérieure de l'extrémité du tibia une forme arrondie sur laquelle la peau s'applique exactement,

et n'est point exposée à être divisée par le bord tranchant de l'os, comme dans le procédé ordinaire. Lorsqu'on a scié le tibia dans le tiers environ de son épaisseur, on fait agir la scie sur les deux os en même temps, ce qui s'exécute facilement en levant un peu la main qui tient le manche de l'instrument. On dirige l'action de la scie de manière que le péroné soit coupé entièrement avant le tibia, qui étant plus solide, est moins exposé à s'éclater. D'ailleurs, si le tibia était scié le premier, il serait à craindre d'ébranler fortement l'articulation supérieure du péroné et d'attirer un engorgement fâcheux sur cette partie. La mobilité du péroné pouvant gêner l'action de la scie, l'aide qui tient l'extrémité inférieure du membre doit le rapprocher du tibia en le pressant un peu pour lui faire perdre une partie de sa mobilité, et pour empêcher qu'il ne s'éclate : cette précaution est surtout nécessaire lorsqu'on pratique cette opération pour une fracture comminutive des deux os. Il conviendrait même alors, si le fragment supérieur du péroné était très-mobile, d'assujettir les deux os l'un contre l'autre avec une ficelle avant de les scier.

Lorsque les os sont sciés, on ôte la compresse fendue et l'on procède à la ligature des vaisseaux. On saisit l'une après l'autre, les artères tibiales et la péronière avec une pince à dissection, on les tire hors des chairs et un aide y place une ligature immédiate. Si l'on ne pouvait pas les tirer assez à soi pour les lier immédiatement, on en ferait la ligature au moyen d'une aiguille courbe. On doit lier non seulement les trois artères dont nous venons de parler, mais encore tous les rameaux musculaires qui peuvent être aperçus et saisis avec la pince à dissection.

Les artères étant liées, il faut panser la plaie. Après l'avoir bien nettoyée, au moyen d'une éponge fine imbibée d'eau tiède, on fait fléchir le moignon à angle droit, on ramène la peau sur la surface de la plaie; on l'y ajuste exactement et on la maintient avec des bandelettes de diachylon gommé. La peau ne doit être ajustée sur la surface du moignon ni directement de dedans en dehors, ni de derrière en devant, mais bien dans le sens d'une ligne perpendiculaire à la surface du ligament inter-osseux, afin que la peau ne soit point tendue sur les bouts des os qui pourraient l'irriter, en déterminer l'inflammation et même la gangrène. Quand les bandelettes agglutinatives sont appliquées, on met par dessus un plumasseau couvert de cérat; on place sur ce plumasseau une quantité suffisante de charpie sèche, des compresses longues et étroites, les unes de dehors en dedans, les autres de derrière en devant, et se croisant sur le moignon: on les assujettit avec une compresse circulaire et une bande roulée à un chef avec laquelle on fait des circulaires dont les uns entourent le moignon, et les autres passent sur son extrémité et sur le genou, en formant ce qu'on appelle la *capeline*. L'appareil appliqué, on porte le malade dans son lit, et on place un coussin sous le jarret afin que la cuisse et le moignon soient un peu fléchis. Du reste, pour prévenir les accidens, les combattre, et conduire la plaie à parfaite guérison, on se conduit comme après l'amputation de la cuisse.

De l'Amputation de la Jambe à lambeau.

L'amputation à lambeau a été imaginée pour

la jambe, et n'a d'abord été appliquée qu'à ce membre. Par la suite on en a étendu l'usage à la cuisse, au bras et à l'avant-bras. Lowdham, chirurgien à Oxford, est le premier qui ait eu l'idée de pratiquer l'amputation de la jambe en conservant un lambeau de chair qui doit être appliqué sur le moignon après la séparation du membre. La méthode de Lowdham est consignée dans une lettre que Jacob Young, chirurgien à Londres, a insérée à la fin d'un traité intitulé : *Currus triumphalis à terebintho*, qu'il a publié en 1679. On ne fit pas d'abord beaucoup d'attention à cette méthode; mais dix-huit ans après, c'est-à-dire, en 1696, Verduyn, célèbre chirurgien d'Amsterdam, après l'avoir pratiquée, la décrivit dans un ouvrage qui a pour titre : *Dissertatio epistolica de nova artuum decurtandorum ratione*. En 1702, Sabourin, très-habile chirurgien de Genève, la proposa à l'Académie royale des Sciences, qui suspendit son jugement en attendant les preuves que l'expérience pourrait fournir. On ignore si Verduyn et Sabourin avaient lu l'ouvrage d'Young; et si l'on ne peut leur attribuer la gloire de l'invention, on ne doit pas du moins leur refuser celle de l'avoir tirée de l'oubli, et de lui avoir donné une vogue passagère.

Voici la manière dont on pratique cette opération :

Le cours du sang étant suspendu par la compression de l'artère crurale dans l'aîne, ou par le tourniquet, on embrasse la jambe avec la main gauche au-dessous du jarret; on enfonce à l'un de ses côtés un couteau droit, dont le tranchant est tourné en bas, et que l'on fait passer le plus près des os qu'il est possible et sortir de l'autre côté;

on conduit le couteau vers le pied en rasant la face postérieure du tibia et du péroné, et on fait un lambeau du muscle soléaire et des jumeaux, que l'on coupe plus ou moins loin du tendon d'Achille : ensuite on relève ce lambeau vers la cuisse, et on divise circulairement au niveau de sa base la peau et les muscles depuis le bord interne du tibia jusqu'au bord externe du péroné ; on coupe aussi les chairs qui peuvent être restées entières sur la partie postérieure des os, et celles qui sont situées dans leur intervalle. Cela fait, on relève les chairs avec la compresse fendue, et on scie les os. Lorsque le membre est séparé, on fait la ligature des vaisseaux ; on nettoie la plaie avec une éponge, puis on applique le lambeau sur la surface du moignon qui doit en être recouverte exactement. S'il est trop grand et inégal, on retranche ce qu'il a de trop, et on le maintient en place avec des bandelettes agglutinatives. Le reste du pansement se fait comme dans l'amputation ordinaire.

L'oubli dans lequel cette opération est tombée, quoiqu'elle ait été pratiquée plusieurs fois avec succès, nous dispense d'entrer dans le détail des modifications qu'on lui a fait subir, et dans la discussion des avantages que lui ont attribués ceux qui ont voulu la substituer à la méthode ordinaire.

De l'Amputation du Bras.

L'amputation du bras, comme celle de la cuisse, doit être faite le plus bas possible. Voici comment on la pratique :

Le malade est assis sur une chaise ; le bras élevé dans une situation horizontale, si la ma-

ladie le permet, est maintenu par deux aides, dont l'un embrasse sa partie supérieure et tire la peau en haut, et l'autre, sa partie inférieure au-dessus du coude; un troisième aide soutient la main, et un quatrième comprime l'artère brachiale contre la partie interne supérieure de l'humérus. Si la maladie exigeait que le bras fût coupé très-haut, il ne resterait plus de place pour comprimer l'artère dans l'endroit qui vient d'être indiqué. Alors on serait obligé de placer dans le creux de l'aisselle une petite pelotte sur laquelle l'aide appuyerait fortement pour presser l'artère contre la tête de l'humérus. Le Chirurgien placé au côté externe du membre, incise la peau circulairement à un pouce plus ou moins, suivant la grosseur du membre, au-dessous de l'endroit où il se propose de scier l'os. Cette incision faite, l'aide qui embrasse la partie supérieure du membre tire la peau en haut, de sorte que les chairs se trouvent découvertes de plus d'un pouce; le Chirurgien les coupe circulairement jusqu'à l'os au niveau du bord supérieur de la peau. Aussitôt qu'il a fait cette section, le muscle biceps se retire; mais le brachial antérieur et le triceps n'abandonnent point l'humérus parce qu'ils lui sont adhérens par l'une de leurs surfaces. Les fibres de ces muscles qui ne tiennent point à l'os, se retirent, et si l'on faisait la section de l'os au niveau des fibres qui lui sont adhérentes, le moignon aurait une forme conique. Pour prévenir cet inconvénient, l'opérateur coupe les portions charnues adhérentes à l'humérus, et le périoste au niveau des fibres que la rétraction a le plus rapprochées de leur attache supérieure. Cette attention, toute simple qu'elle paraisse, donne le moyen de scier l'os un pouce

plus haut qu'on ne le ferait sans cette précaution.

Lorsque les chairs sont coupées, on les relève avec la compresse fendue, et on procède à la section de l'os. On fait la ligature des vaisseaux et l'on applique l'appareil, qui ne diffère point de celui de l'amputation de la cuisse. On remet le malade dans son lit, où il est placé de manière que le moignon soit un peu élevé.

Lorsque l'amputation du bras est pratiquée suivant le procédé que nous venons de décrire, au-dessous de l'insertion du deltoïde à l'humérus, on n'a à craindre, ni la forme conique du moignon, ni la dénudation de l'os. Cette dénudation ne serait guère à craindre, en supposant que l'amputation fût mal faite; le moignon seulement resterait pointu, ce qui rendrait la cure plus longue qu'elle ne devrait l'être. Mais lorsque la maladie pour laquelle on pratique l'opération exige que l'amputation soit faite beaucoup au-dessus de l'angle inférieur du deltoïde, à l'endroit où les tendons des muscles grand pectoral, grand dorsal et grand rond s'attachent à l'humérus, si le procédé que nous avons décrit suffit ordinairement pour prévenir la dénudation de l'os et la forme conique du moignon, il n'empêche pas toujours que la rétraction de ces muscles ne s'oppose au mécanisme par lequel la nature procure la réunion des plaies avec perte de substance, et qu'elle ne fasse dégénérer en un ulcère habituel celle qui résulte de l'amputation circulaire du bras dans le lieu que nous venons d'indiquer. Louis dit en avoir vu des exemples; et il veut que dans ce cas on fasse par choix l'amputation à lambeau. Cette opération se pratique de la manière sui-

vante : on fait avec un bistouri droit une incision transversale jusqu'à l'os, un peu au-dessus de l'angle inférieur du deltoïde ; ensuite, on pratique deux autres incisions longitudinales le long du bord antérieur et du bord postérieur de ce muscle : ces deux incisions tombent presque perpendiculairement sur la première, et forment un lambeau trapézoïde ; on détache ce lambeau jusqu'auprès de sa base, et on le fait relever par un aide : on fait la section circulaire du reste de l'épaisseur du membre au niveau de la base du lambeau, et on achève l'opération comme nous l'avons dit précédemment. Cette opération a été pratiquée plusieurs fois avec succès, comme on peut s'en convaincre, en lisant l'observation rapportée par Louis dans les Mémoires de l'Académie de Chirurgie, t. V. in-12, p. 428.

De l'Amputation de l'Avant-Bras.

Le lieu de l'avant-bras où l'amputation doit être faite est déterminé par le siège et l'étendue de la maladie qui rend l'opération nécessaire. En général, on doit la faire le plus bas qu'il est possible, parce que la portion du membre qui reste sera d'autant plus utile qu'elle aura plus de longueur, et que la plaie aura moins d'étendue et sera plus promptement guérie.

Le malade doit être assis sur une chaise : il pourrait aussi être placé sur le bord de son lit ; mais cette position est moins commode pour l'opérateur que la première. L'avant-bras est soutenu dans une position horizontale par deux aides dont l'un tient le coude, et l'autre le poignet : un troisième aide suspend le cours du sang dans le membre en comprimant l'artère brachiale contre la partie interne supérieure de

l'humérus ; endroit où l'on appliquerait le tourniquet si l'on n'avait point un aide sur l'intelligence duquel on pût compter. Le Chirurgien placé au côté interne, après avoir recommandé à l'aide qui tient la partie supérieure de l'avant-bras de tirer la peau en haut, incise celle-ci circulairement à un pouce plus ou moins, selon la grosseur du membre, au-dessous de l'endroit où il se propose de scier les os ; il la dissèque jusqu'à cet endroit, la renverse de bas en haut et la fait tenir par un aide. Alors il coupe les chairs jusqu'aux os, au niveau du pli formé par la peau renversée. Dans cette première incision il ne peut diviser que les chairs qui dépassent le niveau des bords antérieurs et postérieurs du cubitus et du radius, et celles qui sont placées sur la face antérieure de ce dernier. Pour couper celles qui couvrent les faces antérieures et postérieures de ces os, il est obligé de promener à différentes reprises la pointe de l'instrument sur ces faces et de l'enfoncer entre les deux os pour diviser les chairs qui remplissent l'intervalle qui les sépare. La section complète des chairs est d'autant plus difficile que les muscles étant très-nombreux, et n'étant unis entre eux que par un tissu cellulaire lâche, ils fuyent, pour ainsi dire, devant le tranchant du couteau. Lorsque cette division est faite, le Chirurgien doit détacher avec un bistouri, dans l'étendue d'un demi-pouce au moins, les chairs qui sont adhérentes immédiatement aux os ; ensuite il fait relever les chairs avec une compresse fendue à trois chefs et il procède à la section des os. Les deux os doivent être sciés en même temps ; mais comme le radius est plus gros que le cubitus, excepté à sa partie supérieure, la scie doit d'abord porter

sur celui-ci, agir ensuite sur les deux os à la fois, ensorte que la section s'achève en même temps sur l'un et sur l'autre.

On lie les artères. La réunion immédiate convient d'autant mieux ici que la forme un peu aplatie du membre permet de donner à la plaie une disposition qui favorise le contact de ses lèvres dans toute leur étendue. Lors donc qu'on aura bien abstergé avec une éponge le sang qui couvre la surface de la plaie, on rangera les ligatures et on les couchera sur le côté du moignon dont elles sont le plus près. Ensuite l'avant-bras étant fléchi, on ramène de devant en arrière et de derrière en devant, sur l'extrémité des os, les chairs et les tégumens, et on les maintient en contact avec des bandelettes agglutinatives; on applique sur l'extrémité du moignon un plumasseau couvert de cérat, d'autres plumasseaux secs, des compresses longues et étroites, et on assujettit le tout avec une bande roulée disposée en tours circulaires et en renversés qui passent sur le bout du moignon. Le malade replacé dans son lit, le moignon doit reposer sur un coussin qui le tient un peu élevé.

L'amputation à lambeau a été pratiquée à l'avant-bras. Tantôt on n'a fait qu'un lambeau à la partie antérieure du membre, tantôt on en a fait deux, l'un à la partie antérieure, l'autre à la partie postérieure. C'est de cette dernière manière que je l'ai vu pratiquer plusieurs fois. Mais quel que soit le mode opératoire, l'amputation à lambeau est toujours plus douloureuse que l'amputation circulaire, et la guérison de la plaie, dont les lèvres ne se consolident jamais immédiatement dans toute leur étendue, est presque toujours beaucoup plus longue que celle qui suit

la méthode ordinaire, lorsqu'elle est pratiquée suivant les règles que nous avons établies, et que l'on réunit la plaie immédiatement. A ces inconvéniens, qui ont porté presque tous les praticiens à rejeter l'amputation à lambeau, on peut en ajouter un autre qui, quoique moins grave, mérite cependant d'être pris en considération : c'est, et Ruysch en a fait la remarque, c'est de s'écarter de la règle qui enseigne de conserver de la partie le plus qu'il est possible, puisque l'on perd nécessairement toute la longueur des lambeaux.

De l'Amputation des os du Métacarpe et du Métatarse.

Cette opération peut être faite dans la continuité de ces os, ou dans leur articulation avec les os du carpe ou du tarse. Il ne sera question ici que de la première.

L'amputation dans la continuité de ces os est préférable à leur désarticulation, et on doit la pratiquer lorsque l'étendue de la maladie qui l'exige le permet. Le procédé opératoire n'est pas le même pour tous les os du métacarpe et du métatarse.

Dans l'amputation du premier, du second et du cinquième os du métacarpe on conserve un lambeau qui, dans le premier et le second de ces os, doit correspondre à leur côté radial, et dans le cinquième à son côté cubital. Dans l'amputation du premier et du cinquième os du métatarse, on conserve aussi un lambeau qui, dans le premier, correspond à son côté interne, et dans le cinquième à son côté externe.

Ce lambeau doit s'étendre, autant que cela est

possible, depuis un peu au delà de l'endroit où l'on se propose de commencer la section de l'os, jusqu'à son extrémité digitale. On lui donne la plus grande épaisseur possible, et une largeur égale à celle de la surface de la plaie, sur laquelle il doit être appliqué. La longueur et la largeur de ce lambeau sont déterminées par deux incisions qui s'étendent de sa base à son sommet, où elles se réunissent à angle aigu un peu arrondi, et qui pénètrent dans toute l'épaisseur des parties qui composent le lambeau. Lorsque ces deux incisions sont faites, on détache le lambeau jusqu'à sa base, en coupant le plus près possible de l'os. On incise ensuite dans toute l'épaisseur de la main ou du pied, en rasant l'os qui doit être enlevé, les parties molles qui sont situées entre lui et l'os correspondant. Cette incision doit s'étendre depuis l'angle qui sépare les doigts jusqu'au niveau de la base du lambeau. Lorsqu'elle est faite, et que l'on a coupé dans toute la circonférence de l'os les parties molles qui peuvent encore y être adhérentes, on scie l'os avec une petite scie dont la lame est très-étroite ; mais avant on fait relever le lambeau par un aide, et on place dans l'incision qui sépare l'os voisin de celui qu'on doit couper, une lame de bois ou de plomb très-mince, ou bien une carte à jouer pour garantir les chairs de l'action de la scie. Au lieu de scier l'os perpendiculairement à son axe, ce qui ne permettrait pas d'appliquer exactement le lambeau sur son extrémité, on le scie obliquement en commençant au niveau de la base du lambeau. De cette manière la surface de la section de l'os forme avec celle de la plaie un plan continu sur lequel le lambeau s'applique avec exactitude. L'os étant

scié, on fait la ligature des artères ; on met le lambeau en contact avec la partie correspondante de la plaie, et on le maintient avec des bandelettes agglutinatives, de la charpie, des compresses et une bande roulée.

Le procédé opératoire est différent pour le troisième et le quatrième os du métacarpe, et pour le second, le troisième et le quatrième os du métatarse. Dans l'amputation de ces os, on sépare celui qui doit être emporté de ceux entre lesquels il est situé, par deux incisions parallèles faites sur ses deux côtés, et qui comprennent toute l'épaisseur de la main ou du pied. Ces incisions doivent s'étendre depuis l'angle de séparation des doigts jusqu'à quelques lignes au-dessus de l'endroit où l'on veut scier l'os. Ces incisions étant faites, on coupe circulairement au niveau de leurs angles la peau, les chairs, les tendons qui environnent l'os ; on procède ensuite à la section de celui-ci, après avoir placé une lame de plomb très-mince dans l'incision qui correspond au côté de cet os opposé à celui sur lequel on commence à faire agir la scie, la lame de celle-ci ne doit avoir que deux, trois lignes au plus de largeur. Il faut scier l'os obliquement, de manière à former un biseau, comme dans l'opération que nous venons de décrire. Quand l'os est enlevé, on procède à la ligature des artères. Si toutes celles qui sont assez grosses pour fournir une hémorragie peuvent être liées, on réunit la plaie immédiatement en rapprochant l'un de l'autre les deux os du métacarpe ou du métatarse, entre lesquels était situé celui que l'on a enlevé. Dans le cas contraire, on tamponne la plaie, et on n'en rapproche les côtés que lorsqu'ils sont couverts de bourgeons charnus, et que la suppuration les a bien dégorgés.

ARTICLE III.

De l'Amputation dans les Articulations.

Il n'est presque aucune articulation des membres supérieurs et inférieurs dans laquelle on ne puisse pratiquer l'amputation. Mais parmi ces articulations, il y en a où l'on fait cette opération par choix, ou suivant le langage de l'école, par *élection*; et d'autres où on la pratique par nécessité. En traitant de l'amputation dans chaque article en particulier, nous dirons quelles sont les articulations où l'on ampute par choix, quelles sont celles où l'on ampute par nécessité. Dans l'un et l'autre cas, on doit, lorsque la maladie pour laquelle on opère le permet, conserver un ou deux lambeaux d'une étendue suffisante pour couvrir complètement la surface articulaire de l'os avec lequel celui qu'on emporte est articulé; et c'est toujours aux extrémités du plus petit diamètre de cette surface que les lambeaux doivent correspondre.

De l'Amputation dans l'Articulation des Phalanges des Doigts.

C'est toujours par choix que l'on ampute dans l'articulation de la seconde phalange avec la première, et dans celle de la troisième avec la seconde. Les phalanges ont trop peu de longueur pour qu'on les ampute dans leur continuité; d'ailleurs la portion restante de la phalange étant privée de ses mouvemens ne peut être d'aucune utilité. Au doigt du milieu et à l'annulaire, lorsque la maladie exige qu'on ampute dans l'arti-

culation de la seconde phalange avec la première, nous pensons qu'il vaut mieux emporter le doigt en entier en le coupant dans son articulation avec l'os du métacarpe. La conservation de la première phalange de ces doigts n'a pas seulement l'inconvénient d'une plus grande difformité, elle a encore celui de nuire aux fonctions de la main et de les rendre douloureuses par les chocs continuels et inévitables auxquels elle est exposée. Nous avons vu des ouvriers, particulièrement des cordonniers, qui ont pris le parti d'en faire faire l'ablation.

L'appareil nécessaire pour l'amputation de la seconde et de la troisième phalanges consiste en un bistouri droit, des bandelettes agglutinatives, de la charpie, des compresses larges d'un travers de doigt, longues de quatre à cinq pouces, une bande roulée de la même largeur et longue d'environ trois pieds.

Le malade étant assis sur une chaise, un aide tient la main en pronation et les autres doigts fléchis ou écartés suivant qu'ils conservent leur mobilité, ou que la maladie pour laquelle on pratique l'opération les a rendus immobiles, comme cela a souvent lieu dans le panaris. Le Chirurgien, debout ou assis vis-à-vis le malade, saisit la phalange qui doit être amputée avec le pouce et l'indicateur de la main gauche. Il tient le bistouri comme pour couper de dehors en dedans, et fait à la peau qui couvre la partie postérieure de l'articulation une incision demi-circulaire dont la convexité est tournée vers l'extrémité du doigt, et dont la partie moyenne correspond à deux lignes environ au-dessous de l'articulation, pendant que les extrémités tombent immédiatement sur ses côtés. Il fait cette

incision en conduisant le bistouri du côté cubital de l'articulation vers le côté radial, si c'est la main droite sur laquelle il opère, et du côté radial vers le cubital, si c'est sur la main gauche. Le Chirurgien détache la peau jusqu'au niveau de l'articulation, ensuite il coupe successivement les ligamens latéraux, le tendon du muscle extenseur et la capsule articulaire; et à mesure qu'il divise ces parties, il abaisse la phalange pour la luxer et l'éloigner de celle avec laquelle elle est articulée. Alors il donne à la lame du bistouri une direction horizontale, et la faisant glisser le long de la face palmaire de la phalange, il sépare celle-ci de la peau dont il forme un lambeau qu'il achève de couper lorsqu'il juge qu'il a assez d'étendue pour recouvrir entièrement la surface articulaire de la phalange restante. On applique ce lambeau sur cette phalange, et on l'y maintient avec des bandelettes agglutinatives : on couvre ensuite le moignon avec un plumasseau enduit de cérat, des compresses étroites dirigées de la face palmaire à la face dorsale du moignon, et le tout est assujetti avec une petite bande roulée.

Le procédé est le même pour l'amputation de la troisième phalange et pour celle de la seconde, parce qu'il y a identité de conformation et de structure entre les articulations de ces phalanges.

La guérison a lieu ordinairement par première intention ou sans suppuration, lorsque la réunion a été faite exactement et que le lambeau a assez d'étendue pour couvrir entièrement la surface articulaire sur laquelle il a été appliqué.

De l'Amputation dans l'articulation de la première Phalange avec l'os du Métacarpe ou celui du Métatarse correspondant.

On pratique cette opération par nécessité ou par choix : par nécessité, lorsque la maladie qui la réclame s'étend au-dessus de l'articulation de la première phalange avec la seconde ; par choix, comme nous l'avons dit précédemment, lorsqu'il s'agit du doigt du milieu ou de l'annulaire, quoique la maladie ne s'étende pas jusqu'à cette articulation, dans laquelle on pourrait par conséquent pratiquer l'opération. Qu'on ampute dans l'articulation de la première phalange avec l'os du métacarpe par nécessité ou par choix, on doit toujours conserver deux lambeaux, l'un au côté radial de l'articulation, et l'autre à son côté cubital ; ou, ce qui revient au même, aux extrémités du plus petit diamètre de la tête de l'os du métacarpe. Qu'on opère sur la main droite ou sur la gauche, on commence par le côté cubital de l'articulation, si c'est le doigt indicateur que l'on enlève, et par le côté radial, si c'est le petit doigt. Quand on ampute le doigt annulaire ou celui du milieu, si c'est à la main gauche, on commence l'opération par le côté cubital de l'articulation, et par le côté radial si c'est la main droite. Cependant si le Chirurgien était ambidextre, il devrait commencer l'opération par le côté de l'articulation correspondant à la main avec laquelle il tiendrait le bistouri. Voici la manière d'opérer.

La main mise en pronation est fixée par un aide qui écarte les doigts voisins de celui qui doit être amputé ; le Chirurgien saisit ce doigt avec

l'indicateur et le pouce de la main gauche ; il tient le bistouri de la main droite comme pour couper de dehors en dedans, et fait une incision demi-elliptique dont la convexité est tournée en bas et qui s'étend depuis le milieu de la partie postérieure de l'articulation jusqu'au milieu de sa partie antérieure ; il détache le lambeau de peau qui résulte de cette incision jusqu'au niveau de l'articulation ; alors il coupe le ligament latéral, luxe le doigt en l'inclinant du côté opposé ; et lorsque le bistouri a parcouru l'étendue transversale de l'articulation, en divisant toutes les parties qu'il rencontre, le Chirurgien tourne le tranchant de la lame en bas, et le fait descendre entre la phalange et la peau avec laquelle il forme un second lambeau semblable au premier. L'étendue de ces lambeaux doit être telle, que, rapprochés l'un de l'autre sur l'extrémité de l'os du métacarpe, ils la couvrent exactement sans se croiser ou se recouvrir l'un l'autre. En faisant ces lambeaux, on doit conduire le bistouri le plus près possible de la phalange et de l'articulation, afin de ne diviser que les artères collatérales du doigt, et non les troncs qui les fournissent. Il faut faire ensorte aussi que les deux incisions, desquelles proviennent les lambeaux, se réunissent à angle aigu devant et derrière l'extrémité de l'os du métacarpe, afin que ces lambeaux puissent se rapprocher avec plus de précision l'un de l'autre.

Lorsque le doigt est enlevé, on saisit les artères avec une pince à dissection, et un aide en fait la ligature. On applique les lambeaux sur l'extrémité de l'os du métacarpe, et on les maintient avec des bandelettes agglutinatives. On place sur ces bandelettes, de la charpie, des compresses

longuettes et une bande dont quelques tours embrassent les deux doigts entre lesquels était situé celui qu'on a enlevé, afin de rapprocher les lambeaux et de les tenir plus exactement appliqués l'un contre l'autre. Si les artères ne pouvaient être pincées et liées à cause de l'épaississement du tissu cellulaire au milieu duquel elles sont placées, au lieu de réunir la plaie immédiatement, il faudrait la remplir avec de la charpie, et la tamponner suffisamment pour prévenir l'hémorragie. Mais alors, dès que l'extrémité de l'os du métacarpe est couverte de bourgeons charnus, et que les lambeaux sont suffisamment dégorgés, on les rapproche au moyen de bandelettes agglutinatives, et on tient appliqués l'un contre l'autre les doigts entre lesquels était situé celui qui a été amputé, afin de favoriser l'agglutination des lambeaux et hâter la guérison de la plaie.

— Il est extrêmement rare qu'on soit dans la nécessité d'emporter en même temps les quatre derniers doigts. Aussi ne trouve-t-on, je crois, dans les auteurs d'autre observation qui se rapporte à l'amputation simultanée de plusieurs doigts que la suivante de Garengot : « Le 12 avril 1729, nous nous transportâmes, M. Jacques, docteur en médecine, et moi, rue Saint-Honoré, près Saint-Roch, chez un ancien bâtier, suivant les armées du Roi, pour y opérer, panser et médicamenter son fils, âgé de seize ans ou environ, qu'il avait mis deux mois auparavant dans une cave pour le punir de petits faits de jeunesse. En entrant dans la chambre de ce malade nous le trouvâmes dans son lit, d'où il exhalait la plus mauvaise odeur qu'on

saurait imaginer. En découvrant les pieds de ce garçon, j'aperçus que leur extrémité antérieure était non seulement gangrénée, mais sphacélée, surtout le pied droit dont la gangrène était un peu au-delà de l'articulation des doigts avec le métatarse. Comme je jugeai l'amputation de ce bout de pied nécessaire, je portai sur-le-champ mon bistouri droit dans la ligne de séparation entre le vif et la mort : je disséquai ensuite jusqu'à ce que je fusse parvenu aux articulations des doigts du pied avec le métatarse, et fis entrer mon bistouri, et alternativement mes ciseaux courbes d'articulation en articulation ; car le difficile de ces sortes d'amputations est qu'il y a bien des détours et qu'il faut de l'adresse et de la patience.

« Comme l'extrémité antérieure des os du métatarse était à nu, on doit présumer qu'il faut en attendre l'exfoliation qui est long-temps à venir. Je couvrais les os avec des plumasseaux trempés dans l'eau-de-vie, et sur les chairs des plumasseaux couverts de styrax, trempés ensuite dans l'eau-de-vie chaude. Par dessus un emplâtre de diapalme dissous dans l'huile rosat, des compresses et le bandage. »

Dans la courte réflexion qui suit cette observation, et qui n'a rapport qu'à la longueur de la guérison des maladies qui attaquent les os du pied et de la main, Garengéot nous apprend que le malade ne fut complètement guéri qu'au bout de trois mois et demi.

M. Lisfranc propose pour l'amputation simultanée des cinq orteils un procédé fort simple, mais qui n'est applicable qu'au cas excessivement rare où les parties molles qui entourent l'articulation de tous les orteils sont saines. On peut

aussi appliquer ce procédé à l'amputation simultanée des quatre derniers doigts. Il s'exécute de la manière suivante : on fait une incision à la peau, depuis le côté radial de l'articulation du doigt indicateur avec le second os du métacarpe, jusqu'au côté cubital de celle du petit doigt avec le cinquième ; cette incision qui décrit une légère courbure dont la convexité est tournée en bas, passe immédiatement au-dessus de l'endroit où les doigts commencent à se détacher de la main. On dissèque la peau jusqu'à l'articulation des premières phalanges pour en former un petit lambeau. On coupe les tendons du muscle extenseur et les capsules articulaires ; ensuite on porte la pointe du petit couteau à lame étroite, avec lequel on pratique cette opération, successivement sur les côtés de chaque articulation, et on divise les ligamens latéraux. Alors les articulations sont largement ouvertes, et en abaissant les doigts, on luxe les premières phalanges. On porte la lame du couteau entre leurs bases et les têtes des os du métacarpe, et à mesure qu'il pénètre, on change la direction de la lame en tournant son tranchant vers l'extrémité des doigts. On la fait glisser entre la face antérieure de la base des phalanges et les parties molles qui la recouvrent, avec lesquelles on forme un lambeau inférieur, auquel on donne, si l'état de ces parties le permet, une étendue suffisante pour qu'il puisse, conjointement, avec le lambeau postérieur, couvrir entièrement les extrémités des os du métacarpe. L'ablation des phalanges achevée, on lie les artères, on ajuste les lambeaux l'un contre l'autre, et on les maintient avec des bandelettes agglutinatives, de la charpie, des compresses et une bande.

*De l'Amputation dans l'articulation des Os du
Métacarpe avec ceux du Carpe.*

Comme nous l'avons dit précédemment, on ne doit pratiquer cette opération que lorsque la maladie qui la rend nécessaire ne permet pas d'amputer dans la continuité de ces os. Ce précepte est applicable surtout au second, au troisième, au quatrième, dont la désarticulation est beaucoup plus difficile que celle du premier et du cinquième.

— L'amputation du premier os du métacarpe dans son articulation avec le trapèze est facile, et s'exécute de la manière suivante : on fait une incision le long du côté cubital de cet os, depuis son extrémité inférieure jusqu'à la supérieure. La peau du dos et de la paume de la main, le muscle adducteur du pouce et le premier interosseux dorsal sont compris dans cette incision. En faisant cette incision, on doit tenir la lame du bistouri le plus près possible de l'os, surtout vers sa partie supérieure, afin d'éviter, si l'on peut, l'artère radiale, là où elle s'engage entre les deux portions du premier interosseux dorsal pour se rendre dans la paume de la main. Cette incision faite, on pénètre dans l'articulation, par son côté interne, en coupant la capsule articulaire; on incline le pouce en dehors afin de faciliter le passage du bistouri que l'on conduit de dedans en dehors, entre le trapèze et l'extrémité de l'os que l'on enlève. La lame de l'instrument parvenue au côté externe de l'articulation, on dirige son tranchant en bas, et on la conduit dans cette direction, entre

le côté radial de l'os et les chairs correspondantes dont on forme un lambeau le plus long qu'il est possible. L'os abattu, on lie toutes les artères dont le calibre pourrait faire craindre une hémorragie; ensuite on applique le lambeau sur la partie correspondante de la plaie, et on le maintient avec des bandelettes agglutinatives. Il est essentiel que le lambeau touche immédiatement la surface articulaire du trapèze pour qu'elle puisse s'y réunir sans suppuration. Si cette réunion n'avait pas lieu, la plaie pourrait rester long-temps fistuleuse. Il convient donc d'exercer sur le lambeau une compression modérée, mais suffisante pour le mettre en contact immédiat avec la surface du trapèze.

— La désarticulation du cinquième os du métacarpe est plus difficile que celle du premier. Voici comment on la pratique : on incise le long de son côté radial la peau et les chairs, depuis l'angle qui sépare le petit doigt de l'annulaire jusqu'à l'extrémité supérieure de l'os : on coupe les ligamens qui unissent cette extrémité à celle du quatrième os, ensuite on cherche à pénétrer dans l'articulation de l'os qu'on veut enlever avec l'os crochu ; mais comme l'articulation est très-serrée, et que les os du métacarpe se touchent par leur extrémité supérieure, on n'y peut arriver qu'avec la pointe du bistouri qui pourrait se casser si elle n'était pas très-forte. Aussitôt que l'articulation est ouverte, on porte le petit doigt en dedans pour écarter l'extrémité de l'os qu'on ampute de la surface de l'os crochu, et faciliter le jeu du bistouri ; lorsque la lame de l'instrument a franchi l'articulation, on tourne son tranchant en bas, et on la conduit le long

du côté interne de l'os où l'on forme un lambeau auquel on donne, autant que cela est possible, une longueur suffisante pour couvrir la surface opposée de la plaie. On fait la ligature des vaisseaux, et l'on procède à la réunion immédiate, comme dans l'amputation du premier os du métacarpe.

— L'amputation du second, du troisième et du quatrième os du métacarpe dans leur articulation avec les os du carpe, présente de grandes difficultés, particulièrement celle du second, à cause de la configuration des surfaces articulaires : aussi ne doit-on pratiquer cette opération que dans les cas où il est absolument impossible d'amputer ces os dans leur continuité. Voici la manière de faire cette désarticulation : on sépare l'os qui doit être emporté, des os voisins, en pratiquant sur chaque côté de cet os une incision qui doit s'étendre jusqu'à son extrémité supérieure ; on coupe en travers la peau, les tendons et les muscles qui correspondent aux parties antérieure et postérieure de cette extrémité ; on divise les ligamens qui l'unissent aux os du métacarpe voisins ; on cherche à faire pénétrer la pointe du bistouri dans son articulation avec l'os correspondant du carpe. Pour y parvenir plus facilement, s'il s'agit du second os du métacarpe, on attaque l'articulation par son côté externe ; par le côté interne, si c'est le troisième ; par le côté externe, si c'est le quatrième. Dès que l'articulation est ouverte, on doit abaisser l'os pour faciliter le jeu de l'instrument ; mais on ne doit l'abaisser que par degrés et à mesure que l'on coupe les ligamens, afin d'éviter les tiraillemens et les déchiremens qui pourraient donner lieu à des accidens nerveux très-graves. J'ai vu le téta-

nos survenir et faire périr le malade à la suite de la désarticulation du troisième os du métacarpe, dans laquelle on avait plutôt déchiré que coupé les ligamens.

L'os enlevé, on lie les artères, on remplit la plaie de charpie, on en couvre le dos et la paume de la main, et on soutient le tout avec des compresses et une bande dont on serre les tours médiocrement. Après cette opération, toujours longue, difficile et douloureuse, on a à craindre des accidens nerveux et inflammatoires : il convient donc d'avoir recours aux antispasmodiques et aux antiphlogistiques. Lorsque la suppuration est établie et que les lèvres de la plaie sont bien dégorgées, on hâte sa guérison en rapprochant les os du métacarpe par un bandage convenablement serré.

De l'Amputation dans l'Articulation du Poignet.

Dans les maladies de la main qui exigent l'amputation, lorsqu'il est possible de conserver une assez grande quantité de peau pour recouvrir l'extrémité du radius et celle du cubitus, on doit pratiquer l'amputation dans l'articulation du poignet de préférence à l'amputation de l'avant-bras. Quelquefois aussi on a coupé la main avec succès dans cette articulation sans conserver assez de peau pour recouvrir les extrémités des os de l'avant-bras; mais alors la guérison de la plaie a presque toujours été très-longue : dans quelques cas, la cicatrisation n'a été complète qu'au bout de quatre mois. L'amputation du poignet, que j'ai pratiquée plusieurs fois avec succès, s'exécute de la manière suivante.

Le cours du sang étant suspendu dans le mem-

bre. par la compression qu'un aide exerce sur l'artère brachiale ou par le moyen du tourniquet, on fait à la peau deux incisions semi-lunaires, l'une en avant et l'autre en arrière; ces incisions, dont la convexité est tournée en bas, et qui se joignent par leurs extrémités sur les côtés du poignet, doivent, suivant l'épaisseur du poignet; s'étendre plus ou moins au-dessous de l'articulation, afin que les lambeaux de peau qui en résultent aient assez d'étendue pour recouvrir entièrement l'extrémité des os de l'avant-bras; on dissèque ces lambeaux jusqu'à l'articulation, on les fait relever par un aide, et on coupe au niveau de leur base tous les tendons, les nerfs et les vaisseaux qui entourent le poignet; on divise ensuite les ligamens qui unissent la main à l'avant bras. Le côté par lequel on doit commencer la section de ces ligamens n'est pas indifférent. Comme la cavité articulaire de l'avant-bras dans laquelle le scaphoïde, le semi-lunaire et le pyramidal sont reçus, a la forme d'un croissant dont les extrémités sont formées par les apophyses styloïdes du radius et du cubitus, si l'on commençait la section des ligamens par la partie antérieure ou postérieure de l'articulation, la lame du bistouri qui est droite, agirait tout à la fois sur le milieu de l'articulation et sur les apophyses styloïdes du radius et du cubitus, qui arrêteraient son tranchant. L'apophyse styloïde du cubitus descendant plus bas que l'articulation du poignet, et son sommet se trouvant au niveau de l'articulation de la première rangée des os du carpe avec ceux de la seconde, si l'on commençait la section des ligamens par le côté interne ou cubital, on tomberait dans cette articulation, et si on continuait l'opération sans

s'en apercevoir, au lieu d'emporter tous les os du carpe, comme on se le propose, on n'enlèverait que la seconde rangée de ces os. J'ai été témoin d'un cas dans lequel cela serait arrivé si l'opérateur ne se fût aperçu à temps de sa méprise. Le sommet de l'apophyse styloïde du radius se trouve juste au niveau du côté externe de l'articulation du poignet, ensorte que le bistouri porté immédiatement au-dessous de ce sommet, pénètre dans cette articulation. C'est donc par le côté radial que l'on doit commencer la section des ligamens. On coupe d'abord le ligament latéral externe, ce qui donne la facilité de faire entrer la lame du bistouri dans l'articulation; on conduit ensuite cette lame de dehors en dedans, en suivant la ligne courbe de la cavité articulaire de l'avant-bras, et on divise la capsule dans toute son étendue, en inclinant la main vers le côté cubital de l'avant-bras pour luxer le poignet; enfin on coupe le ligament latéral interne. La main enlevée, on fait la ligature des artères; on ramène les lambeaux sur l'extrémité des os de l'avant-bras, et on les y maintient avec des bandelettes agglutinatives; mais comme cette extrémité présente une cavité, avant d'appliquer les bandelettes de diachylon gommé, on doit placer des tampons de charpie sur les lambeaux afin qu'ils touchent immédiatement toute la surface de cette cavité, et qu'ils puissent s'y agglutiner par première intention; c'est-à-dire, sans suppuration.

— L'amputation de l'avant-bras dans la jointure du coude ne devant jamais être préférée à celle du bras, lorsque les parties molles qui recouvrent cette articulation sont saines, nous

croyons pouvoir nous dispenser de rapporter ici les différens procédés imaginés pour cette opération, d'après la structure des parties et d'après les expériences faites sur les cadavres. Cependant il y a un cas dans lequel l'amputation de l'avant-bras doit être pratiquée dans l'articulation du coude : c'est lorsque la maladie a fait, pour ainsi dire, les principaux frais de l'opération, et qu'il ne reste plus pour l'achever qu'à faire la section de quelques parties musculieuses, tendineuses et ligamenteuses ; mais alors cette opération ne peut être assujettie à d'autres règles que celles qui sont prescrites par les circonstances mêmes de la maladie.

De l'Amputation du Bras dans son Articulation avec l'Omoplate.

Cette opération, qui suppose dans le Chirurgien autant d'adresse que de courage, ne doit être pratiquée que dans le cas où il est absolument impossible d'amputer le bras dans la continuité de l'humérus. En effet, amputer le bras dans l'articulation scapulo-humérale, lorsqu'on peut le faire dans la continuité de l'humérus, c'est exposer le malade à une opération très-douloureuse et à des accidens beaucoup plus graves que ceux qui accompagnent ordinairement l'amputation du bras dans sa continuité.

On lit dans les opuscules de Morand, 2.^e partie, p. 212, que c'est Morand père qui a fait le premier à l'hôtel des Invalides l'amputation du bras dans l'article, et que c'est à tort que quelques uns l'ont attribuée à Le Dran père, Chirurgien-major des Gardes françaises. Cependant c'est à Le Dran que l'on a fait l'honneur de cette invention dans

le second volume des Mémoires de l'Académie de Chirurgie, sans doute parce que la première description de cette opération se trouve dans les Observations de Le Dran, qui dit l'avoir trouvée parmi les papiers de son père. La maladie pour laquelle Le Dran pratiqua cette opération était une exostose avec carie et vermoulure, qui s'étendait depuis la partie moyenne jusqu'à la tête de l'humérus. Voici de quelle manière il fit l'amputation en présence de plusieurs de ses confrères : il passa d'abord de la partie antérieure du bras à la postérieure, le plus près possible de l'aisselle qu'il pût, une aiguille droite enfilée d'un fil fort, en plusieurs doubles et ciré, râclant l'os avec l'aiguille ; il embrassa avec cette ligature les vaisseaux, toutes les chairs et la peau qui les couvre. Il mit une petite compresse entre les deux chefs de la ligature, et il les serra le plus qu'il lui fut possible. Il reconnut que les vaisseaux étaient bien pris parce que le pouls cessa de battre. Pour lors, avec un couteau droit et étroit, il coupa la peau et le deltoïde transversalement jusqu'à l'articulation, où il coupa de même le tendon du muscle sus-épineux et le ligament orbiculaire.

L'articulation ouverte autant qu'il était nécessaire, l'aide qui tenait le bras fit sortir l'os de la cavité de l'omoplate, en le poussant en haut, ce qui donna à Le Dran la facilité de passer son couteau entre l'os et les chairs ; il le fit couler de haut en bas, en tenant toujours le tranchant un peu tourné du côté de l'os ; ainsi il descendit peu à peu, et coupant ce qui se trouvait sur son chemin, jusqu'au-dessous de l'endroit où il avait fait la ligature des vaisseaux. Il acheva l'opération en divisant le reste des chairs. Comme il

restait un grand lambeau de chairs inutiles, il fit une nouvelle ligature avec une aiguille courbe, le plus haut vers l'aisselle qu'il lui fût possible, en embrassant assez de parties molles, et coupa au dessous ce qu'il y avait de chairs superflues : dans celles-ci se trouva la première ligature que la seconde rendait inutile. Il remplit la cavité de l'omoplate avec de la charpie sèche, ce qu'il continua à tous les pansemens. Il ne se fit aucune exfoliation, la cavité se remplit peu-à-peu de bonnes chairs; les ligatures tombèrent, et la plaie fut guérie en moins de deux mois et demi.

A peine cette opération fut-elle rendue publique, que plusieurs Chirurgiens français firent de l'amputation du bras dans l'article l'objet de leurs méditations, et qu'ils cherchèrent à perfectionner cette opération. Garengot dans la première édition de son *Traité des Opérations*, décrit l'amputation du bras dans l'article d'après Le Dran, sans le nommer, et y joint quelques perfectionnemens imaginés par J. L. Petit. Ces perfectionnemens consistent premièrement à se servir d'une aiguille très-courbe, et tranchante sur les côtés, pour faire la première ligature; secondement à couper avec un bistouri droit, à deux ou trois travers de doigt au dessous de l'acromion, la peau après l'avoir retirée vers le cou, et le muscle deltoïde; troisièmement à former un lambeau triangulaire dont la base regarde l'aisselle et la pointe cadre avec le lambeau du muscle deltoïde; quatrièmement enfin, à relever le lambeau inférieur et à baisser la portion du deltoïde conservée, après avoir fait une seconde ligature et ôté la première. Telles sont les modifications apportées par J.-L. Petit, selon Garengot, au procédé qui avait été suivi par Le Dran. Ces

modifications peuvent être regardées jusqu'à un certain point comme des perfectionnemens à ce procédé; mais La Faye y a beaucoup ajouté en rendant l'opération plus facile, plus courte, plus sûre et moins douloureuse. Sa méthode a été généralement adoptée jusqu'à ces derniers temps; et comme plusieurs praticiens recommandables la préfèrent encore aujourd'hui aux procédés récemment imaginés, nous la décrirons ici; et pour n'y rien changer, nous transcrivons les propres expressions de La Faye.

» Je fais, dit cet habile Chirurgien, avec un bistouri droit ordinaire, à la distance de trois à quatre travers de doigt de l'acromion, une incision transversale qui divise le muscle deltoïde, et pénètre jusqu'à l'os. J'en fais deux autres longues de deux à trois travers de doigt, l'une à la partie antérieure, l'autre à la partie postérieure, de manière qu'elles tombent perpendiculairement sur la première, et qu'elles forment avec elle une espèce de lambeau, sous lequel, après l'avoir séparé, je porte le bistouri pour couper les deux têtes du muscle biceps, et la capsule de l'articulation. Il m'est facile après cela de tirer à moi la tête de l'os et de la dégager par le moyen du bistouri avec lequel je coupe d'un côté et de l'autre, et que je porte entre l'os et les chairs qui sont sous l'aisselle et qui soutiennent les vaisseaux. J'observe de diriger le tranchant de l'instrument du côté de l'os. Je fais ensuite la ligature des vaisseaux le plus près de l'aisselle qu'il est possible, et j'achève de séparer le bras, en coupant les chairs à un travers de doigt de la ligature. J'abaisse le lambeau qui s'ajuste parfaitement à la partie et qui couvre toute la cavité glénoïdale de l'omoplate, en sorte qu'il ne reste

qu'une plaie demi-circulaire. Enfin je laisse sortir par la partie inférieure de la plaie, les extrémités du lien qui a servi à faire la ligature. «

Les avantages de cette méthode sur celle de Le Dran, modifiée par Petit et par Garengéot, sont incontestables. Comme on ne fait la ligature des vaisseaux que lorsqu'on est près de détacher le bras, on épargne au malade les douleurs d'une ligature dans laquelle la peau est traversée deux fois. La situation du lambeau à la partie supérieure rend son application sur la cavité glénoïde de l'omoplate plus facile, en même temps qu'elle favorise l'écoulement du pus, s'il survient une suppuration un peu abondante. Ajoutez à cela que l'épaisseur de ce lambeau et la grande quantité de vaisseaux qui s'y distribuent doivent faciliter sa réunion avec les parties sur lesquelles il est appliqué. Cependant la méthode de La Faye n'est pas entièrement exempte d'inconvéniens. En effet, comme l'artère axillaire est entourée du plexus brachial, il est bien difficile de ne pas passer l'aiguille au travers de quelque'une des grosses branches de ce plexus, ce qui peut donner lieu à des accidens. Le Dran, dans son *Traité des Opérations*, conseille de couper le lambeau inférieur avant de faire la ligature, de saisir aussitôt le tronc artériel, avec le pouce et l'indicateur de la main gauche, et de le lier au moyen d'une aiguille enfilée de trois ou quatre brins de fil cirés, et unis ensemble. Ce procédé n'est pas sans inconvénient; car si l'on ne saisissait pas assez vite l'artère, le malade pourrait éprouver une hémorragie dangereuse. Mais on peut l'éviter par un moyen bien simple, que j'ai indiqué dans un *Mémoire sur la meilleure forme des Aiguilles*

propres à la réunion des plaies et à la ligature des vaisseaux, et sur la manière de s'en servir dans les cas où leur usage est indispensable, présenté en 1791 à l'Académie Royale de Chirurgie, et qui a été inséré depuis dans le 3.^e volume des Mémoires de la Société Médicale d'Emulation. Deux ans auparavant j'avais employé ce procédé sur un malade extrêmement faible et qui n'aurait pu perdre sans le plus grand danger la moindre quantité de sang. Appelé pour seconder l'opérateur, je m'étais chargé des moyens de prévenir l'hémorragie. Je fis donc comprimer l'artère axillaire derrière la clavicule sur la première côte pendant l'opération. Mais comptant peu sur ce moyen, lorsque la tête de l'humerus fut désarticulée, et le lambeau interne détaché de l'os, avant la section de ce lambeau, je le saisis avec l'indicateur et le doigt du milieu placés sur la peau, et le pouce appuyé sur l'artère du côté de la plaie; de cette manière je me rendis facilement maître du sang, pendant que l'opérateur acheva de couper le lambeau; l'artère, dont l'orifice était très-apparent, fut saisie avec une pince à dissection et liée immédiatement. Le malade ne perdit pas une goutte de sang par l'artère principale, et celles qui étaient moins considérables ayant été liées au moment où elles venaient d'être coupées n'en versèrent pas une once. Mais le malade était excessivement épuisé; il succomba au bout de quelques jours. L'idée de ce procédé ne nous appartient pas: l'intérêt de la vérité nous oblige de dire que nous l'avons puisé dans le passage suivant du Traité des Opérations de Bertrandi: » D'autres conseillent, lorsque la tête de l'humérus est retirée hors de l'incision, de serrer fortement les vaisseaux avec le pouce

qu'on applique dessus, et le doigt indicateur et celui du milieu dessous, pour que le sang ne puisse plus passer; ensuite de couper au dessous les chairs et les tégumens, et de ne faire la ligature des vaisseaux qu'après cette manœuvre. » Bertrandi ne dit point quels sont les auteurs qui ont donné ce précepte.

Sharp, Bromfield et plusieurs autres, dans la vue de perfectionner la méthode de La Faye, y ont apporté des modifications. Mais comme ces modifications ne rendent l'opération ni plus sûre, ni moins douloureuse, ni d'une exécution plus facile, nous croyons devoir les passer sous silence.

Desault, à qui la Chirurgie doit des découvertes utiles, et qui a élevé à un haut degré de perfection plusieurs de celles qui étaient déjà faites, a imaginé une méthode pour l'amputation du bras dans son articulation avec l'omoplate, qui diffère essentiellement de celle de La Faye. Dans cette méthode, on conserve deux lambeaux, l'un antérieur, et l'autre postérieur. Comme ces lambeaux correspondent aux extrémités du plus petit diamètre de la cavité glénoïde de l'omoplate, ils s'appliquent plus facilement sur cette cavité, et la recouvrent plus exactement que les lambeaux dont l'un est supérieur et l'autre inférieur; la suppuration, si elle est abondante, n'est point retenue par les lambeaux entre lesquels elle s'écoule aisément. Desault pratiquait ainsi cette opération : le malade, situé convenablement, et l'artère axillaire comprimée par un aide derrière la clavicule, sur la première côte, il enfonçait perpendiculairement un couteau droit dont le dos était tourné en haut, dans la partie antérieure du moignon de l'épaule, im-

médiatement au devant de l'articulation de la clavicule avec l'acromion, au travers du deltoïde, jusqu'à la tête de l'humérus : il contournaît cette éminence avec la pointe du couteau, ensuite ramenant cet instrument à sa première direction, il continuait de l'enfoncer au travers des chairs, pour en faire sortir la pointe près du bord postérieur de l'aisselle; il conduisait le couteau de haut en bas entre les chairs et l'os, en tournant un peu le tranchant vers ce dernier dont il rasait la face interne, pour ne point intéresser les vaisseaux. Parvenu à l'endroit où le lambeau devait se terminer, il dirigeait le tranchant vers les chairs, pour achever la section de ce lambeau. Quoique l'artère axillaire fût comprimée, comme Desault n'avait pas une entière confiance dans cette compression, aussitôt que la section du lambeau était achevée, un aide intelligent devait le saisir avec les trois premiers doigts, et le tenir jusqu'à la fin de l'opération. Le lambeau antérieur étant formé et relevé par l'aide qui l'avait saisi, si l'articulation n'était pas ouverte, Desault faisait porter le bras en arrière par un aide, pour rendre saillante au côté interne de la cavité glénoïde, la tête de l'humérus, sur laquelle il coupait avec un bistouri droit à pointe mousse, le tendon du muscle sous-scapulaire, et le ligament orbiculaire qui lui est intimement uni. Il était facile alors de luxer l'humérus en dedans, de conduire le couteau entre la tête de cet os et la cavité glénoïde, pour couper le reste du ligament orbiculaire et les tendons des muscles sus-épineux, sous-épineux et petit-rond; ensuite de conduire l'instrument de haut en bas, entre le côté externe de l'os et le deltoïde, pour former le lambeau auquel on devait donner une étendue

proportionnée au lambeau interne. Le membre enlevé, on saisissait l'artère axillaire avec une pince à dissection, et un aide en faisait la ligature immédiate. On liait de la même manière toutes les autres artères dont on pouvait apercevoir les orifices; on nettoyait la plaie avec une éponge, on ramenait les lambeaux sur la cavité glénoïde, et on les y maintenait avec des bandellettes agglutinatives, de la charpie, des compresses, et le bandage appelé spica de l'épaule.

Cette méthode a quelque chose de séduisant par la facilité et la promptitude de son exécution sur le cadavre; mais son application sur le vivant, outre qu'elle n'est pas toujours possible, à raison des altérations que la maladie peut avoir fait éprouver aux parties, a des inconvéniens qu'il est facile d'apercevoir. Comme on ne peut compter entièrement sur l'effet de la compression de l'artère axillaire pour prévenir l'hémorragie, on est obligé de faire saisir le lambeau antérieur par un aide au moment où il vient d'être coupé; or, si cet aide n'a point assez d'intelligence pour s'acquitter convenablement de cette fonction, ou s'il vient à se troubler, le malade pourra éprouver une hémorragie dangereuse. Ajoutez à cela, que quelque habile que soit le Chirurgien, il est presque impossible qu'il donne aux deux lambeaux la même étendue et la même forme; ensorte que leur réunion ne pourra se faire avec l'exactitude convenable. Desault ne se dissimulait pas ces inconvéniens: aussi tandis qu'il enseignait cette méthode dans ses cours, et que moi-même, qui étais chargé de la direction de son amphithéâtre, j'apprenais à ses élèves à l'exécuter sur le cadavre, cet habile maître pratiquait la méthode de La Faye sur le vivant.

Cependant la méthode de Desault est assez généralement adoptée aujourd'hui ; mais avec des modifications qui ont fait disparaître les inconvéniens dont nous venons de parler. Ces modifications consistent à terminer l'opération par le lambeau antérieur , à faire comprimer ce lambeau par un aide avant d'en achever la section , afin de se rendre maître du sang , et à faire la ligature immédiate de l'artère lorsque le membre est abattu. Dans ces derniers temps on s'est beaucoup occupé de l'amputation du bras dans l'article , et l'on a imaginé pour son exécution plusieurs procédés dont la plupart se rapportent à la méthode de Desault ; mais comme il serait aussi fastidieux qu'inutile de décrire tous ces procédés , nous nous bornerons à l'exposition de celui qui nous paraît le meilleur.

Quoiqu'on ne fasse la section du lambeau antérieur ou interne dans l'épaisseur duquel l'artère axillaire est située , qu'après avoir fait saisir le lambeau par un aide qui se rend maître du sang , néanmoins , comme on ne saurait prendre trop de précautions contre l'hémorragie , il n'est pas inutile d'arrêter la circulation dans cette artère , en la comprimant au-dessus de l'endroit où l'on pratique l'opération.

L'artère axillaire peut être comprimée derrière ou devant la clavicule : la compression est d'autant plus facile derrière cet os , qu'en cet endroit , l'artère a un point d'appui fixe et invariable sur la première côte , et qu'elle n'est recouverte que par la peau , le muscle peaucier et du tissu cellulaire. Un aide peut faire cette compression avec son pouce , ou mieux encore avec une petite pelotte étroite , oblongue , montée sur un manche , comme un cachet de bureau. Si le ma-

lade pouvait rester immobile pendant une opération si douloureuse que celle dont il s'agit ; si l'on pouvait la pratiquer sans imprimer aucun mouvement au membre, cette compression serait un sûr garant contre l'hémorragie ; mais l'agitation du malade, causée par les douleurs de l'opération, et par celles de la compression elle-même, qui agit tout à la fois sur l'artère et sur le plexus brachial ; les mouvemens qu'il est nécessaire de donner au bras dans les différens temps de l'opération, nuisent à la compression, et la rendent insuffisante pour suspendre entièrement le cours du sang.

L'idée de comprimer l'artère axillaire devant la clavicule, a été inspirée par une remarque de Camper. Ce célèbre professeur avait observé que si l'on porte l'épaule en arrière, et que l'on comprime l'artère axillaire avec le doigt entre la clavicule, le bec coracoïde et le grand pectoral, le pouls cesse sur-le-champ. Lorsqu'on lève et qu'on baisse alternativement le doigt, on sent l'artère battre ou rester immobile ; et si la compression dure quelque temps, les doigts de la personne sur laquelle on fait l'expérience tombent dans l'engourdissement. Les épreuves que Camper a faites sur les cadavres, lui ont également montré que l'artère axillaire peut être comprimée avec succès dans cet endroit. Ayant ajusté à celle du côté gauche une seringue dirigée vers le cœur, après avoir lié l'aorte au-dessous de sa crosse, il a vu que l'eau poussée vers cette artère ne pouvait s'échapper par l'axillaire droite qui avait été ouverte dans le creux de l'aisselle, lorsque l'on comprimait fortement cette artère devant la clavicule. (1)

(1) *Demonst. Anatomico-path. Lib. I.^{er} p. 15.*

Mais dans l'opération dont nous parlons, il y aurait de l'imprudencé à compter sur la compression exercée par un aide devant la clavicule, pour intercepter le cours du sang dans l'artère axillaire, parce que le moindre mouvement de l'épaule suffirait pour rendre la compression inefficace. On ne pourrait l'exercer avec succès, qu'en se servant du tourniquet imaginé par Dahl, qui en a donné la description et la figure dans une thèse qu'il a soutenue à Gottingue, en 1760, sous la présidence de Vogel. On trouve aussi la description et la figure de ce tourniquet dans le tome XXVIII du Journal de médecine.

L'appareil nécessaire pour l'amputation du bras dans l'article, consiste en un couteau droit dont la lame doit avoir au moins sept pouces de long, un bistouri droit à pointe mousse, des pinces à dissection, des fils cirés de différentes grosseurs, des bandclettes agglutinatives, de la charpie, des compresses et une bande longue de huit à neuf aunes roulée à deux globes.

Le malade est assis sur une chaise, la tête appuyée contre la poitrine d'un aide, l'artère axillaire est comprimée; le bras élevé autant que la maladie le permet, est soutenu par un aide. On commence par former le lambeau postérieur, ce qui peut être fait de deux manières : 1.^o en enfonçant perpendiculairement le couteau dans le milieu du bord supérieur du deltoïde, le faisant glisser sur le côté externe de la tête de l'humérus, et sortir devant le bord postérieur de l'aisselle, et le poussant ensuite en bas entre l'os et le deltoïde, jusqu'à l'endroit où l'on juge à propos de terminer le lambeau, ce que l'on fait en coupant les parties de l'intérieur vers l'extérieur; 2.^o en pratiquant avec le couteau à la peau et aux

chairs, une incision demi-circulaire, dont la convexité est tournée en bas, depuis le milieu du bord supérieur du deltoïde jusqu'au bord postérieur de l'aisselle inclusivement, et en détachant ensuite jusqu'à sa base le lambeau circonscrit par cette incision. Cette dernière manière de former le lambeau me paraît préférable à la première, particulièrement pour les Chirurgiens qui n'ont pas une grande habitude des opérations, et qui n'ont point encore pratiqué sur le vivant celle dont il s'agit. Les praticiens habiles peuvent former le lambeau postérieur indifféremment de l'une ou de l'autre manière. J'ai vu plusieurs fois M. le professeur Roux amputer le bras dans l'article avec succès, selon le premier mode; mais, quel que soit celui dont on se serve pour faire ce lambeau, si l'on coupe l'artère circonflexe postérieure, il faut en faire la ligature avant de passer outre.

Le lambeau postérieur étant formé, un aide s'en empare et le tient relevé; l'aide qui soutient le bras le porte en avant afin de rendre la tête de l'humérus saillante en arrière; on coupe avec le bistouri sur cette éminence les tendons des muscles sous-épineux et petit rond, et la capsule articulaire à laquelle ils sont unis; ensuite le bras étant rapproché du corps, et tourné dans la rotation en dehors, on incise les tendons du sus-épineux, de la longue portion du biceps et du sous-scapulaire. Alors l'articulation étant largement ouverte, il est facile d'attirer la tête de l'humérus hors de la cavité glénoïde; lorsqu'elle en est sortie, on porte le milieu de la lame du couteau entre cette éminence et la cavité glénoïde, en évitant l'apophyse coracoïde, contre laquelle le tranchant de l'instrument pourrait

s'ébrécher ; puis conduisant le couteau de haut en bas, le long de la partie interne de l'humérus, en dirigeant son tranchant du côté de cet os pour éviter l'artère axillaire, on le sépare des parties molles qui doivent former un lambeau égal au premier, et qui se compose d'une portion des muscles deltoïde, grand pectoral, biceps, coraco-brachial, et qui renferme l'artère axillaire et les nerfs brachiaux. Cela fait, un aide intelligent embrasse le lambeau avec les deux mains disposées de manière que les doigts indicateurs et médius soient placés sur la peau et les pouces sur la face interne du lambeau, à l'endroit où se trouve l'artère axillaire, sur laquelle il exerce une pression suffisante pour s'opposer à la sortie du sang ; ensuite on coupe le lambeau à la hauteur qu'on juge convenable au-dessous des doigts de l'aide. L'orifice de l'artère axillaire paraît au milieu du sommet du lambeau ; on la saisit avec une pince à dissection, et un aide en fait la ligature immédiate : on lie de même toutes les autres artères dont on peut apercevoir les orifices, quelque petites qu'elles soient. L'opération est terminée : il ne reste plus qu'à panser la plaie. Après l'avoir bien nettoyée avec une éponge, on ramène les lambeaux l'un vers l'autre ; on les applique sur la cavité glénoïde, et on les y maintient avec des bandelettes agglutinatives. Avant d'appliquer ces bandelettes, on place sur les lambeaux des tampons de charpie, afin d'exercer une compression modérée, mais suffisante pour les presser légèrement contre la cavité articulaire de l'omoplate, afin qu'ils puissent s'y agglutiner sans suppuration. On met sur le moignon des gâteaux de charpie qu'on couvre de compresses longitudinales et qu'on assujettit

avec une bande roulée. Après l'opération, pour prévenir les accidens, combattre ceux qui surviennent et conduire la plaie à parfaite guérison, on se conduit comme dans toutes les grandes opérations.

M. le baron Larrey, l'un de nos Chirurgiens militaires les plus distingués, est le premier qui ait pratiqué l'amputation du bras dans l'article selon la méthode de Desault, en commençant l'opération par le lambeau postérieur. Le procédé qu'il emploie diffère si peu de celui que nous venons de décrire, que nous croyons pouvoir nous dispenser de le rapporter ici; mais nous ne pouvons passer sous silence les succès étonnans que cet habile praticien a obtenus en suivant ce procédé. M. Larrey assure que sur cent et quelques opérations de ce genre qu'il a faites dans les armées ou à Paris, plus de quatre-vingt-dix ont eu les résultats les plus heureux.

De l'Amputation dans l'articulation des Phalanges des Orteils entre elles, et dans celle de la première Phalange avec l'os du Métatarse.

On a bien moins souvent l'occasion d'amputer les phalanges des orteils que celles des doigts. Le panaris, qui conduit fréquemment à la nécessité d'amputer les phalanges des doigts, est très-rare aux orteils, comme nous l'avons dit, et c'est presque toujours à l'occasion de l'écrasement de ces derniers que l'on fait l'amputation. J'ai pratiqué une fois sur le même sujet l'amputation du troisième orteil de chaque pied, pour un vice de conformation qui l'empêchait de porter des souliers et gênait singulièrement la marche.

L'amputation des phalanges des orteils se pra-

tique de la même manière que celle des phalanges des doigts. Ainsi il serait inutile de décrire le procédé de cette opération : nous ne pourrions que répéter sans aucune utilité ce qui a déjà été dit. Nous ferons remarquer seulement que la base de la seconde et de la troisième phalange des orteils présentant à sa partie supérieure une espèce de tubercule aplati, qui est surtout très-marqué chez les sujets avancés en âge, la désarticulation de ces phalanges est un peu plus difficile que celle de la seconde et de la troisième phalange des doigts.

De l'Amputation des os du Métatarse.

Les os du métatarse, comme ceux du métacarpe, peuvent être amputés dans leur continuité ou dans leur articulation avec les os du tarse. En général on ne doit recourir à la désarticulation de ces os que lorsque la maladie rend absolument impossible l'amputation dans leur continuité. Cette règle est applicable surtout au second, au troisième et au quatrième os du métatarse, dont la désarticulation est extrêmement longue, difficile et douloureuse, à cause de l'épaisseur considérable du pied. La désarticulation du premier et du cinquième est beaucoup plus facile; mais celle du premier a un inconvénient particulier que voici : l'épaisseur du premier os cunéiforme et la direction transversale de sa face antérieure rendent l'application immédiate du lambeau sur cette face, sinon impossible, au moins très-difficile. Il reste entre cette même face, le lambeau et la partie correspondante de l'incision par laquelle on a séparé le premier os du métatarse du second, un espace

triangulaire dans lequel le sang s'épanche, et où il se fait par la suite une suppuration qui rend la plaie fistuleuse et très-difficile à guérir. Si l'on cherche à prévenir cet inconvénient, en comprimant le lambeau et en lui faisant faire un coude qui en facilite l'application immédiate sur la face antérieure du premier os cunéiforme, la compression peut le faire tomber en gangrène, comme je l'ai vu une fois. L'inconvénient que nous venons de signaler se retrouve encore dans l'amputation du cinquième os du métatarse dans son articulation avec le cuboïde, mais à un moindre degré, parce que la surface articulaire de cet os a moins d'étendue transversalement que celle du premier cunéiforme, et que sa direction, un peu oblique de derrière en devant et de dehors en dedans, est favorable à son contact immédiat avec le lambeau de chairs que l'on conserve dans cette amputation.

Lorsque l'ablation des os du métatarse dans leur continuité ou dans leur contiguité paraît indiquée par la carie ou par la nécrose de ces os, on ne doit se déterminer à cette opération qu'après avoir épuisé toutes les autres ressources de l'art, et reconnu l'impuissance des efforts de la nature. Combien de fois n'avons nous pas vu des nécroses des os du métatarse et même de ceux du tarse, pour lesquelles des Chirurgiens, plus confians dans les moyens violens de l'art que dans les ressources de la nature, avaient jugé l'amputation nécessaire, se terminer heureusement par la séparation et la sortie des os nécrosés !

Le procédé opératoire pour l'amputation des os du métatarse, soit dans leur continuité, soit dans leur contiguité, étant le même que pour l'amputation des os du métacarpe, il serait inutile de le décrire ici de nouveau.

De l'Amputation partielle du Pied.

Cette opération peut être pratiquée dans l'articulation des cinq os du métatarse avec les os du tarse, ou dans celle du scaphoïde avec l'astragale, et du cuboïde avec le calcanéum.

Le traité des opérations de Garengéot, dont la première édition parut en 1720, contient une indication vague de l'amputation partielle du pied dans l'articulation des os du métatarse avec ceux du tarse. Voici comment cet auteur s'exprime à ce sujet : (t. III, p. 414) « Quoique la » règle générale de couper les branches ou extré- » mités du corps prescrive d'amputer moins du » bras que de la jambe ; si l'on peut néanmoins » conserver une partie du pied, il est plus pru- » dent de faire l'amputation dans le pied même, » je veux dire, entre les os du métatarse, ou entre » les articulations des orteils avec le métatarse ». Plus loin, Garengéot ajoute : « comme cette am- » putation n'est qu'une séparation des pièces » maléficiées d'avec celles qui sont saines, et » qu'elle doit se faire dans un grand nombre de » jonctions d'os qui ne sont point au niveau les » unes des autres, elle est plus vétilleuse et plus » embarrassante que les autres amputations. » L'adresse et le génie sont donc d'une grande » nécessité pour conduire un bistouri entre les » os du métatarse, etc., couper les ligamens qui » les unissent, et ménager le plus de peau qu'il » est possible, car voilà tout ce que nous pres- » crivons ». On a cru voir dans ce passage de Garengéot l'indication précise de l'amputation partielle du pied dans l'articulation des cinq os du métatarse avec ceux du tarse; mais en pesant

bien les expressions dont il se sert, on est porté à croire qu'il a voulu parler de l'amputation partielle de quelques-uns de ces os, et non de la désarticulation simultanée des cinq os du métatarse, telle qu'on la pratique aujourd'hui, d'après des règles fondées sur la connaissance anatomique des parties. Les traités d'opérations postérieurs à celui de Garengéot ne font aucune mention de cette opération. M. le baron Percy, dans un rapport fait en 1815, à l'Académie royale des Sciences, sur un mémoire présenté à cette Académie par M. Lisfranc, raconte qu'il a pratiqué cette opération, en 1789, sous les yeux de Louis, sur un moine profès de Clairvaux, dont la moitié antérieure du pied gauche était affectée de carie, et offrait plusieurs fistules à la suite d'un écrasement; mais M. Percy ne décrit point le procédé qu'il a suivi; il se contente de dire avec candeur qu'il eut beaucoup de peine à trouver l'interligne des os du tarse qui étaient tous sains et de ceux du métatarse, les seuls qui fussent manifestement malades, et qu'il s'en tira fort mal, quoiqu'il eût sous les yeux le pied d'un squelette, et qu'il eût répété la leçon sur le cadavre. Quoique le malade eût beaucoup souffert pendant l'opération, il n'en guérit pas moins vite et sans éprouver aucun accident. M. Hey, célèbre praticien anglais, a fait deux fois cette opération. Nous ne décrirons pas le procédé qu'il a suivi, parce qu'il est défectueux en plusieurs points, et qu'il ne doit pas être imité:

M. Villermé a publié, au mois de février 1815, un mode opératoire pour cette amputation. Enfin M. Lisfranc a lu sur le même sujet, le 13 du même mois, un mémoire à l'Académie royale des sciences. Ce mémoire, qui est imprimé dans

les *Archives générales de Médecine* (août 1825), est le travail le plus complet et le plus exact que nous ayons sur cette opération. Il est accompagné d'une planche qui facilite singulièrement l'intelligence de l'exposition, peut-être trop minutieuse, que M. Lisfranc a faite de son procédé. Nous allons en donner une description succincte.

Le malade est couché sur le dos; sa jambe demi-fléchie dépasse le bord du lit; un aide la soutient en même temps qu'il fixe le pied, dont le bout est entouré de linge, dans la rotation en dedans. Alors on prend un bistouri droit, dont la pointe doit être épaisse et forte pour qu'elle ne soit point exposée à se casser lorsqu'on la portera entre les os, et l'on fait en travers sur le dos du pied une incision semi-lunaire, depuis l'extrémité externe de l'articulation, qui est indiquée par le sommet de la tubérosité qui se remarque à l'extrémité postérieure du cinquième os du métatarse, jusqu'à son extrémité interne, qui correspond à trois-quarts de pouce environ au devant de l'extrémité interne d'une ligne droite qui serait tirée transversalement et perpendiculairement à l'axe du pied, au niveau de l'extrémité postérieure du cinquième os du métatarse. Cette incision, dont la convexité est tournée vers les orteils, passe à un demi-pouce au devant de l'articulation; elle intéresse la peau, le muscle pédieux, les tendons de l'extenseur commun des orteils, de l'extenseur propre du gros orteil, les vaisseaux et les nerfs. Quand cette incision est faite, si la peau tirée par un aide ne se rétracte pas jusqu'au delà de l'articulation, on facilite sa rétraction en coupant près du bord postérieur de la plaie, le tissu cellulaire qui l'unit aux parties sous-jacentes, ou même en la

disséquant. Si les tendons ne sont point coupés ou ne le sont qu'incomplètement par le premier trait de bistouri, on en donne un second et même un troisième. Il s'agit alors de pénétrer dans l'articulation en coupant les ligamens supérieurs qui unissent ensemble les os qui la composent. La chose serait facile si toutes les surfaces articulaires des os cunéiformes et du cuboïde étaient sur la même ligne; mais il n'en est pas ainsi; quelques-unes de ces surfaces sont plus avancées que les autres, en sorte que l'articulation est un peu anfractueuse, ce qui oblige de conformer la direction de l'instrument à celle de l'interligne des os du métatarse et de ceux du tarse, en coupant les ligamens dorsaux.

L'extrémité externe de l'articulation correspondant au fond de l'enfoncement qui se trouve derrière la tubérosité qui termine l'extrémité postérieure du cinquième os du métatarse, en portant l'instrument dans cet enfoncement, il pénètre à coup sûr dans l'articulation; c'est donc par le côté externe que cette articulation doit être attaquée. Après avoir ouvert la capsule qui borne l'articulation en dehors, on coupe les ligamens dorsaux qui vont du cuboïde au cinquième et au quatrième os du métatarse, en suivant la direction de la face antérieure du premier de ces os qui est un peu convexe dans sa moitié externe et légèrement concave dans l'interne, ensuite on incline un peu le tranchant du bistouri en avant pour gagner l'articulation du troisième os du métatarse avec le troisième cunéiforme, dont on coupe le ligament dorsal en donnant à l'instrument une direction exactement transversale. Lorsqu'on est arrivé au second os du métatarse, on cesse d'ouvrir l'articulation en

allant de dehors en dedans , et l'on attaque son côté interne. Le doigt indicateur ou le pouce placé sur ce côté sert de conducteur au bistouri avec lequel on coupe les ligamens qui vont du premier cunéiforme au premier os du métatarse. Il ne reste plus qu'à ouvrir les trois articulations du second os du métatarse avec les trois cunéiformes : pour faciliter cette ouverture, on commence par couper les trousseaux ligamenteux très-courts et très-forts qui, de la partie inférieure de la face externe du premier cunéiforme, des faces latérales interne et externe du second et du troisième cunéiformes, et de l'interne du cuboïde, se portent aux parties latérales correspondantes de l'extrémité postérieure du second, du troisième et du quatrième os du métatarse. On coupe d'abord le ligament qui va du premier cunéiforme au second os du métatarse : pour cela, on porte le bistouri entre ces os, son tranchant dirigé vers la jambe, et son manche incliné vers les orteils; on enfonce sa pointe sous le trousseau ligamenteux que l'on se propose de couper, et que l'on coupe effectivement de bas en haut et de devant en arrière, en relevant l'instrument à angle droit, et en dirigeant un peu son manche vers le bord interne du pied. On divise les ligamens dorsaux qui unissent les trois cunéiformes à l'extrémité postérieure du second os du métatarse, laquelle est engagée dans une espèce de mortaise formée par ces trois os. Trois traits de bistouri sont nécessaires pour diviser ces ligamens : un postérieur, transversal, par lequel on coupe le ligament qui va du second cunéiforme au second os du métatarse, et deux latéraux qui tombent perpendiculairement sur le premier, et par lesquels on coupe les ligamens

qui vont de ce dernier os au premier et au troisième cunéiformes. Cela fait, on coupe les autres trousseaux ligamenteux inter-osseux en portant la pointe du bistouri de haut en bas successivement sur ces trousseaux ligamenteux. Telle est la manière de couper les ligamens dorsaux et les ligamens inter-osseux. Pendant cette partie de l'opération, qui ne s'exécute pas sans des difficultés plus ou moins grandes, on ne doit se servir que de la pointe du bistouri; si l'on enfonçait la lame entre les os avant que les surfaces articulaires fussent assez écartées pour lui fournir une voie libre, on risquerait de la casser. On facilite leur écartement en abaissant légèrement le bout du pied à mesure que l'on divise les ligamens.

Lorsque les os du métatarse sont assez éloignés de ceux du tarse pour permettre de porter aisément le bistouri entre eux, on coupe les ligamens inférieurs, sur lesquels on promène à différentes reprises la pointe de l'instrument, depuis un des bords du pied jusqu'à l'autre. Ensuite on prend un couteau dont la lame étroite ne doit pas avoir moins de cinq pouces de long; on la porte perpendiculairement entre les os, et lorsqu'elle est parvenue au fond de leur écartement, on lui fait exécuter un mouvement de rotation au moyen duquel son tranchant est dirigé en devant; alors on l'engage sous les os du métatarse, et le conduisant de derrière en devant, en rasant la face inférieure de ces os qui est légèrement concave, on les sépare des chairs de la plante du pied avec lesquelles on forme un lambeau. Ce lambeau doit être assez grand, si l'état des chairs le permet, pour recouvrir entièrement la face antérieure des cunéiformes et du cuboïde, et s'a-

juster avec la peau du dos du pied. Le métatarse enlevé, on fait la ligature des artères; on enlève exactement avec une éponge le sang qui couvre la surface du lambeau; on relève celui-ci, on l'applique sur la face antérieure des os du tarse, et on l'y maintient avec des bandelettes agglutinatives, de la charpie, des compresses, et une bande avec laquelle on fait des circulaires sur la partie restante du pied, et des renversés qui passent sur le moignon.

Telle est l'amputation partielle du pied dans l'articulation des os du métatarse avec ceux du tarse. Cette opération, quoique plus difficile à exécuter que l'amputation dans l'articulation de l'astragale avec le scaphoïde et du calcanéum avec le cuboïde, dont nous allons parler, doit cependant lui être préférée lorsque l'étendue de la maladie le permet.

Chopart est le premier qui ait imaginé et exécuté l'amputation partielle du pied dans l'articulation de l'astragale avec le scaphoïde et dans celle du calcanéum avec le cuboïde. Il pratiqua cette opération le 21 août 1791, à l'occasion d'une tumeur carcinomateuse qui occupait le métatarse, s'étendait entre les os dont cette partie est formée, et dont le premier était carié. Voici de quelle manière il opéra. Il fit d'abord deux incisions latérales, l'une au côté interne et l'autre au côté externe du pied, depuis les articulations dont nous parlons jusqu'à la tumeur; ensuite il fit une seconde section transversale qui joignait l'extrémité antérieure des deux premières incisions. Le lambeau formé par ces trois traits de bistouri ayant été disséqué jusqu'à sa base, Chopart coupa en travers les tendons qui règnent sur le dos du pied, le muscle pédieux et les li-

gamens tant supérieurs que latéraux, qui unissent l'astragale au scaphoïde, et le calcanéum au cuboïde; il luxa ces os en abaissant la pointe du pied, ce qui lui donna la facilité de porter son bistouri entre les os et les parties molles de la plante du pied qu'il coupa de derrière en devant, de manière à former un lambeau inférieur un peu plus long que le supérieur. La ligature des vaisseaux ayant paru indispensable, Chopart lia les artères plantaires et la pédieuse. Il appliqua les lambeaux sur les surfaces articulaires des os, et il les soutint avec un appareil convenable. Malgré la ligature des artères le sang pénétra la charpie, les compresses et la bande, et bientôt il coula si abondamment qu'on fut obligé de lever l'appareil, et de lier plusieurs artères qui n'avaient pas été aperçues au moment de l'opération. Ces nouvelles ligatures ne suffirent pas; le sang coula encore, et l'on fut obligé d'exercer une forte compression. Les lambeaux se collèrent en partie aux surfaces articulaires des os; le reste de la plaie suppura et fut cicatrisé au bout d'un mois. A cette époque le malade commença à s'appuyer sur la portion restante du pied, et lorsqu'il sortit de l'hôpital, le 6 novembre, il était presque aussi ferme sur ce pied que sur l'autre (1).

J'ai pratiqué cette opération suivant le procédé de Chopart, le jour de la bataille d'Eylau, sur M. Deschamps, capitaine de dragons, qui avait eu la partie antérieure du pied brisée par un boulet. Cet officier fut conduit à Thorn où il resta jusqu'à sa guérison qui fut complète au

(1) *La Méd. Eclairée, etc.* (Journal de Fourcroy), t. IV., page 85.

bout de deux mois. De retour en France, M. Deschamps entra en qualité de capitaine instructeur à l'École de cavalerie de Saint-Germain, où il a rempli les fonctions de sa place jusqu'à la suppression de cette école. J'ai eu occasion de le voir plusieurs fois, et je me suis convaincu que la cicatrice transversale qui était plus près de la face supérieure du pied que de l'inférieure, ne s'est jamais déchirée. Il marchait et montait à cheval avec presque autant de facilité que les personnes qui ont les deux pieds dans leur intégrité.

Quelques Chirurgiens blâment, dans le procédé de Chopart, le lambeau supérieur; ils pensent que la cicatrice des deux lambeaux se trouvant en avant sur le milieu du moignon, peut être irritée et même déchirée par le bout du pied artificiel dont on est obligé de faire usage. Mais il n'est pas exact de dire que dans le procédé de Chopart, la cicatrice est tournée directement en avant, puisque le lambeau supérieur est beaucoup moins grand que l'inférieur. Au reste, comme il est très-important, pour la facilité et la promptitude de la guérison de la plaie, que les surfaces articulaires de l'astragale et du calcanéum soient exactement et entièrement couvertes par les lambeaux, on en formera deux ou on n'en formera qu'un, selon l'état des parties molles. Si l'affection de ces parties permet de donner au lambeau inférieur une étendue suffisante pour recouvrir entièrement les surfaces articulaires, on ne fera que ce lambeau: dans le cas contraire, on conservera un lambeau supérieur, et l'étendue respective de ces deux lambeaux sera relative à l'état des parties molles.

Lorsqu'on se propose de ne former que le

lambeau inférieur, on commence l'opération par une incision semi-lunaire sur le dos du pied, qui s'étend depuis le côté interne de l'articulation indiquée par la saillie de la tubérosité du scaphoïde, jusqu'à son côté externe qui se trouve douze ou quinze lignes au-devant de l'extrémité inférieure du péroné, et sept ou huit lignes plus en arrière que la tubérosité de l'extrémité postérieure du cinquième os du métatarse : la partie moyenne de cette incision passe à un demi-pouce au-devant de l'articulation, pour que la rétraction de la peau ne la porte pas au-delà. Si l'on veut conserver un lambeau supérieur, on circonscrit le lambeau par trois incisions, comme dans le procédé de Chopart. Lorsque la peau et le tissu cellulaire sont incisés, on divise les tendons de l'extenseur commun des orteils, de l'extenseur propre du gros orteil, des péroniers et du jambier antérieur, le muscle pédieux et l'artère pédieuse ; ensuite on procède à la section des ligamens dorsaux : dans cette partie de l'opération, le bistouri doit être conduit suivant la direction même de l'articulation qui, dans la partie formée par l'astragale et le scaphoïde, présente une courbe allongée dont la convexité est tournée en avant et en dedans, et dans celle qui est formée par le calcanéum et le cuboïde, imite en quelque sorte une S italique, dont la courbure est beaucoup moins marquée dans la moitié externe que dans l'interne. Dans la division des ligamens dorsaux, on doit s'attacher surtout à couper entièrement un trousseau ligamenteux très-court et très-fort, qui, de la partie antérieure et interne du calcanéum, se porte à la partie externe du scaphoïde ; car ce n'est qu'après que ce trousseau ligamenteux a été coupé que les os s'écartent

facilement : le reste de l'opération, la ligature des vaisseaux et le pansement de la plaie, se font comme dans le procédé de Chopart.

On a reproché à cette opération un inconvénient qui serait très-grave s'il était aussi fondé que quelques personnes le prétendent. On a dit : l'action des muscles extenseurs du pied n'étant plus contrebalancée par celle des fléchisseurs, l'extrémité postérieure du calcanéum est portée en haut, et l'astragale se luxe en avant; dès-lors le sujet ne peut marcher sans que le poids du corps ne porte sur le bout du moignon, et sans que la cicatrice ne se déchire. On assure que ce cas a été observé plusieurs fois à l'Hôtel royal des Invalides, et que l'on a été obligé de faire l'amputation de la jambe au-dessous du genou, parce que les malades ne pouvaient plus marcher. Nous ne nions pas la réalité de ces faits; mais on peut leur opposer un grand nombre d'autres faits où l'inconvénient dont il s'agit n'a point eu lieu. D'ailleurs on peut le prévenir en tenant la jambe demi-fléchie, et appuyée sur son côté externe pendant toute la durée de la cure, et en plaçant sur toute la longueur de ce membre, aussitôt que l'état de la plaie le permet, un bandage roulé sous lequel se trouve engagée une pièce de linge qui est ramenée de la partie postérieure de la jambe sur l'antérieure, en passant sur le talon et sur l'extrémité du moignon, et qui est fixée par des circulaires d'une autre bande. On doit continuer l'usage de ce bandage pendant longtemps après la guérison de la plaie.

Il résulte de ce que nous venons de dire, que dans les maladies du pied qui ne s'étendent pas jusqu'à l'articulation de l'astragale avec le scaphoïde, et du calcanéum avec le cuboïde, l'am-

putation dans ces articulations est préférable à celle de la jambe au-dessous du genou, parce qu'elle est moins longue, moins douloureuse, qu'elle prive le malade d'une moindre partie du membre, et qu'elle l'expose moins aux accidens qui accompagnent souvent les grandes amputations; à quoi on peut ajouter que le moignon du pied qui reste au malade lui sert beaucoup à marcher, et que la jambe naturelle est toujours plus gracieuse qu'une jambe artificielle. Chopart a donc bien mérité de l'art et de l'humanité en imaginant l'opération dont il s'agit, et je crois pouvoir me féliciter d'avoir contribué à faire jouir le public de cette belle conception. En effet, Chopart dont la modestie était extrême, et qui n'était pas tourmenté par le désir, si commun aujourd'hui, de faire proclamer son nom par les journaux, ne songeait point à rendre cette observation publique par cette voie; ce ne fut qu'à ma vive sollicitation qu'il se détermina à la laisser insérer dans le Journal de Fourcroy.

L'amputation du pied, dans son articulation avec la jambe, et celle de la jambe dans l'articulation du genou, étant rejetées aujourd'hui par tous les Chirurgiens, nous croyons pouvoir nous dispenser d'en parler.

De l'Amputation de la Cuisse dans l'Article.

De toutes les opérations de chirurgie que la prudence permet d'entreprendre, il n'y en a pas de plus grave ni de plus effrayante que l'amputation de la cuisse dans l'articulation coxo-fémorale; aussi tous les auteurs conviennent-ils qu'elle ne doit être pratiquée que dans les cas où il est évidemment impossible de sauver le malade par

aucun autre moyen, et où il reste quelque espoir de lui conserver la vie en lui faisant subir cette mutilation. Mais rien n'est plus difficile que de déterminer au juste les cas particuliers dans lesquels un malade ne peut être soustrait à une mort certaine que par l'extirpation de la cuisse, et où l'on peut pratiquer cette opération sans passer pour téméraire et inhumain. Il n'appartient qu'aux Chirurgiens qui possèdent à fond toutes les connaissances qui font la base de la chirurgie, et qui sont très-versés dans la pratique de l'art, de déterminer ces cas.

Morand est, je crois, le premier qui ait entrevu qu'il peut se présenter des circonstances où l'amputation de la cuisse dans l'article est l'unique ressource pour sauver la vie au malade, et qui ait conçu en même temps la possibilité de faire cette amputation sans exposer le malade à périr des suites mêmes de l'opération. Sur la proposition de ce célèbre Chirurgien, l'Académie royale de Chirurgie, en 1756, adopta l'amputation de la cuisse dans l'article, pour le sujet du prix qu'elle distribuait tous les ans; mais comme elle ne voulut rien préjuger sur cette opération, elle se détermina à ne présenter la question que sous une forme problématique. La proposition fut rédigée en ces termes : *Dans le cas où l'amputation de la cuisse dans l'article paraîtrait l'unique ressource pour sauver la vie à un malade, déterminer si on doit pratiquer cette opération, et quelle serait la méthode la plus avantageuse de la faire.* L'Académie reçut douze mémoires dont elle ne fut point satisfaite; elle réserva le prix, et proposa le même sujet pour l'année 1759; cette seconde fois elle reçut trente-quatre mémoires, dont quatorze rejetaient l'opération, et vingt l'admettaient : entre

ces derniers, elle en couronna un qui est imprimé dans le 4.^e volume de ses Prix. L'auteur de ce mémoire (Barbet) pense, comme tous ceux qui ont écrit avant et après lui sur l'amputation de la cuisse dans l'article, que cette opération doit être pratiquée, non-seulement dans le cas où un boulet ou toute autre cause fortement contondante a emporté ou écrasé la cuisse dans sa partie supérieure, et dans celui d'un sphacèle borné à l'articulation de ce membre avec l'os innominé, mais encore dans le cas d'un anévrisme de l'artère crurale au pli de l'aîne, et dans certains vices de l'articulation, comme les abcès de cette partie, la carie, le *spina ventosa*, l'ostéosarcome du col et de la tête du fémur. L'indication de cette opération est positive dans les deux premiers cas, mais il n'en est pas de même dans les autres : en effet, l'anévrisme de l'artère crurale au pli de l'aîne, que l'on regardait autrefois comme incurable, n'est plus considéré comme tel depuis qu'on a lié avec succès l'artère iliaque externe. Le *spina ventosa* et l'ostéo-sarcôme du col et de la tête du fémur n'ont peut-être jamais été observés ; et, en supposant que l'une ou l'autre de ces maladies existât, et qu'elle fût portée au point d'exiger l'extirpation de la cuisse, il est douteux que cette opération pût être pratiquée avec quelque espoir de succès. A l'égard de la carie de l'articulation, comme elle n'est jamais bornée à la tête du fémur, qu'elle s'étend toujours à la cavité cotyloïde, que le plus souvent cette cavité est plus affectée que le fémur lui-même, et que la maladie dépend presque toujours d'un vice interne qui affecte plus ou moins la constitution, il est évident qu'on ne peut la mettre au nombre des cas qui indiquent l'ablation de la

cuisse dans l'article. Cependant cette opération a été faite par M. Baffos , chirurgien en chef de l'hôpital des Enfants , sur un enfant de 7 ans , dans un cas de cette espèce : mais les résultats confirment ce qui vient d'être dit. Le malade n'éprouva aucun accident primitif, et la plaie guérit ; mais l'enfant , qui était scrophuleux, mourut trois mois après par les progrès des scrophules. La cavité cotyloïde était remplie de chairs fongueuses , et l'os innominé profondément carié.

Il résulte de ce que nous venons de dire, que l'ablation ou l'écrasement de la cuisse par un boulet de canon, un éclat de bombe, ou toute autre percussion extrême, si près de sa partie supérieure qu'il ne serait pas possible de l'amputer dans la continuité du fémur, et un sphacèle complet qui serait borné au voisinage de l'articulation, sont les seuls cas dans lesquels on doive pratiquer l'amputation dans l'articulation coxo-fémorale : encore faut-il qu'aucune circonstance ne vienne contre-indiquer l'opération, car si les accidens qui suivent les grands désordres causés par les armes à feu, et qui sont toujours les signes précurseurs de la mort, s'étaient déjà manifestés, l'opération serait inutile et ne servirait qu'à hâter la fin du malade ; elle serait également inutile, nuisible même, si en cas de sphacèle la mortification n'était pas bornée, et la séparation des parties molles d'avec les parties saines déjà commencée, si le malade était tourmenté par la fièvre, si l'économie animale avait éprouvé un grand bouleversement.

Quant à la meilleure méthode de pratiquer l'amputation de la cuisse dans l'article, l'auteur du Mémoire couronné par l'Académie pense qu'on

ne peut indiquer le manuel préférable, ni établir le nombre, la figure et la situation des divisions que l'on sera obligé de faire; que les maîtres de l'art, qui n'agissent que d'après des indications raisonnées, décideront à la vue du désordre quel doit être le procédé le plus convenable au cas qui se présentera, qu'on remplira d'une manière facile, sûre et autant exempte d'inconvéniens qu'il est possible l'intention qu'on se propose, si, en opérant, on emporte l'os par le chemin le plus court, c'est-à-dire, par celui que le mal a parcouru.

Ces réflexions sur le mode d'amputation de la cuisse dans l'article, sont applicables à presque tous les cas qui réclament cette importante opération. Cependant il peut s'en rencontrer dans lesquels la maladie ne saurait avoir aucune influence sur le manuel de l'opération, et où une méthode générale peut être établie sur la connaissance des parties et d'après des essais faits sur le cadavre. Ainsi sous le rapport du procédé opératoire, les cas qui indiquent l'amputation de la cuisse dans l'article peuvent être rangés en deux classes, dont l'une comprend ceux où le manuel est subordonné aux circonstances locales de la maladie, et l'autre, ceux où l'opération peut être pratiquée suivant des règles établies et applicables à tous les cas de même espèce.

Ce qu'il y a de plus redoutable pendant l'opération, c'est l'hémorragie. Aussi, quel que soit le procédé qu'on emploie, on doit se prémunir contre ce formidable accident, soit par la compression de l'artère crurale sur la branche horizontale du pubis, soit par la ligature de cette artère au-dessous de l'arcade crurale. Dans l'amputation ordinaire de la cuisse, la compression

suffit pour suspendre le cours du sang durant l'opération, parce que la direction horizontale du membre et l'immobilité du bassin favorisent cette compression et ne l'exposent à aucune variation; mais il n'en est pas de même dans l'ex-tirpation totale de ce membre, où les changemens de position du bassin et les directions variées de la cuisse dans les différens temps de l'opération peuvent déranger la compression et la rendre insuffisante. La ligature n'a point cet inconvénient : son effet est certain, invariable. Nous pensons donc avec Volher, Puthod, Moublet et M. le baron Larrey, que l'on doit commencer l'amputation de la cuisse dans l'article par la ligature de l'artère crurale. Pour faire cette ligature, on met l'artère à découvert par une incision qui commence à l'arcade crurale et qui se prolonge à deux pouces environ au-dessous. On la sépare du nerf crural qui est situé à son côté externe; on passe entre lui et l'artère une aiguille courbe, à pointe mousse, enfilée d'une espèce de petit ruban composé de quatre ou cinq brins de fil ciré, placés les uns à côté des autres, et on le fait sortir au côté interne de la veine qui se trouve ainsi comprise dans la ligature avec l'artère : on a soin de porter cette ligature le plus près possible de l'arcade crurale, afin qu'elle se trouve au-dessus de la naissance de la profonde, qui, sans cette précaution, fournirait une grande hémorragie pendant l'opération. On place sur le trajet de l'artère, entre les deux chefs de la ligature, un petit rouleau de sparadrap de diachylon gommé, sur lequel on serre ces chefs par deux nœuds simples l'un sur l'autre. Avant de faire le second nœud on s'assure si le premier est assez serré, en posant le doigt au-dessous de

la ligature, sur le trajet de l'artère dont les battemens ne se font plus sentir si la constriction de la ligature est assez forte.

Pendant qu'on fait la ligature de l'artère, le malade est couché horizontalement sur le dos, dans son lit, ou sur une table d'une hauteur convenable et garnie d'un matelas; mais lorsque la ligature est faite, on le place sur le bord du lit ou de la table correspondant au côté de la cuisse qu'on doit enlever, de manière que cette cuisse dépasse le bord du pied du lit et porte à faux dans toute son étendue: il sera couché horizontalement, la tête et le thorax plus bas que le bassin, de façon cependant que la tête soit un peu élevée et soutenue par un oreiller. Le malade sera assujéti dans cette situation par plusieurs aides; deux affermiront son corps, un troisième la cuisse opposée, et un quatrième celle sur laquelle on opère: un cinquième aide seconde le Chirurgien dans l'opération et est chargé de faire la ligature des vaisseaux.

Si la nature de la maladie ne permet pas d'employer une méthode établie d'après des essais faits sur le cadavre, on se conformera aux règles générales suivantes données par Barbet: On dirigera les incisions nécessaires dans l'essence du désordre, qu'il ne faut qu'accroître pour achever l'extirpation commencée du membre, en observant de conserver le plus qu'il sera possible, la peau et les autres parties molles. Si le désordre est tel qu'il n'y ait que peu de parties à diviser, et par conséquent peu de douleur à faire ressentir au malade pour la formation des lambeaux, on ne doit pas hésiter à conserver ces débris. Dans le cas d'un sphacèle borné à l'articulation, il faut suivre la ligne de séparation que la na-

ture a commencée, c'est-à-dire, inciser entre la partie saine et la partie morte. Lorsque le ligament orbiculaire est ouvert en entier, on fait porter la cuisse en dehors, si elle n'est point fracturée, afin de déterminer la tête de l'os à se porter en dedans; on coupe le ligament rond, sans intéresser avec l'instrument tranchant le rebord ligamenteux de la cavité; on fait faire la bascule à la tête de l'os et on achève d'abattre le membre. Si l'on opère pour le fracas du col et de la tête du fémur, en suivant toujours la voie qui conduit à l'os, on amplifiera la division dans le sens du désordre, on coupera la capsule et le ligament rond : la tête de l'os n'étant plus retenue par les parties molles, on terminera promptement l'opération.

Tous ceux qui ont écrit sur l'amputation de la cuisse dans l'articulation coxo-fémorale, excepté Barbet, en ont parlé comme si on la pratiquait sur des parties saines; en conséquence ils ont imaginé des procédés fondés sur les connaissances anatomiques et sur des expériences faites sur le cadavre, qu'ils ont cru pouvoir appliquer à tous les cas particuliers qui peuvent se présenter : mais on sait combien ces méthodes sont incomplètes. On fait sur le cadavre ce qui souvent est inexécutable sur l'homme vivant. Là les parties sont entières; on peut les soumettre à la méthode qu'on s'est créée, conserver celles qu'on veut, agir sans obstacles, sans difficultés : ici, les parties molles que le mal a épargnées et que le Chirurgien doit épargner lui-même, peuvent être situées antérieurement ou en arrière, au côté interne ou au côté externe, être plus ou moins longues, avoir telle ou telle forme. Et que deviennent alors les essais, les études sur le cadavre?

Cependant comme il peut se rencontrer des cas où quelqu'un des procédés établis d'après des essais sur le cadavre, peut être applicable, nous ne croyons pas devoir les passer entièrement sous silence. Le nombre de ces procédés est si considérable que si nous voulions les décrire tous nous serions obligés d'entrer dans de longs et inutiles détails. Nous nous bornerons donc à l'exposition de celui de M. le baron Larrey qui, avec quelques légères modifications, nous paraît le meilleur. Ce procédé consiste à former deux lambeaux latéraux en commençant par l'interne, et à pénétrer par là dans l'articulation. Voici comment on l'exécute.

L'artère crurale étant liée, le malade situé et maintenu comme nous l'avons dit précédemment, le Chirurgien placé au côté externe du membre, plonge perpendiculairement un couteau droit, dont le tranchant est tourné en bas, entre les tendons des muscles qui s'attachent au petit trochanter et le côté interne de la base du col du fémur, de manière à faire sortir la pointe à la partie postérieure ou diamétralement opposée, et en dirigeant le couteau en bas et un peu en dedans, il coupe d'un trait toutes les parties qui doivent former le lambeau interne, auquel il ne faut pas donner trop de longueur. Un aide relève le lambeau vers les parties génitales, et l'on découvre aussitôt l'articulation. L'artère obturatrice et quelques branches de la honteuse sont coupées : il faut de suite en faire la ligature. Le Chirurgien divise toute la portion du ligament orbiculaire qui est à découvert, avec un bistouri droit porté le plus près possible du rebord de la cavité cotyloïde, sans intéresser le bourrelet fibreux qui l'entourne. La cuisse est

portée en dehors, et la tête du fémur sort en partie de sa cavité; on coupe sur cette éminence le ligament rond ou interne qui est alors en évidence; à mesure que la tête du fémur quitte la cavité cotyloïde, on continue la section du ligament orbiculaire, et lorsqu'elle est assez avancée pour qu'on puisse luxer l'os tout-à-fait, on prend un couteau droit, moins long que celui dont on s'est d'abord servi, on porte sa lame entre le rebord de la cavité cotyloïde et le grand trochanter, et en la dirigeant en bas et un peu en dehors, on forme le lambeau externe auquel on donne autant que possible une longueur et une forme semblables à celles du lambeau interne: aussitôt que le lambeau externe est achevé, un aide applique sa main dessus pour couvrir l'ouverture des artères, qu'on lie successivement. L'opération est terminée: il ne reste plus qu'à nettoyer la plaie, à rapprocher et affronter les lambeaux, et à les maintenir au moyen de bandelettes agglutinatives et d'un bandage convenable.

On pourrait faire le lambeau interne de la manière suivante qui me paraîtrait préférable: La peau de la partie interne et antérieure de la cuisse étant tirée en haut par un aide, on ferait une incision sémi-lunaire depuis le niveau de l'épine antérieure et supérieure de l'os des îles, à un pouce environ au-dessous de cette éminence, jusqu'au-dessous de la tubérosité de l'ischion. Cette incision, dont la convexité serait tournée en bas, passerait à un pouce environ au-dessous de celle qui a été faite pour lier l'artère crurale, et du petit trochanter. Elle comprendrait la peau, les muscles couturier, droit antérieur, droit interne, les adducteurs et l'extré-

mité supérieure du biceps, du demi-tendineux et du demi-membraneux. Si tous ces muscles n'étaient pas divisés du premier trait de bistouri, on en donnerait un second et même un troisième. On disséquerait le lambeau, et aussitôt que le muscle pectiné, le tendon commun aux muscles psoas et iliaque seraient à découvert, on en ferait la section; on continuerait la dissection du lambeau en comprenant ces muscles dans son épaisseur. En faisant le lambeau interne de cette manière, l'articulation se trouverait à découvert dans une plus grande étendue, et la section du ligament orbiculaire serait plus facile. On aurait plus de facilité aussi à former le lambeau externe qui, dans le procédé de M. Larrey, est composé d'une si grande quantité de parties, et a une étendue si considérable, qu'il est bien difficile de les comprendre toutes entre les deux extrémités de la lame du couteau, quelque longue qu'elle soit.

Les cas qui réclament impérieusement l'amputation de la cuisse dans l'article, et où elle peut être pratiquée avec quelque espoir de succès, sont si rares, qu'à l'époque où l'Académie royale de Chirurgie en fit le sujet d'un prix, on ne connaissait qu'un seul exemple de cette amputation, si l'on peut donner ce nom à la section du ligament rond et du nerf sciatique pour détacher un membre dont la nature elle-même avait opéré la séparation. Voici le fait : On amena à l'Hôtel-Dieu d'Orléans, pendant l'hiver de 1748, un jeune garçon de 13 à 14 ans, attaqué d'une gangrène causée par l'usage du blé ergoté. La gangrène occupait les deux jambes et une partie des cuisses. Lacroix, Chirurgien en chef de cet hôpital, opposa à la gangrène les moyens

usités en pareil cas ; mais malgré les secours les mieux indiqués , la gangrène s'étendit du côté droit jusqu'à l'articulation de la cuisse , et du côté gauche jusqu'au grand trochanter. On jugea la maladie sans ressource et on s'attendait que l'enfant périrait en peu de temps : il n'en arriva pas ainsi ; la ligne de séparation qui marquait les bornes du mal se manifesta promptement du côté droit ; la nature sépara presque entièrement cette cuisse dans l'article ; le fémur sortait hors de la cavité cotyloïde et n'y était retenu que par le ligament rond ; la cuisse ne tenait plus au tronc que par le nerf sciatique. Dans cette circonstance, Lacroix , en présence de Leblanc , ne se servit que de ciseaux pour achever cette amputation. Le malade était si bien le quatrième jour , que Lacroix se détermina à amputer l'autre cuisse ; la séparation de la partie saine d'avec la partie morte laissait un vide qui lui permit de scier l'os très-près des parties vives. Ainsi ces deux amputations furent faites sans douleur ni hémorragie. Le malade passa assez bien les dix premiers jours qui suivirent la première amputation ; on remarquait que l'ulcère était garni de bonnes chairs , et on voyait déjà quelques bourgeons charnus dans la cavité cotyloïde. La seconde amputation était en assez bon état : enfin on commençait à bien espérer du malade lorsqu'il lui survint de la fièvre ; la suppuration se supprima et il mourut quinze jours après la première amputation.

Sabatier nous apprend que l'Académie de Chirurgie a eu connaissance depuis d'un second exemple d'amputation de la cuisse dans l'article. Ce fait a été confirmé à Sabatier par M. Poutier, Chirurgien de première classe à l'armée de

l'Ouest, qui a eu occasion de voir le sujet à son passage à Tours, au commencement de 1793. François Gois, natif des Ormes, eut la cuisse droite fracassée et violemment contuse à sa partie supérieure par le timon d'une charrette qui le poussa contre un mur en 1773. Il était alors âgé de 21 ans. Il fut confié aux soins d'un Chirurgien nommé Pérault. La douleur, le gonflement et la fièvre furent considérables, et la gangrène se déclara en trois jours. On fit de grandes incisions, et on employa les antiseptiques connus. Il s'établit une suppuration abondante qui dura plusieurs mois, et presque toutes les parties molles se trouvèrent détruites. Le fémur était disséqué de toutes parts ; il restait peu de chose à faire pour en opérer la séparation. Néanmoins Pérault ne jugea pas à-propos de l'entreprendre sans avoir pris l'avis des gens de l'art qu'il put rassembler. Cette opération n'eut aucune suite fâcheuse. L'ulcère se détergea, les tégumens se rapprochèrent, et la guérison fut complète au bout de dix-huit mois. M. Poutier a vu la cicatrice bien consolidée. Elle ne s'est jamais rouverte. Gois a appris depuis le métier de cuisinier qu'il exerce dans une auberge de Sainte-Maure, département d'Indre-et-Loire. Il a été marié et a eu un enfant bien portant.

Dans ces derniers temps, les Chirugiens des armées ont eu fréquemment l'occasion de voir ces grands fracas de la partie supérieure de la cuisse par un boulet de canon ou un éclat de bombe, dans lesquels il ne reste d'autre ressource pour sauver la vie au malade que l'amputation du membre dans l'article. Plusieurs l'ont faite avec succès, et entre autres M. le Baron Larrey, qui sur cinq malades a eu le bonheur d'en sauver

un. Il est probable que quelques-uns des autres auraient été sauvés aussi , si trois de ces malades n'avaient subi un transport long et difficile, et si le quatrième n'eût pas été mis à côté d'un pestiféré qui lui communiqua sa maladie.

CHAPITRE VI.

De la Saignée.

ON donne le nom de saignée à une opération qui consiste à ouvrir un vaisseau sanguin, afin de donner issue à une certaine quantité de sang. Le mot saignée se prend aussi pour le sang qu'on tire par l'ouverture du vaisseau : c'est dans ce sens que l'on dit, grande, abondante saignée, saignée copieuse, etc. La saignée est un des plus grands et des plus prompts moyens de guérison que la médecine connaisse ; mais il en est peu sur lequel les médecins aient autant varié. Laisant de côté tout ce qui a rapport à l'histoire de la saignée, à ses effets et à son usage, nous ne la considérerons ici que comme opération de chirurgie. Il y a deux sortes de vaisseaux que l'on peut ouvrir : les artères et les veines. L'ouverture des artères s'appelle artériotomie ; celle des veines phlébotomie. Aujourd'hui la plupart des auteurs admettent aussi une saignée des vaisseaux capillaires, et ils l'appellent saignée locale, parce qu'elle dégorge spécialement la partie du système capillaire où on la pratique, pour la distinguer de la phlébotomie qu'ils nomment saignée générale, parce qu'elle dégorge, pour ainsi dire, immédiatement tout le système sanguin. Mais il convient de ne pas confondre dans une même description des choses aussi différentes, surtout relativement au point de vue sous lequel nous les considérons. Ce ne sera donc qu'après avoir traité

de la saignée artérielle et de la saignée veineuse , que nous parlerons de la saignée locale par l'application des sangsues, ou par celle des ventouses scarifiées.

ARTICLE PREMIER.

De l'Artériotomie.

L'artériotomie, que les anciens pratiquaient fréquemment; et dont plusieurs auteurs disent avoir obtenu un grand succès dans des douleurs de tête anciennes et opiniâtres, est presque entièrement tombée en désuétude aujourd'hui, et lorsqu'on la pratique, c'est toujours l'artère temporale qu'on ouvre. La situation superficielle de cette artère en rend l'ouverture facile, et le point d'appui solide et invariable que lui fournit le crâne en rend la compression sûre. Voici la manière de faire cette opération.

Le malade étant assis sur une chaise, la tête appuyée contre la poitrine d'un aide, ou couché sur le côté opposé à celui où l'on pratique l'opération, on tâte avec le doigt indicateur l'artère qu'on se propose d'ouvrir. Cette artère est la branche antérieure de la temporale. Dans quelques sujets elle est saillante sous la peau, et on la distingue à la vue; chez d'autres elle ne forme aucune saillie, et on ne juge de sa position que par ses pulsations. On fait avec l'ongle une marque transversale à la direction de l'artère dans l'endroit où on veut l'ouvrir. On tend la peau avec le pouce et le doigt indicateur de la main gauche, tandis qu'avec un bistouri tenu de la main droite, comme pour couper de dehors en dedans, on divise la peau et l'artère en travers.

Aussitôt que cette incision est faite, un sang rouge et vermeil s'échappe; s'il sort par jet, on le reçoit dans une palette; s'il coule en bavant, on l'y conduit au moyen d'une carte pliée en deux suivant sa longueur en forme de gouttière. Lorsqu'on a tiré la quantité de sang suffisante, on rapproche les lèvres de la plaie, et on la couvre de trois ou quatre compresses, dont la première aura un pouce en carré et les autres seront graduellement plus larges. On contiendra ces compresses avec le bandage appelé solaire, étoilé ou nœud d'emballeur, qui se fait ainsi : on prend une bande longue de cinq à six aunes sur deux travers de doigt de large, roulée à deux globes égaux qu'on tient un de chaque main. On applique le milieu de la bande sur les compresses, et l'on conduit ses deux globes l'un par devant et l'autre par derrière, par aller autour de la tête sur l'autre tempe, où on les change de main : on les ramène sur les compresses où on les croise en changeant encore de main, de sorte que si c'est du côté droit, on fasse passer le globe postérieur sous l'antérieur; c'est-à-dire, celui qui a passé sur le front, et qui, dans l'exemple proposé, est tenu de la main droite. Dès qu'on les a changés de main, on en dirige un sur le sommet de la tête et l'autre au-dessous du menton; on continue pour aller les croiser à la tempe opposée à la saignée et de là revenir en changeant de main, autour de la tête, former un deuxième nœud d'emballeur sur les compresses. On achève par des circulaires assez serrés pour employer ce qui reste de bande. Un bandage circulaire bien fait est beaucoup plus simple et produit le même effet. Au reste, quel que soit le bandage dont on se serve, on doit continuer la compression jus-

qu'à ce que l'artère soit oblitérée , ce qui n'a guères lieu qu'au bout de huit ou dix jours.

ARTICLE II.

De la Phlébotomie.

Lorsqu'on se sert du mot saignée sans spécifier l'espèce de vaisseau qui doit être ou qui a été ouvert , on entend parler de la phlébotomie ou de la section d'une veine.

On peut ouvrir toutes les veines que l'on juge pouvoir fournir une suffisante quantité de sang ; mais celles qu'on ouvre aujourd'hui le plus communément sont les veines du bras, du pied ou du cou. Les anciens saignaient à la tête , 1.° la veine frontale ou préparate , dont Hippocrate recommande l'ouverture dans les douleurs de la partie postérieure de la tête ; 2.° la veine temporale , dans les douleurs vives et chroniques de la tête ; 3.° l'angulaire , pour guérir les ophthalmies ; 4.° la nasale , dans les maladies de la peau du visage , comme dans la goutte-rose ; 5.° enfin la ranule ou ranine , dans l'esquinancie. Mais comme toutes ces veines portent le sang dans les jugulaires , en ouvrant la jugulaire externe on obtient le même effet qu'on produirait en ouvrant une de ces autres veines , et on l'obtient plus facilement et plus promptement , parce que les jugulaires étant plus grosses , fournissent par l'ouverture qu'on y fait une bien plus grande quantité de sang ; c'est pourquoi on a abandonné la pratique des anciens , et on n'ouvre guère au tronc que les jugulaires externes.

Quel que soit l'endroit du corps où l'on pratique la saignée , les objets nécessaires pour l'o-

pération et le pansement sont à-peu-près les mêmes. Ces objets sont une ligature, une lancette, un vase pour recevoir le sang, une compresse et une bande. Si l'on ne peut profiter de la lumière du jour, il faut avoir une bougie ou une chandelle allumée.

La ligature est une bande de drap rouge, longue d'une aune environ, large d'un pouce pour les adultes, et de six lignes pour les enfans. Placée autour du membre, entre le cœur et l'endroit où l'ouverture doit être faite, cette ligature fait gonfler la veine en y retenant le sang, et lorsque ce vaisseau est ouvert, elle rend l'écoulement de ce liquide plus rapide et plus abondant.

La lancette est un petit instrument composé de deux parties, la lame et la chasse. La lame faite d'un acier bien trempé, est pointue, tranchante sur ses côtés, disposée en lance, ce qui a fait donner à l'instrument le nom de lancette. La chasse, ou le manche, est composé de deux petites lames d'écaille, de corne ou de nacre, plus longues que la lame d'acier, fixées ainsi qu'elle à un axe sur lequel elles roulent toutes trois, de manière que la lame d'acier peut, à la volonté du Chirurgien, être recouverte par les autres ou s'en séparer.

On distingue trois espèces de lancettes relativement à la forme de la lame : savoir les lancettes à grain-d'orge, les lancettes à grain-d'avoine, et les lancettes à pyramide ou à langue-de-serpent. Les lancettes à grain-d'orge sont larges, et leur largeur ne diminue que vers la pointe : elles conviennent principalement pour les vaisseaux gros et superficiels ; les commençans doivent s'en servir préférablement aux autres lancettes, parce qu'en la plongeant on fait une ouverture suffi-

sante. Les lancettes à grain-d'avoine ont une pointe plus allongée. La pointe des lancettes à pyramide ou à langue-de-serpent est longue, très-fine, très-aiguë, et représente une pyramide. Il convient qu'un Chirurgien ait toujours dans sa poche un étui garni de plusieurs lancettes de différentes sortes et en bon état.

Le vase destiné à recevoir le sang est une espèce de petite écuelle d'étain ou d'argent, à une oreille, à laquelle on a donné le nom de palette, et qui sert à mesurer la quantité de sang que l'on tire dans la saignée. Chaque palette doit tenir quatre onces. La mesure ordinaire d'une saignée est de trois palettes; on les met sur trois assiettes différentes, ou sur un plat où elles puissent être de niveau. Il y a des circonstances qui exigent une saignée plus forte, et d'autres où on ne tire que deux palettes, et quelquefois même une seule. On peut aussi se servir, pour recevoir le sang, comme on le fait dans les hôpitaux, d'un seul vase de grandeur à en contenir seize onces: il est divisé dans son intérieur par des lignes circulaires qui indiquent la quantité de sang qui s'est écoulée. Chacune de ces lignes correspond à une palette. Les Chirurgiens accoutumés à faire des saignées peuvent se passer de ce vase spécial pour recevoir le sang, et savent apprécier avec assez d'exactitude la quantité qu'en contiendra tout autre vase.

La compresse destinée à être placée sur la plaie doit être d'un linge fin, plié en carré et en plusieurs doubles. La bande qui sert à maintenir la compresse, large d'environ un pouce, doit être plus ou moins longue, roulée ou non-roulée, selon l'endroit du corps où on pratique la saignée.

Quant au temps de faire la saignée, on ne choisit pas dans les cas pressans. Lorsqu'on saigne par *précaution* ou pour quelque légère indisposition, on doit le faire, en été, dans les heures où la chaleur est modérée, c'est-à-dire le matin ou le soir. Au reste, on ne doit jamais saigner une personne qui vient de prendre quelques alimens; il faut attendre que la digestion soit faite, excepté dans le cas d'apoplexie et dans quelques autres circonstances urgentes.

Quel que soit l'endroit où se pratique la saignée, on doit se conformer aux préceptes suivans :

Le malade étant situé convenablement, on place la ligature entre le cœur et l'endroit qu'on veut piquer : on la serre suffisamment pour intercepter le cours du sang dans les veines sous-cutanées. Lorsque c'est un lieu où plusieurs veines peuvent être ouvertes, on choisit celle qui convient le mieux. On fait choix de la lancette dont on veut se servir; on l'ouvre de manière que les deux parties de la chasse placées l'une sur l'autre forment avec la lame un angle un peu obtus, et on la met à la bouche de manière que la pointe soit tournée du côté de la partie sur laquelle on opère. On fait sur le trajet du vaisseau, afin d'augmenter encore sa distension, quelques frictions dirigées du côté de la ligature; on assujettit la veine avec le pouce à trois travers de doigt du point qu'on va piquer : on évite de tendre la peau pour que son ouverture reste parallèle à celle de la veine, lorsqu'on cessera de comprimer avec le pouce. On saisit la lancette par son talon avec le doigt indicateur et le pouce; on fléchit ces deux doigts, et posant les autres doigts sur la partie pour assurer la main; on enfonce doucement la

lancette jusque dans le vaisseau , et on agrandit l'ouverture en retirant l'instrument.

Une des règles les plus importantes de l'art de saigner est de porter la lancette plus ou moins perpendiculairement sur la peau , selon que le vaisseau est plus ou moins profond. S'il est très-enfoncé , il faut plonger la pointe de l'instrument presque d'aplomb ; si on le dirigeait obliquement , il pourrait passer par dessus ; si la veine est si profonde qu'on ne peut la distinguer que par le tact , il ne faut point perdre de vue l'endroit sous lequel on l'a sentie ; on peut même y imprimer le bout de l'ongle : on y porte la pointe de la lancette , on l'enfonce doucement ; une légère résistance et quelques gouttes de sang font connaître qu'on a percé le vaisseau , et on agrandit alors l'ouverture avec le tranchant supérieur de la lancette en la retirant. On nomme ce second temps de l'action de l'instrument , élévation , par opposition au premier qu'on appelle ponction. Lorsqu'on ouvre une veine grosse et saillante et qu'on se sert d'une lancette à lame à grain-d'orge , il est à peine nécessaire de faire cette élévation. Ce mouvement n'est guère utile que quand la veine est enfoncée et d'une grosseur médiocre. Dans ce mouvement d'élévation , on doit conduire la lancette de manière que son tranchant supérieur ou antérieur agisse autant et plus même en sciant qu'en pressant : il agirait seulement en pressant si on élevait directement la lame de l'instrument , ou si on lui faisait exécuter une espèce de mouvement de bascule en abaissant le talon de la lancette et élevant sa pointe. Pour diriger cet instrument de la manière la plus convenable , il faut pousser un peu la lame devant soi , en même temps qu'on la re-

tire dans une direction presque perpendiculaire à l'axe du vaisseau.

Tous ces détails sur la manière de se servir de la lancette, en apprennent beaucoup moins que la pratique; et les jeunes Chirurgiens ne sauraient trop s'exercer, d'abord sur les cadavres, ensuite sur les malades dans les hôpitaux.

Les veines peuvent être ouvertes dans trois directions : en long, en travers, et obliquement. On ouvre les grosses veines en long, les petites en travers, surtout lorsqu'elles sont profondes, et les moyennes obliquement.

Quant à la grandeur de l'ouverture, il faut la proportionner à la grosseur du vaisseau. Elle doit être assez grande pour procurer au sang une sortie facile. En général, lorsque les veines le permettent, il vaut mieux faire une ouverture raisonnablement grande, qu'une petite, parce que, en temps égal, on tire plus de sang, et que la saignée dure moins.

Le sang jaillit aussitôt que la veine est ouverte. La personne chargée de tenir la palette qui doit le recevoir la présente, et la remplace par un autre dès qu'elle est pleine. Quand le sang ne coule point par jet, on lâche un peu la ligature; on met l'ouverture des tégumens vis-à-vis celle de la veine, et l'on fait prendre différentes directions à cette ouverture.

Lorsqu'on a laissé couler la quantité de sang suffisante, on suspend son cours, en plaçant le pouce sur la petite plaie, ou en tirant la peau, de manière à détruire le parallélisme de la piqure des tégumens et de celle de la veine. On ôte la ligature, on rapproche les deux lèvres de la plaie, en tirant légèrement la peau dans le sens même de la division. On nettoie les parties que le sang a

tachées, on met la compresse sur l'ouverture, et on applique la bande.

Telles sont les règles générales de l'opération de la saignée : nous devons faire connaître les modifications qu'il convient d'apporter dans l'application de ces règles à la saignée du bras, à celle du pied et à celle du cou.

De la Saignée du Bras.

La saignée du bras est celle qu'on pratique le plus fréquemment, sans doute parce que les veines sous-cutanées, qui se trouvent au pli du bras, sont en général plus grosses, plus superficielles et plus faciles à ouvrir que celles des autres parties.

Presque tous les auteurs disent qu'il y a au pli du bras, quatre veines qu'on a coutume d'ouvrir ; la céphalique, la médiane, la basilique et la cubitale ; mais ceci demande quelque explication.

La veine céphalique se sépare de l'axillaire au niveau de la tête de l'humérus. Nous n'avons point, comme on voit, égard au cours du sang, et nous disons qu'elle marche de derrière en devant, et de haut en bas, et gagne bientôt l'intervalle qui sépare le deltoïde du grand pectoral. Dans cet endroit, elle communique avec une branche qui naît du commencement de l'axillaire ou de la veine jugulaire externe, et qui passe tantôt au-dessus, tantôt au-dessous de la clavicule ; ensuite la céphalique continue de descendre entre le grand pectoral et le deltoïde, puis le long du bord externe du biceps, jusqu'au pli du bras. Un peu avant d'arriver là, elle fournit

deux branches , dont l'une est la médiane céphalique , et l'autre la radiale superficielle.

La grosseur de la première de ces deux veines varie beaucoup suivant les sujets. Elle descend obliquement de dehors en dehors , en passant devant le nerf musculo-cutané dont elle croise la direction à angle très-aigu , s'avance vers le pli du bras à côté du tendon du biceps , et s'unit bientôt avec une branche de la basilique.

La radiale superficielle est beaucoup moins grosse que la médiane céphalique. Elle se porte le long de la partie antérieure externe de l'avant-bras , jusqu'auprès du poignet.

Après avoir reçu ces deux branches , la veine céphalique descend le long de la partie externe de l'avant-bras , en répandant (pour nous servir du langage que nous avons adopté) de côté et d'autre , plusieurs rameaux ; arrivée à la partie inférieure de l'avant-bras , elle gagne la partie postérieure externe de la main , et se porte dans l'intervalle du premier et du second os du métacarpe , où elle prend le nom de céphalique du pouce.

La veine basilique est plus grosse que la céphalique , et paraît être la continuation du tronc même de l'axillaire. Elle descend le long de la partie interne du bras , jusqu'au voisinage de la tubérosité interne de l'humérus , accompagnée du nerf cutané interne qui est placé tantôt à côté , tantôt derrière , et souvent devant elle. Quand cette veine est arrivée vers la tubérosité interne de l'humérus , elle se divise en trois branches , dont l'une est la médiane basilique , et les deux autres les cubitales superficielles , distinguées en externe et en interne.

La médiane basilique descend obliquement de dedans en dehors, passe sur l'aponévrose du biceps, et sur l'artère brachiale dont elle croise la direction à angle très-aigu, et s'unit bientôt à la veine médiane céphalique : de cette union partent deux branches, une profonde, et l'autre superficielle : la première s'enfonce avec le tendon du biceps derrière le muscle rond-pronateur, et s'anastomose avec les veines qui accompagnent les artères radiale et cubitale. La seconde est appelée veine médiane moyenne : elle se porte le long de la face antérieure de l'avant-bras, entre l'aponévrose et les tégumens, jusqu'auprès du poignet.

La veine cubitale externe est ordinairement assez petite ; elle descend sur la partie antérieure de l'avant-bras, jusque vers son extrémité inférieure.

La cubitale interne, plus considérable que l'externe, peut être considérée comme la suite de la basilique. Elle descend le long de la partie interne de l'avant-bras, et s'avance jusque sur la partie interne du dos de la main, où elle prend le nom de salvatelle.

Il est à remarquer que le nombre, la grosseur, la direction et la distribution des veines superficielles de l'avant-bras varient beaucoup, et qu'on trouve à peine deux individus chez lesquels ils soient les mêmes.

Parmi ces veines, la médiane céphalique est celle qu'on doit ouvrir de préférence, parce que, de toutes les parties qui l'avoisinent, le nerf musculo-cutané est la seule dont la lésion puisse donner lieu à des accidens, et qu'on peut éviter de blesser ce nerf qui est placé derrière la veine, en n'enfonçant pas la lancette trop profondé-

ment, et surtout en ouvrant la veine le plus haut possible.

Dans la plupart des sujets, la veine médiane basilique est si grosse et si apparente, qu'elle semblerait devoir être préférée; mais, comme cette veine est placée sur l'artère brachiale dont la lésion est le plus grave de tous les accidens immédiats de la saignée, on ne doit ouvrir la veine médiane basilique, que lorsqu'il n'y a à l'avant-bras aucune autre veine dont l'ouverture soit possible, et ne puisse donner la quantité de sang qu'il est nécessaire de tirer. Et lorsqu'on est réduit à pratiquer la saignée sur la veine médiane basilique, on doit s'assurer positivement de la situation de l'artère brachiale, et ouvrir la veine au-dessus ou au-dessous du point où elle croise la direction de cette artère, suivant que l'un de ces endroits paraîtra plus favorable au but important qu'on se propose, qui est d'éviter l'artère.

Les veines sur lesquelles on pratique la saignée du bras, s'étendent à l'avant-bras, au poignet, et jusque sur le dos de la main; on peut les ouvrir dans quelqu'un de ces endroits, lorsqu'on ne peut le faire au pli du bras.

L'appareil nécessaire pour la saignée du bras consiste en une ligature, une lancette, un ou plusieurs vases pour recevoir le sang, une presse et une bande non roulée longue d'une aune et demie. Il faut avoir aussi un drap ou plusieurs serviettes pour couvrir le lit du malade, empêcher qu'il ne soit gâté par le sang; de l'eau fraîche dans un verre, du vinaigre ou quelque liqueur spiritueuse, en cas que le malade tombe en syncope; enfin lorsque la lumière du jour ne peut suffire, il faut se pourvoir d'une chandelle ou d'une bougie allumée.

On met le malade dans une situation commode. Si c'est une saignée de précaution, on le fait asseoir dans un fauteuil; s'il est sujet à tomber en faiblesse, il sera plus commodément dans son lit, soit à son séant, soit couché horizontalement sur le côté opposé à la saignée. S'il est alité, c'est toujours dans cette dernière position qu'il doit être placé.

On découvre le bras jusqu'à quatre ou cinq travers de doigt au-dessus du coude, évitant que le poignet de la chemise ou de la camisole ne le serre pas trop, ce qui ferait une contre-ligature qui gênerait le cours du sang. On cherche l'endroit où sont l'artère et le tendon, et après s'être bien assuré de leur position, on applique la ligature, laissant le chef qui pend en dedans du bras un peu plus long que l'autre, parce qu'il doit servir à faire le nœud coulant; on pose la ligature à trois ou quatre travers de doigt de l'endroit où l'on veut piquer; on fait croiser les deux chefs derrière le bras, ayant l'attention de ne pas pincer la peau, et on vient faire à la partie externe du bras, une boucle dont l'anse doit être en haut et les bouts pendans. La ligature doit être serrée par degrés, et très-fort, pour faire mieux gonfler la veine, et diminuer le mouvement de l'artère. Si la veine qu'on se propose d'ouvrir est superficielle, on rapproche un peu plus la ligature de l'endroit où la piqure doit être faite; si au contraire elle est profonde, on l'en éloigne. Après avoir mis la ligature, on fait sur l'avant-bras quelques frictions avec le doigt indicateur et celui du milieu, en montant du poignet vers le pli du coude; on choisit la veine que l'on doit ouvrir, on plie l'avant-bras, on ouvre à angle mousse la lancette qu'on porte à la bouche,

et qu'on tient comme nous l'avons dit. Reprenant le bras, le Chirurgien le fait étendre et appuyer sur le côté de sa poitrine, la main fermée, afin que les muscles, en se gonflant, poussent et assujettissent les veines. Il détermine l'endroit qu'il veut piquer, et fait quelques nouvelles frictions sur le vaisseau qu'il assujettit avec le pouce, à trois travers de doigt au-dessous, ou en embrassant l'avant-bras par derrière avec la main, de sorte que la peau soit tendue. Cette dernière façon de fixer la veine est celle qu'il doit suivre pour les vaisseaux roulans. Il touche encore le point où il se propose d'enfoncer sa lancette, pour voir si, par les mouvemens qu'il vient de faire, la veine n'a pas changé de situation; s'il la trouve dans le même état, il y fait une petite marque avec l'ongle, ou bien sans perdre de vue le point qu'il a exploré, il saisit la lancette avec le pouce et l'indicateur de la main droite pour le bras droit, de la gauche pour le bras gauche, et il fait l'ouverture, en suivant les règles qui ont été exposées plus haut.

En général il faut ouvrir la veine où elle paraît le mieux, au-dessous des cicatrices des saignées précédentes; car si on l'ouvrait sur les cicatrices mêmes, le sang n'en sortirait pas si bien, parce que ces cicatrices rétrécissent le diamètre du vaisseau; c'est pourquoi un Chirurgien qui veut ménager le bras qu'il aura souvent occasion de saigner, commence par piquer la veine le plus haut qu'il peut; puis en allant toujours en descendant, il fait ses ouvertures les unes auprès des autres, pour ménager, comme on dit, le terrain.

Il ne faut jamais piquer à moins que le vaisseau ne se fasse sentir au doigt du Chirurgien,

quand même quelques cicatrices l'indiqueraient. Il y a des circonstances où les veines ne sont apparentes que quelque temps après l'application de la ligature ; dans d'autres , il est nécessaire de les faire gonfler en plongeant l'avant-bras dans de l'eau tiède.

La veine qu'on doit ouvrir est quelquefois posée directement sur le tendon du muscle biceps , qui fait dans certains cas une saillie. Il faut alors mettre le bras en pronation , et le tendon qui s'attache à la partie interne et postérieure de la tubérosité bicipitale du radius , s'enfonce et se cache.

Chez les personnes qui ont de l'embonpoint , les vaisseaux étant enfoncés dans la graisse , il n'y a pas tant à craindre de piquer l'artère , le tendon ou l'aponévrose que chez les personnes maigres , dont les vaisseaux sont plus apparens et plus près de ces parties , auxquelles ils sont quelquefois collés pour ainsi dire. Il faut alors , pour ouvrir la veine , porter la pointe de la lancette presque horizontalement , et lorsqu'elle est dans la cavité du vaisseau , élever le poignet afin d'augmenter l'ouverture avec son tranchant.

Si la proximité de l'artère ou du tendon , jointe à la petitesse du vaisseau , fait entrevoir quelque risque à saigner au pli du bras , il faut ouvrir la veine à l'avant-bras , au poignet ou même à la main.

Aussitôt que la veine est ouverte et la lancette retirée , le sang s'échappe en formant un jet qui s'étend ordinairement très-loin. Mais ce jet diminue bientôt , et quelquefois même il cesse entièrement. On le rétablit en lâchant un peu la ligature , en mettant l'ouverture des tégumens vis-à-vis celle de la veine : si la ligature est trop

lâche, on la serre. On place le lancettier dans la main du malade, qui le tourne entre ses doigts pour que le mouvement des muscles accélère la sortie du sang. Pendant que le sang s'écoule, on pose la main avec laquelle on a tenu la lancette, sous l'avant-bras, pour le soutenir, et l'on recommande au malade d'abandonner le membre à son propre poids. Cette dernière précaution est surtout nécessaire pour les personnes qui tombent facilement en faiblesse. La contraction musculaire que nécessite la tension du bras dans une direction horizontale, est fatigante pour le malade et favorise la syncope. Si le sang ne sort point en arcade malgré les précautions que nous venons d'indiquer, il faut le laisser couler en bavant, de crainte que la pression et les tiraillemens exercés sur la peau pour rétablir le jet du sang ne produisent une meurtrissure et une ecchymose, chez les femmes surtout qui ont la peau très-fine.

Quand on a tiré la quantité de sang suffisante, on ôte la ligature, on fait plier l'avant-bras, et on suspend la sortie de ce liquide en plaçant sur l'ouverture le pouce de la main opposée à celle avec laquelle on a tenu la lancette, ou mieux encore en tirant avec ce doigt la peau en dehors et en haut pour rapprocher les deux lèvres de la plaie et faire cesser son parallélisme avec celle de la veine : on essuie les environs de la plaie avec un linge mouillé ; on applique la compresse que l'on assujettit avec le doigt du milieu et l'indicateur de la main qui a tenu la lancette, pendant que le pouce de cette main est posé sur la face postérieure de l'avant-bras. On prend la bande avec l'autre main, on la place obliquement de bas en haut et de derrière en devant sur la

partie externe de l'avant-bras , et on la fixe avec le pouce de la main qui soutient la compresse , en ayant l'attention d'en laisser pendre environ un demi-pied derrière l'avant-bras : on la conduit de dehors en dedans et de bas en haut , en la faisant passer sur la compresse jusqu'au dessus du coude où l'on forme un demi-circulaire sur la partie inférieure du bras ; on descend obliquement en dedans , en repassant sur la compresse , et l'on continue ainsi en croisant toujours sur la saignée autant de fois que le permet la longueur de la bande. De cette manière on forme autour du coude un 8 de chiffre , dont les croisés se trouvent sur le pli du bras. On noue les deux bouts de la bande sur la face dorsale de l'avant-bras. Pendant l'application du bandage , l'avant-bras doit être fléchi , et après qu'il est appliqué on recommande au malade de tenir le membre dans cette situation , appuyé sur la partie supérieure de l'abdomen sans le remuer , afin que le bandage ne se déränge point et que le sang ne s'échappe pas.

Lorsque la maladie pour laquelle on pratique la saignée exige que l'opération soit répétée le même jour , on doit mettre sur la plaie un peu de suif , afin d'empêcher ses lèvres de se réunir , et pour qu'on puisse faire sortir le sang par la même ouverture. Cette précaution convient surtout pour les malades chez lesquels la veine qu'on a piquée est la seule qui puisse l'être sans danger , et avec la certitude d'en tirer la quantité de sang nécessaire. Quand on veut renouveler la saignée par la même ouverture , on place la ligature comme pour la première saignée , on écarte doucement les bords de la division en les tirant en sens contraires ; on place le pouce dessus , on fait avec

l'autre main sur la face antérieure de l'avant-bras des frictions dirigées de bas en haut ; lorsqu'on sent la veine se gonfler et se tendre , on enlève subitement le pouce en continuant les frictions , et le sang s'échappe aussitôt en jaillissant. On peut aussi en favoriser la sortie en donnant de petits coups répétés au-dessous de la plaie. Quand ces moyens ne suffisent pas , quelques Chirurgiens sont dans l'usage d'ouvrir la plaie en y introduisant la tête d'une épingle ou un stylet boutoné ; mais cette manœuvre a l'inconvénient d'irriter la plaie et de déterminer l'inflammation et la suppuration de ses lèvres. Il vaut mieux , si le sang a de la peine à sortir , ouvrir une autre veine , soit au même bras , soit au bras opposé.

Des Accidens qui peuvent suivre la Saignée du Bras.

Quoique la saignée du bras soit une opération très-simple , elle n'est cependant pas exempte d'accidens. On a distingué ceux dont elle peut être suivie , en légers et en graves.

On regarde comme des accidens légers la saignée blanche , la syncope , le trombus et l'ecchymose. Les accidens graves sont la blessure de l'artère et l'inflammation.

— On dit qu'on a fait une saignée blanche, lorsqu'on n'a pas atteint la veine et que le sang ne coule pas. Cette circonstance , qui doit à peine être regardée comme un accident , dépend quelquefois de la maladresse ou du défaut d'attention de l'opérateur. Mais le phlébotomiste le plus habile peut manquer une saignée , surtout dans les circonstances suivantes : 1.° Lorsque le vaisseau étant très-enfoncé , il ne porte pas la lan-

cette assez avant ou assez perpendiculairement ; 2.^o lorsque le vaisseau est roulant et fuit , pour ainsi dire , devant la lancette ; 3.^o lorsqu'on pique à côté du vaisseau ou au milieu de beaucoup de cicatrices , qui , assez souvent , en rétrécissent le diamètre ; 4.^o lorsque le malade retire son bras au moment où il sent la pointe de la lancette. Un Chirurgien attentif à éviter tout ce qui pourrait compromettre sa réputation , lorsqu'il entrevoit qu'une saignée sera difficile , et la possibilité de la manquer , doit en prévenir les parens ou les assistans , afin qu'ils ne lui attribuent point un événement qui tient uniquement à des difficultés qu'il avait pressenties. Quand on n'a pas atteint la veine que l'on voulait ouvrir , il faut en rechercher la cause avec soin , pour juger si l'on doit tenter de nouveau l'opération au même bras , ou s'il est plus convenable de la pratiquer à l'autre.

— Lorsqu'on saigne une personne qui tombe facilement en défaillance , on doit , comme nous l'avons dit précédemment , lui faire prendre une position horizontale dans son lit , et lui recommander de détourner les yeux du bras sur lequel on opère. Si malgré ces précautions il survient une syncope , on la fait cesser promptement en posant le doigt sur l'ouverture , en mettant sous son nez quelque eau spiritueuse ou du vinaigre bien fort ; ou en lui faisant avaler un peu d'eau fraîche et en lui en jetant avec la main sur le visage.

— Le trombus est une tumeur formée par du sang extravasé dans le tissu cellulaire sous-cutané aux environs de l'ouverture de la veine. Les causes

ordinaires du trombus sont la piquûre de la veine de part en part, la petitesse de l'ouverture de la peau, surtout si celle de la veine est plus grande ou si elle ne lui correspond pas exactement; enfin un flocon de graisse qui se présente dans la plaie et la bouche en grande partie. Si le trombus se forme immédiatement après la piquûre de la veine, on empêche ses progrès en ne levant que peu-à-peu le pouce qu'on a placé sur le vaisseau et en ne desserrant point la ligature. Si la tumeur augmente malgré ces précautions, ou si l'on ne peut pas tirer la quantité nécessaire de sang, il faut piquer la même veine au-dessous du trombus, ou une autre veine.

Le trombus se termine toujours par résolution. On favorise cette terminaison en appliquant sur la tumeur une compresse trempée dans quelque eau spiritueuse ou dans de l'eau commune que l'on rend plus résolutive en mettant quelques grains de muriate de soude dans la compresse. Le trombus est quelquefois accompagné de l'inflammation et de la suppuration des lèvres de la plaie. Dans ce cas on couvre celle-ci d'un petit emplâtre d'onguent de la mère ou de cérat, et d'un cataplasme émollient et anodin.

— L'ecchymose qui survient quelquefois après la saignée n'est jamais considérable. Formée par un peu de sang infiltré dans le tissu cellulaire sous-cutané, elle change la couleur de la peau qui devient noirâtre ou jaunâtre. Les frictions fortes et réitérées sur les bras des personnes grasses et qui ont la peau fine et délicate, la ligature qu'on laisse trop long-temps serrée, un pli fait par la compresse ou la bande, l'extension de l'avant-bras avant la réunion de la plaie, la

piqûre du vaisseau de part en part, enfin le trombus, sont les causes ordinaires de l'ecchymose qui vient à la suite de la saignée. Cette ecchymose se dissipe d'elle-même en peu de temps. On favorise sa disparition en fomentant la partie avec quelque liqueur alcoolique, ou en appliquant dessus une compresse trempée dans cette même liqueur.

— De tous les accidens qui peuvent résulter immédiatement de la saignée du bras, le plus grave est, sans contredit, l'ouverture de l'artère brachiale. La veine médiane basilique est placée sur cette artère, dont elle croise la direction à angle très-aigu, et n'en est séparée que par l'aponévrose du muscle biceps et par une couche de tissu cellulaire qui est très-mince dans les personnes maigres. C'est donc en piquant cette veine que l'on peut blesser l'artère brachiale. On ne doit, par conséquent, ouvrir la veine médiane basilique qu'autant qu'il n'y en a point d'autre au pli du bras qui puisse être ouverte et fournir la quantité nécessaire de sang. Et alors, après avoir bien remarqué l'endroit où l'artère est croisée par la veine, il faut piquer celle-ci au-dessus ou au-dessous de cet endroit. Il est à remarquer que lorsqu'on a le malheur d'intéresser l'artère brachiale, c'est toujours le tronc de cette artère qui est ouvert, à moins que le sujet ne soit du nombre de ceux où l'artère brachiale se divise très-haut et dans le voisinage de l'aisselle, en radiale et en cubitale.

On reconnaît que l'on a ouvert l'artère brachiale en piquant la veine médiane basilique, aux signes suivans : le sang, au lieu de former un jet uniforme et continu, sort comme par

bonds ou par sauts ; il est dardé avec force ; sa couleur est plus rouge , plus vive que celle du sang veineux ; il se caille fort promptement ; mais les signes les plus positifs , les voici : si l'on comprime avec le bout du doigt au-dessous de la plaie , lorsque la veine seule est blessée , le sang s'arrête ; mais si l'artère est ouverte , il sortira avec plus d'impétuosité qu'auparavant , à cause de la compression qui s'oppose à son passage dans la veine au-dessous de l'ouverture ; si au contraire , on comprime sur le trajet de l'artère au-dessus de la plaie , le sang jaillit avec moins de force , il cesse même de couler si la compression est assez forte pour aplatir l'artère , et mettre ses parois en contact.

Le Chirurgien qui a eu le malheur d'ouvrir l'artère , doit conserver sa présence d'esprit , ne point se troubler , et cacher surtout , s'il est possible , cet accident au malade et aux assistans. Presque tous les auteurs conseillent dans ce cas , si le sang ne s'infiltré pas dans les environs de l'artère , de le laisser couler jusqu'à ce que le malade tombe en syncope , afin que , poussé avec moins de force dans les artères , on puisse l'arrêter plus facilement. Mais , dans bien des circonstances , il y aurait de graves inconvéniens à livrer le malade à une telle hémorragie. Il est des personnes qui tombent si difficilement en faiblesse , que si l'on attendait , pour arrêter la sortie du sang , qu'elles fussent dans cet état , l'hémorragie pourrait avoir de fâcheux résultats. Si la personne que l'on saigne était une femme enceinte , une saignée excessive pourrait la faire avorter. Nous pensons donc que dans le cas où le sang ne s'infiltré pas dans le tissu cellulaire , on n'en doit laisser couler que la quantité qu'on se pro-

posait de tirer, et que, dans le cas où il se répand dans le tissu cellulaire, on doit en suspendre le cours aussitôt qu'on s'aperçoit de l'infiltration.

Pour arrêter le sang, on ne doit pas se borner à appliquer sur l'ouverture l'extrémité du doigt, il faut encore faire comprimer par un aide l'artère brachiale contre la partie interne de l'humérus, au-dessus de la partie moyenne du bras. La compression exercée sur la plaie avec le doigt, suffit bien pour empêcher le sang de sortir au dehors, mais elle ne suffit pas toujours pour l'empêcher de s'échapper de l'artère, et de s'infiltrer dans le tissu cellulaire, ou de passer de l'artère dans la veine, lorsque l'ouverture postérieure de celle-ci correspond directement à la plaie de l'artère, et que ces deux vaisseaux sont collés l'un à l'autre, et réunis par une couche très-mince de tissu cellulaire dense et serré.

Après avoir suspendu le cours du sang, de la manière qui vient d'être indiquée, on doit aviser aux moyens propres à rendre son interruption permanente, et à favoriser la guérison de la blessure de l'artère. La compression et la ligature sont les seuls qu'on puisse employer. On comprime de la manière suivante : on place sur la plaie, dans l'enfoncement qui a été produit par la pression du doigt, un tampon de papier brouillard mâché et exprimé, de la grosseur d'une noisette, ou bien un morceau d'agaric ou d'amadou ; on applique ensuite une compresse de la largeur de l'ongle du pouce, et sur cette compresse, d'autres compresses graduées, et autant qu'il en faut pour dépasser le bras : on fait le bandage ordinaire de la saignée, mais avec une bande beaucoup plus longue : on met au bras, sur le trajet des vaisseaux, une compresse languette, étroite et épaisse, qu'on

soutient avec une bande dont on serre les tours qui sont voisins de la plaie, un peu plus que ceux qui en sont éloignés. Pendant qu'on applique cet appareil, l'avant-bras doit être un peu fléchi, afin que l'aponévrose du muscle biceps soit relâchée, et que la compression de l'artère que couvre cette aponévrose, soit plus exacte; et lorsque l'appareil est appliqué, on recommande au malade de tenir le membre immobile dans cette position; on le saigne de l'autre bras, si on le juge nécessaire, et on lui prescrit un régime sévère. En plaçant, les unes sur les autres, plusieurs compresses graduées, pour en former une espèce de pyramide dont le sommet correspond à la plaie, on a pour but de rendre la compression du bandage plus forte sur l'artère et dans l'endroit qui est diamétralement opposé, que dans le reste de la circonférence du membre. Mais, quelle que soit la hauteur de la pyramide, si la compression est assez forte, non-seulement pour arrêter l'hémorragie, mais aussi pour produire l'oblitération de l'artère, elle déterminera, dans l'avant-bras et la main, un gonflement considérable qui forcera d'y renoncer, ou du moins de la rendre moins forte, et sera dès-lors incapable de produire cette oblitération. Pour obvier à cet inconvénient, Bernardin Genga, et après lui, Theden, conseillent de pratiquer la compression, de manière qu'elle s'étende depuis les doigts jusqu'à l'aisselle. Desault plaçait un coussin dur et épais, en forme d'appui, le long du coude, ou bien une gouttière de fer-blanc ou de bois, garnie d'un coussin, de manière que le sommet et les côtés du coude se trouvassent embrassés par un demi-canal. Sur la blessure de l'artère, ou sur l'anévrisme commençant, il établissait des com-

presses graduées, assujetties par un bandage semblable à celui de la saignée, à cela près que les tours de bande étaient plus multipliés. Foubert employait une machine composée d'un cercle de fer un peu ovale; d'un côté, il y avait une plaque garnie d'un coussinet, et de l'autre, un trou percé dans son épaisseur, par où passait une pyramide à vis, qui portait à son extrémité, pour comprimer l'ouverture de l'artère, un autre coussinet plus ou moins gros et large, selon la grandeur de la plaie et le volume de la partie. Cette machine nous paraît plus propre que le bandage de Genga et celui de Desault, à remplir l'objet qu'on se propose, c'est-à-dire, à faire tomber le point principal de la compression sur la blessure de l'artère, sans gêner le cours du sang dans les artères collatérales, et son retour par les veines. A défaut de la machine de Foubert, on emploiera l'appareil de Desault seul, ou combiné avec le bandage de Genga. Mais de quelque manière qu'on exerce la compression, elle doit être assez forte pour appliquer les parois de l'artère l'une contre l'autre, et continuée assez long-temps pour amener l'oblitération du vaisseau. Si la compression n'est pas assez forte, si on la cesse trop tôt, ou qu'on ne prenne pas les précautions nécessaires pour en soutenir l'effet, il se forme, au bout d'un temps plus ou moins long, un anévrisme faux-consécutif, ou un anévrisme variqueux. Cependant on rapporte plusieurs exemples de personnes qui ont eu l'artère ouverte dans une saignée, et qui ont été guéries par la compression. Mais, dans la plupart de ces cas, la guérison n'était pas complète et radicale: aussi il est arrivé souvent que les malades que l'on croyait entièrement guéris, et chez les-

quels on avait cessé trop tôt la compression, ont été attaqués plus ou moins tard, d'un anévrisme faux-consécutif; et chez ceux qui sont morts avant la formation de cet anévrisme, lorsqu'on a fait la dissection du bras, on a remarqué que l'artère n'était point oblitérée, que sa plaie était fermée par un caillot de sang fort solide qui formait, à l'extérieur de cette plaie, un petit chaperon, une sorte de tête de clou intimement unie à l'aponévrose du muscle biceps, et à la tunique celluleuse de l'artère; en sorte que la guérison était imparfaite, et que si les malades eussent vécu plus longtemps, il serait survenu tôt ou tard un anévrisme faux-consécutif.

On ne saurait donc prendre trop de précautions pour assurer les effets de la compression. Les principales sont de réduire la force du cœur et l'impulsion du sang, par le moyen de saignées proportionnées à la constitution du malade, à la maladie pour laquelle la saignée a été pratiquée, et par un régime très-rigoureux; le bandage ne doit cesser de comprimer incessamment, et la force de la compression doit être portée par degrés au point d'exciter l'inflammation adhésive dans les tuniques de l'artère, et l'oblitération du vaisseau au-dessus et au-dessous de la plaie. Lors même qu'on croira avoir atteint le but, il conviendra que le malade conserve le bandage pendant plusieurs mois, et qu'il se garde de mouvoir le bras. En général, il vaut mieux outrer les précautions que d'en manquer; car il est arrivé plusieurs fois, comme nous venons de le dire, qu'un anévrisme faux-consécutif s'est formé sur des malades dont la guérison paraissait complète et radicale.

La ligature de l'artère met à l'abri de cet in-

convénient; mais l'état du malade, et la maladie pour laquelle on pratique la saignée, ne permettent pas toujours d'avoir recours à cette opération. Cependant, quels que soient cet état et cette maladie, on ne doit pas hésiter à faire la ligature, s'il s'est infiltré une grande quantité de sang dans le tissu cellulaire; si le malade ne peut pas supporter la compression; si l'infiltration, au lieu de diminuer, continue à faire des progrès, et s'étend au loin: s'il survient des douleurs; si la peau menace de s'enflammer, et surtout si elle l'est déjà; alors on met l'artère à découvert par une incision dont le milieu doit correspondre à la blessure du vaisseau, et on fait la ligature au-dessus et au-dessous de cette ouverture, en évitant d'y comprendre le nerf médian.

L'anévrisme faux-consécutif et l'anévrisme variqueux qui surviennent à la suite de la blessure de l'artère brachiale dans la saignée, lorsqu'on a employé la compression, doivent être traités comme nous l'avons dit à l'article des anévrismes.

— L'inflammation qui survient quelquefois à la suite de la saignée du bras, varie beaucoup, à raison de son étendue et de son intensité. Le plus souvent, elle est bornée aux lèvres de la plaie, ou ne s'étend guère au-delà; quelquefois elle se propage de la plaie au bras et à l'avant-bras, et dans quelques cas, elle gagne l'épaule, la poitrine et le cou, avec une rapidité incroyable.

L'inflammation qui s'arrête aux lèvres de la plaie, dépend presque toujours de l'irritation causée par les frottemens de la compresse et de la bande qui se sont dérangées, ou parce que le bandage n'était pas assez serré, ou que le

malade l'a dérangé en se servant trop tôt de son bras. On combat cette inflammation légère, en couvrant la plaie avec un emplâtre d'onguent de la mère ou de cérat sur lequel on pose un cataplasme émollient; s'il se forme un petit abcès, on en fait l'ouverture, si le pus n'a pas une issue libre par la plaie de la saignée.

L'inflammation qui s'étend au loin, et qui devient très-vive, ne suit pas toujours la même marche, et ne présente pas toujours les mêmes phénomènes. Le plus ordinairement, dès le premier ou le second jour de la saignée, il survient de la tension et un peu d'enflure autour de la plaie dont les bords se durcissent, s'enflamment, et en moins de vingt-quatre heures, il commence à couler de la sérosité rousse ou jaunâtre par l'ouverture. Si ces premiers symptômes ne cèdent pas aux moyens antiphlogistiques que l'on emploie pour les combattre, les lèvres de la plaie continuent à se gonfler et à se durcir; le gonflement et la tension s'étendent plus ou moins loin à l'avant-bras, au bras, et même à l'épaule, et sont accompagnés d'une douleur très-forte; une rougeur érysipélateuse se répand sur tout le membre; le pouls est dur et fréquent, la soif ardente; il survient des soubresauts dans les tendons, quelquefois il se manifeste des affections convulsives et même le tétanos; et si l'on ne parvient à arrêter promptement les progrès du mal, il pourra se terminer par la gangrène du membre, et la mort du malade.

Dans certains cas, l'inflammation se développe, pour ainsi dire, subitement, et ses progrès sont si rapides, qu'en deux ou trois jours, quelquefois même en vingt-quatre heures, elle cause la mort. Une dame dont parle Dionis, mourut trois

jours après une saignée du pied, d'un engorgement inflammatoire de la jambe et de la cuisse, qui se termina par la gangrène. Ambroise Paré cite l'exemple d'une dame qui succomba à la gangrène du bras, survenue à la suite d'une saignée. On a vu à Paris, il y environ deux ans, le juge de paix du 10.^{me} arrondissement, mourir en vingt-quatre heures, d'un gonflement inflammatoire gangreneux de tout le membre supérieur, y compris l'épaule, causé par une saignée du bras, faite par pure précaution. Les accidens de cette espèce sont extrêmement rares.

La piqûre d'un nerf, celle du tendon du muscle biceps ou de son aponévrose, sont la cause à laquelle on attribue communément l'inflammation violente qui survient à la suite d'une saignée. Dans le temps où l'on supposait aux tendons et aux aponévroses une grande sensibilité, parce qu'on les regardait comme des parties nerveuses, on pouvait, avec quelque apparence de raison, croire leur piqûre aussi dangereuse que celle des nerfs; mais depuis que les faits pathologiques bien observés, et les expériences faites sur les animaux vivans ont démontré que ces parties sont insensibles, cette opinion ne peut être admise. Aussi tous les auteurs conviennent-ils aujourd'hui que les accidens inflammatoires qui surviennent quelquefois à la suite de la saignée du bras, sont dus à la piqûre d'un nerf, et non à celle du tendon ou de l'aponévrose du biceps. En conséquence, on a conseillé de prendre toutes les précautions possibles pour éviter la blessure des nerfs : on a recommandé surtout de n'ouvrir la veine que dans sa partie antérieure, et de ne jamais enfoncer la lancette assez avant pour percer le vaisseau de part en part. Mais, comme la situa-

tion et la distribution des nerfs sont irrégulières ; qu'au lieu d'être placés derrière la veine, comme ils le sont ordinairement, ils se trouvent quelquefois devant elle ou sur les côtés, et que d'ailleurs on ne peut point reconnaître leur position par le toucher, il arrive souvent que, malgré toutes les précautions possibles pour les éviter, on en blesse quelqu'un. Cela peut arriver au Chirurgien le plus instruit en anatomie, comme à celui qui a le moins d'habileté et le moins de connaissances anatomiques : ainsi, il y aurait presque toujours de l'injustice à mettre sur le compte de l'opérateur un accident qui tient à des circonstances qu'il est impossible de prévoir. Toutefois cet accident sera toujours beaucoup moins à craindre, si, comme nous venons de le dire, on a l'attention de ne point percer la veine de part en part, et si on l'ouvre suivant sa longueur, quand on le peut, au lieu de la couper en travers.

J. Hunter ne partage point l'opinion généralement reçue sur la cause de l'inflammation violente qui accompagne quelquefois la saignée. Il pense que tous les accidens inflammatoires occasionnés par cette opération dépendent de l'inflammation de la membrane interne de la veine. Il a souvent observé cet état inflammatoire de la veine dans des chevaux qui étaient morts des accidens causés par une saignée, et il a trouvé la membrane interne de la veine enflammée, non-seulement dans le voisinage de la partie qui avait été ouverte, mais quelquefois tout le long de son cours, et même jusqu'au cœur. Il a vu aussi quelques exemples d'une affection semblable dans le corps humain, entr'autres, celui d'un malade qui vint à l'hôpital Saint-Georges, pour s'y faire traiter d'une inflammation du bras droit par suite de la

saignée à la veine basilique. Ce malade ne resta que huit jours à l'hôpital : il y mourut soudainement. La dissection du bras fit voir une phlébite qui s'étendait de la piqûre faite par la lancette, jusqu'à l'aisselle. Vers le milieu du bras, la veine était en suppuration, et dans un autre point, elle offrait une ulcération et une division en deux parties. Chaque bout, irrégulier et festonné, se terminait à l'abcès : les parois de la veine avaient acquis beaucoup d'épaisseur, et la surface interne de ce vaisseau, à quelque distance au-dessus et au-dessous de la plaie, était tellement couverte de lymphe coagulable, que son canal s'en trouvait obstrué, en sorte que le sang n'y pouvait plus passer : enfin, dans plusieurs points, il existait de véritables adhérences. Plusieurs branches des veines voisines se trouvaient également imperméables, et les membranes de l'artère étaient affectées par l'effet de leur contiguité avec la partie malade. Depuis Hunter, des faits semblables en assez grand nombre ont été observés tant en Angleterre qu'en France, par des Chirurgiens d'un mérite et d'une véracité reconnus : ainsi, il nous semble qu'on ne peut pas douter que la phlébite ne puisse être quelquefois le résultat de la saignée ; mais il est bien douteux qu'elle soit la véritable, ou du moins, l'unique cause de ces graves accidens, de ces inflammations extrêmes qui accompagnent quelquefois la saignée. Il est probable que dans la plupart des cas, cette cause est la piqûre d'un filet nerveux, et que l'inflammation de la veine n'est que la conséquence des accidens déterminés par la lésion du nerf. En effet, la plupart des malades chez lesquels ces accidens sont arrivés, ont éprouvé, au moment de la piqûre, une dou-

leur vive qui s'est propagée tout le long de la partie où se distribue le nerf. Or, on ne peut expliquer ce phénomène par la simple blessure de la veine ; car, quoique les membranes des veines ne soient pas absolument insensibles, nous savons fort bien qu'elles n'ont pas un assez grand degré de sensibilité pour qu'en les piquant, on puisse jamais exciter une bien vive douleur. Il y a donc eu alors un filet nerveux de piqué ; et l'expérience a appris que la piqûre ou la section incomplète des nerfs occasionne souvent les accidens les plus graves : ajoutez à cela, que si les accidens inflammatoires qui surviennent à la suite de la saignée, dépendaient uniquement de l'inflammation de la membrane interne de la veine, on ne voit pas pourquoi la plupart des saignées ne seraient pas accompagnées de ces accidens, et cependant on les observe très-rarement. Au reste, que l'inflammation de la membrane interne des veines soit la cause ou l'effet de ces fâcheux symptômes occasionnés par la phlébotomie, il est certain que la phlébite contribue à la terminaison funeste de ces symptômes.

D'après ce que nous venons de dire, il paraît, sinon certain, au moins infiniment probable, que dans la plupart des cas les accidens inflammatoires qui surviennent à la suite de la saignée doivent leur origine à la piqûre d'un nerf. Nous disons dans la plupart des cas et non dans tous les cas, parce qu'il y en a plusieurs où la saignée n'est accompagnée d'aucun phénomène qui puisse faire soupçonner la lésion d'un nerf, et dans lesquels d'ailleurs les accidens se développent avec une telle promptitude et marchent si rapidement vers une terminaison funeste, qu'on ne peut point en expliquer l'origine par

la lésion d'un nerf, ni par toute autre cause locale. N'est-il pas évident que dans ces cas la saignée n'est que la cause occasionnelle des accidens, et que leur véritable cause, leur cause efficiente, est une disposition morbide générale ou interne qui peut exister chez des personnes qui ont toutes les apparences de la plus parfaite santé, comme chez celles dont la santé est sensiblement dérangée, et qui, pour se servir des expressions de Dionis, sont cacochymes et accablées d'humeurs toujours prêtes à se jeter sur quelque partie? Comment expliquer l'inflammation gangréneuse qui s'empare de tout le membre immédiatement après la saignée et qui fait périr le malade, comme nous l'avons dit plus haut, au bout de deux ou trois jours, et quelquefois même au bout de vingt-quatre heures?

Lorsque, au moment de l'opération, le malade a éprouvé une douleur très-vive, c'est un indice, avons-nous dit, qu'un nerf a été blessé, et l'on doit craindre les accidens que peut faire naître cette blessure. Pour les prévenir, on fera la saignée aussi copieuse que les circonstances le permettront; on tiendra le membre dans le plus parfait repos; on mettra le malade à une diète sévère, on lui prescrira des boissons tempérantes et rafraîchissantes, et l'on couvrira le membre avec des compresses imbibées d'une forte dissolution d'extrait d'opium, et qui seront fréquemment renouvelées.

Si malgré ces précautions l'engorgement inflammatoire se développe, on le combattra par les antiphlogistiques. Si la peau n'est point enflammée, ou ne l'est que médiocrement, on appliquera sur le membre un grand nombre de sangsues, et lorsqu'elles auront lâché prise on

couvrira la partie d'un cataplasme émollient et anodin qui sera changé au moins deux fois par jour ; si le pouls est plein et fréquent , on tirera encore beaucoup de sang en ouvrant une veine à l'autre bras ; on mettra le malade à une diète rigoureuse , on lui fera prendre des boissons rafraîchissantes ; on entretiendra la liberté du ventre au moyen des lavemens , et si le malade éprouve des symptômes nerveux , on aura recours à l'opium. S'il se forme des abcès , on les ouvrira de bonne heure , particulièrement s'ils ont leur siège sous l'aponévrose de l'avant-bras. Lorsque la gangrène s'empare du membre , qu'elle en occupe toute l'épaisseur , et qu'elle fait des progrès rapides , le mal est au-dessus de toutes les ressources de l'art , et le malade succombe très-promptement. Mais lorsqu'elle est bornée à la peau et au tissu cellulaire , comme on l'observe dans le cas où l'inflammation se montre sous la forme d'un érysipèle phlegmoneux , le malade guérit presque toujours , mais alors la guérison est très-longue , surtout si la peau a été détruite dans une grande étendue.

Ceux qui regardent la piquûre d'un nerf comme la seule et véritable cause des accidens inflammatoires qui accompagnent quelquefois la saignée , ont pensé qu'il n'y a pas de moyen plus sûr et plus efficace pour les faire cesser que la section complète du nerf qui a été piqué , et ils ont recommandé cette opération dans le cas où les accidens ne cèdent pas aux moyens dont nous venons de parler. Mais en admettant que la piquûre d'un nerf soit la véritable cause des accidens et qu'on puisse les faire cesser en coupant le nerf en travers , l'application de ce procédé au pli du bras présente des difficultés et des inconvéniens

si grands, qu'un Chirurgien prudent hésitera toujours à le mettre en pratique; et son hésitation sera d'autant plus grande et d'autant mieux fondée, qu'on n'a pas la certitude d'arrêter les accidens et de prévenir la mort du malade, même en coupant en travers toutes les parties depuis la peau jusqu'aux os, comme quelques auteurs le conseillent.

Au lieu des émoulliens, des anodins et des narcotiques dont on se sert aujourd'hui dans le traitement de l'inflammation qui résulte de la lésion d'un nerf dans la saignée, les anciens employaient les balsamiques, les spiritueux, les astringens et les résolutifs. Rien n'est plus propre à nous donner une idée de leur méthode, que l'histoire de l'accident arrivé au roi de France, Charles IX, à la suite d'une saignée, et qu'Ambroise Paré rapporte en ces termes :

« Le roi ayant la fièvre, M. Chapelain, son
» premier médecin, et M. Castellan, aussi médecin
» de Sa Majesté et premier médecin de la reine sa
» mère, lui ordonnèrent la saignée. Pour la faire
» on appela un Chirurgien qui avait bruit de bien
» saigner : lequel cuidant faire ouverture à la veine,
» piqua le nerf, qui fit promptement crier le roi,
» disant avoir senti une très-grande douleur; par
» quoi assez hautement je dis qu'on desserrât la
» ligature, autrement que le bras enflerait bien
» fort, ce qui advint subit avec une contraction
» du bras, de manière qu'il ne le pouvait fléchir
» et étendre librement, et y était la douleur ex-
» trême tant à l'endroit de la piqûre que de tout
» le bras. Pour le premier et le plus prompt re-
» mède, j'appliquai une petite emplâtre de basi-
» licon, de peur que la plaie ne s'agglutinât, et par
» dessus tout le bras des compresses imbues en

» oxycrat , avec une ligature expulsive , commen-
 » çant au carpe et finissant près l'épaule , pour
 » faire renvoi du sang et esprits au centre du
 » corps , de peur que les muscles ne reçussent
 » trop grande fluxion , inflammation et autres
 » accidens. Cela fait , nous nous retirâmes à part
 » pour aviser et conclure quels médicamens on y
 » devait appliquer pour apaiser la douleur et ob-
 » vier aux accidens qui viennent ordinairement
 » aux piqûres des nerfs. Je mis sur le bureau
 » qu'on devait mettre dans la piqûre de l'huile de
 » térébenthine assez chaude avec un peu d'eau-
 » de-vie rectifiée , et sur tout le bras un emplâtre
 » de diachalciteos dissout avec vinaigre et huile
 » rosat , en continuant la susdite ligature expul-
 » sive. Mes raisons étaient que la susdite huile et
 » eau-de-vie ont puissance de pénétrer jusqu'au
 » fond de la piqûre et de sécher l'humidité qui
 » sortait de la substance du nerf , et par leur cha-
 » leur , tant actuelle que potentielle , calmer la
 » douleur ; et la dite emplâtre de diachalciteos a
 » pareillement vertu de résoudre l'humeur ja
 » courue au bras et empêcher la descente d'autres
 » humeurs. Quant à la ligature , elle sert à robo-
 » rer et restreindre les muscles , exprimer et ren-
 » voyer aux parties supérieures l'humeur ja des-
 » cendue et empêcher nouvelle fluxion , ce que
 » les dits médecins accordèrent et conclurent tels
 » remèdes y être utiles et nécessaires. Par ainsi la
 » douleur cessa , et pour d'avantage résoudre ,
 » étant l'humeur contenue en la partie , on usa puis
 » après des remèdes résolutifs et dessicatifs comme
 » de celui-ci : ʒ farine d'orge et d'orobe , deux
 » onces de chaque ; fleur de camomille et de méli-
 » lot , deux pincées de chaque ; beurre frais , une
 » once et demie ; lessive de barbier , suffisamment

» pour un cataplasme. Le Roi demeura trois mois
 » et plus sans pouvoir bien fléchir et étendre le
 » bras , néanmoins (grâces à Dieu) il fut parfait-
 » tement guari sans que l'action fût demeurée
 » aucunement vitiée. Paré ajoute : or avions-nous
 » conclu , où lesdits médicamens n'eussent été
 » suffisans pour obtenir la curation , d'user d'huile
 » fervente , afin de cautériser le nerf , ou même de
 » le couper totalement , parce qu'il était plus ex-
 » pédient qu'il perdît l'action du bras , que de le
 » laisser mourir misérablement à faute de le
 » faire (1) ». Cette méthode préconisée par Dio-
 nis, Heister et plusieurs autres qui la regardent
 comme la meilleure de toutes celles qui peuvent
 être employées dans les cas dont il s'agit , est en-
 tièrement tombée dans l'oubli.

De la Saignée du Pied.

Il y a au pied , ou plutôt à la partie inférieure
 de la jambe , deux veines que l'on peut ouvrir :
 la saphène interne et la saphène externe. La pre-
 mière est cette veine assez considérable qui
 se trouve sur la partie antérieure de la malléole
 interne , et qui répand ses rameaux sur le pied :
 on ouvre ceux-ci , lorsqu'on ne peut pas ouvrir
 le tronc principal devant la malléole. La saphène
 externe passe devant la malléole du même côté ,
 et se distribue sur la face externe et supérieure
 du pied. Cette veine est rarement assez grosse
 pour qu'on puisse la piquer , lorsque la saphène
 interne ne peut l'être.

L'appareil nécessaire pour faire une saignée du
 pied , consiste en un chaudron , un seau de

(1) Livre X , Chap. XXI.

faïence ou de tout autre matière plein d'eau chaude, une nappe ou plusieurs serviettes, une bande de toile large de deux travers de doigt, et longue d'environ une aune, pour servir de ligature; une compresse carrée, large de deux pouces, pliée en quatre, et une bande roulée longue de deux aunes.

Le malade doit être assis sur une chaise ou sur le bord de son lit : dans ce dernier cas, si la maladie pour laquelle on pratique la saignée ne permet pas au malade de rester long-temps sur son séant, on fait placer à genoux derrière lui une personne sur laquelle il s'appuie ; on met ses pieds dans le vase rempli d'eau chaude, pour faire raréfier le sang et gonfler les veines. Quoiqu'on ne saigne qu'un pied, il est cependant nécessaire de les faire plonger tous les deux dans l'eau chaude, tant pour la commodité du malade, que pour déterminer une plus grande quantité de sang vers les extrémités inférieures, et pour que le Chirurgien puisse, sans perdre de temps, choisir le pied où les vaisseaux sont le plus apparens.

Quand le pied est resté dans l'eau assez de tems pour donner aux vaisseaux celui de se gonfler, le Chirurgien porte le pied qu'il veut saigner sur son genou couvert d'une serviette ou d'une nappe, il l'essuie, pose la ligature deux travers de doigt au-dessus des malléoles, et ne la serre que médiocrement; il la noue d'un nœud coulant au côté externe; puis ayant exploré la veine avec son doigt, il remet le pied dans l'eau, choisit une lancette, reprend et essuie le pied, et pique le vaisseau, suivant les principes déjà établis.

Le sang coule par jet : s'il continue à sortir de cette manière, on le reçoit dans une palette ou dans tout autre vase; s'il ruisselle lentement,

on remet le pied dans l'eau à laquelle il se mêle. On ne peut alors estimer sa quantité, que par la manière dont il coule, par la durée de son écoulement, par la couleur de l'eau plus ou moins rougie, eu égard à son volume, et par celle d'un linge qu'on y trempe et qui en sort plus ou moins teint.

Cependant il arrive quelquefois qu'après avoir coulé quelque temps, et quoique la saignée ait été bien faite, le sang s'arrête tout-à-coup; cela arrive particulièrement aux personnes grasses, et est attribué à la viscosité du sang qui s'applique sur l'ouverture et en colle les bords. Il faut alors que le Chirurgien donne ses soins à ce que le sang sorte en arcade, et toujours à la surface de l'eau. Pour cela, il placera sa main ou une serviette sous la plante du pied, afin de le soulever. Une seconde cause de l'arrêt du sang, c'est, lorsque le vaisseau est fort petit, l'enfoncement du pied au fond de l'eau. La colonne de liquide qui pèse sur l'ouverture empêche le sang de sortir, et le fait grumeler; on doit encore ici détacher les grumeaux avec un linge, tenir le pied à fleur d'eau, et dans tous les cas, recommander au malade de remuer les orteils pendant toute la durée de l'écoulement du sang que ces mouvemens favorisent beaucoup.

Quand on a tiré la quantité du sang nécessaire, on ôte la ligature, sans tirer le pied hors de l'eau où on le laisse quelques instans pour donner le temps aux vaisseaux de se dégorgier; on le replace sur son genou pour l'essuyer et appliquer le bandage. Ce bandage se nomme *l'étrier*, parce qu'il se compose de plusieurs tours d'une bande roulée, qui embrassent obliquement le pied et la partie inférieure de la jambe en se croisant sur la compresse.

Il peut survenir de l'inflammation à la suite de la saignée du pied ; ce que nous avons dit de cet accident en parlant de la saignée du bras , nous dispense d'y revenir.

De la Saignée du Cou ou de la Gorge.

Dans la saignée du cou , on ouvre l'une ou l'autre jugulaire externe : c'est pourquoi on l'appelle aussi saignée de la jugulaire. Ces veines , situées aux parties latérales du cou , sous la peau et le muscle peaucier , reçoivent le sang qui revient des parties extérieures de la tête et de la face , et par leur communication avec les veines jugulaires internes , une partie de celui qui descend de l'intérieur du crâne. Comme les sinus latéraux de la dure-mère qui versent leur sang dans les veines jugulaires internes , n'ont pas toujours la même grandeur ; que le sinus latéral droit est ordinairement beaucoup plus grand que le gauche , et qu'il verse dans la veine jugulaire correspondante une plus grande quantité de sang qui revient du cerveau et de ses membranes , on a pensé qu'il faut ouvrir de préférence la veine jugulaire externe droite quand on veut tirer beaucoup de sang de l'intérieur de la tête ; et par la raison contraire , la veine jugulaire externe gauche lorsqu'on veut tirer beaucoup de sang de l'extérieur. Mais le sinus latéral gauche est souvent aussi grand que le droit , quelquefois même il est plus grand : il pourrait donc arriver qu'un sujet chez lequel on croirait devoir ouvrir la jugulaire externe droite , fût précisément celui où il faudrait ouvrir la gauche , et réciproquement. Il faut ouvrir la veine la plus apparente lorsque la maladie occupe toute la tête ou toute la gorge ; mais si elle

occupe un côté seulement , c'est de ce côté qu'on conseille de saigner. Il est rare que les jugulaires externes ne soient pas assez grosses et assez saillantes pour qu'on puisse les ouvrir. Cependant Heister parle d'une femme à laquelle il avait ordonné une saignée de la jugulaire pour une ophthalmie violente dont elle était attaquée , et sur le cou de laquelle on ne put découvrir aucune veine nonobstant la ligature , ce qui , dit-il , ne lui était jamais arrivé. Voici comment on pratique cette opération.

Le malade est assis sur le bord de son lit ou dans un fauteuil , et on lui couvre l'épaule et la poitrine avec une serviette en plusieurs doubles. On met vers la clavicule et sur la veine que l'on a dessein de piquer , une compresse épaisse. On fait ensuite deux circulaires autour du cou avec une ligature étroite qui porte sur la compresse : on la serre peu , et on la noue vers la nuque par deux nœuds , l'un simple , l'autre à rosette : on y engage un ruban , une bandelette ou une autre ligature , dont les deux bouts tombent par devant et vis-à-vis la trachée-artère. Un aide tire en devant les deux bouts du ruban , afin que le lien circulaire ne comprime pas la trachée-artère et qu'il ne fasse effort que sur les veines jugulaires externes , et principalement sur celle où est la compresse. Il y a des auteurs qui proposent de faire la ligature avec une cravatte ou un mouchoir roulé en boudin , dont le milieu doit être appliqué à la nuque et les deux chefs doivent passer en devant et se croiser au haut du sternum. Ces deux chefs sont tenus par un aide qui serre autant qu'il est nécessaire pour faire gonfler les veines sans gêner la respiration. D'autres se servent d'une ligature aussi roulée en boudin ,

dont ils posent le milieu sur le côté du cou où ils ont dessein de saigner, et ils font revenir les deux chefs sous l'aisselle opposée. Cette dernière manière de faire la ligature est préférable à la précédente ; c'est même celle que l'on doit employer lorsque les vaisseaux de la tête sont considérablement gonflés, parce que la compression n'ayant lieu que d'un seul côté, le retour du sang n'est pas gêné dans la jugulaire opposée, et l'on a moins à craindre la stagnation de ce liquide dans les sinus de la dure-mère et les veines du cerveau.

La ligature étant placée, on tire une lancette qu'on porte à sa bouche ; on applique le pouce sur la compresse et le doigt indicateur au-dessus, afin d'assujettir le vaisseau et de tendre la peau ; on plonge la lancette qui doit être un peu grande, dans la veine que l'on ouvre comme dans la saignée du bras ou celle du pied, à la différence qu'il faut enfoncer l'instrument plus profondément, et faire une plus grande ouverture, parce que les veines jugulaires sont plus grosses que celles du bras et du pied. Si le sang ne sort pas, on fait mâcher au malade un morceau de papier ou du bois de réglisse ; et s'il coule le long de la peau, on se sert d'une carte pliée en forme de gouttière, qu'on applique par un bout au-dessous de l'ouverture et qui de l'autre verse le sang dans un vase. Après avoir tiré la quantité nécessaire de sang, on ôte la ligature ; on applique une compresse sur l'ouverture, et par dessus un bandage circulaire très-peu serré. Souvent même il suffit de mettre sur la plaie une mouche de taffetas d'Angleterre ou un petit emplâtre agglutinatif, parce que le sang tombant en quelque sorte d'aplomb, trouve moins de résistance à

suivre la direction de la veine, lorsque la ligature est ôtée, qu'à sortir par l'ouverture de la saignée. S'il survient de l'inflammation après la saignée de la jugulaire, ce qui est extrêmement rare, on la combat par les moyens que nous avons indiqués en parlant de la saignée du bras.

CHAPITRE VII.

De la Saignée Locale ou Capillaire.

LA saignée locale consiste à ouvrir les vaisseaux capillaires d'une partie quelconque du corps, pour en tirer une certaine quantité de sang. Cette espèce de saignée a le double effet de dégorger les vaisseaux capillaires de la partie où on la pratique, et de diminuer la masse du sang et l'énergie des forces vitales. Ainsi on peut la pratiquer pour obtenir l'un ou l'autre de ces effets ; mais on n'y a recours ordinairement que pour tirer du sang d'une partie malade, et dégorger le réseau capillaire de cette partie. Lorsqu'il s'agit de diminuer promptement la masse du sang et l'énergie des forces vitales, la saignée locale ne convient pas ; on doit recourir alors à la saignée générale, à moins qu'il n'y ait au bras et à la jambe aucune veine qui puisse être ouverte, comme on le voit chez certains individus extrêmement gras, et chez les enfans quelquefois. Les moyens dont on se sert pour pratiquer la saignée locale sont les sangsues et les ventouses scarifiées.

ARTICLE PREMIER.

De la Saignée locale par les Sangsues.

La sangsue (*hirudo*) est un ver aquatique, sanguivore, alongé, un peu aplati, très-tractile, à surface muqueuse, lisse au toucher,

dont les deux extrémités sont susceptibles de s'élargir en forme de disque. De ces deux extrémités, l'une est la tête et l'autre la queue. La tête dans son état de contraction est beaucoup plus pointue que l'extrémité opposée ; mais l'une et l'autre s'élargissent également lorsque la sangsue veut se fixer. Le bout de la tête présente une ouverture ; c'est la bouche. Les bords de cette ouverture se nomment les lèvres ; on les distingue en lèvre supérieure et lèvre inférieure, quoiqu'elles soient continues ; elles se raccourcissent et s'allongent avec tant de facilité et de promptitude qu'elles donnent à la bouche toutes sortes de formes. La lèvre supérieure est pourtant celle qui agit le plus ; en s'allongeant elle prend une forme triangulaire ou demi-circulaire, et laisse voir au-dessous une ouverture ovale. Les deux lèvres, en s'appliquant sur un corps solide et transparent, quelquefois même sans adhérer à aucun corps, représentent souvent trois angles égaux dont les sommets opposés se réunissent entre eux en un seul point. C'est ainsi que la bouche se trouve au moment où les lèvres sont attachées aux tégumens. La bouche est armée de trois dents situées vers la face interne ou postérieure des lèvres, à la même hauteur et à la même distance les unes des autres ; elles ont beaucoup de blancheur, et se ressemblent pour la couleur, la grandeur, la grosseur, la dureté et la mobilité. On distingue dans chaque dent une extrémité tranchante, un corps et une racine. L'extrémité tranchante de la dent forme un angle obtus avec chaque bord tranchant : l'œil armé d'une loupe y aperçoit à peine de petites dentelures. Le corps de la dent, plus long que large, a deux faces et

deux bords, la face qui regarde l'intérieur de la bouche est médiocrement convexe; elle l'est cependant un peu plus que la face qui touche aux lèvres. Les bords latéraux sont légèrement tranchans, mais en se rapprochant de la racine ils acquièrent de la rondeur et de l'épaisseur, et le corps de la dent perd de sa longueur, surtout lorsqu'il commence à se changer en racine. Celle-ci est fixée à l'anneau tendineux qui forme la circonférence de la bouche; elle y adhère tellement qu'on ne saurait arracher la dent sans emporter quelques faisceaux de cet anneau. Sans être très-dures, les dents sont assez fortes pour percer, non seulement la peau de l'homme, mais encore celle du cheval ou du bœuf. De plus longs détails sur l'anatomie de la sangsue, seraient étrangers à notre objet,

On connaît quatorze ou quinze espèces de sangsues; mais on ne se sert en médecine que d'une, ou tout au plus de deux espèces: savoir, la sangsue médicinale, *hirudo officinalis*, et la sangsue noire, *sanguisuga*.

La sangsue médicinale est de couleur noirâtre; elle présente dans toute sa longueur des rides circulaires et transversales; sur son dos une large bande brune, et de chaque côté quatre raies jaunâtres, longitudinales, dont deux avec des taches brunes; le ventre est d'une couleur jaunâtre foncée, et couvert de taches brunes. C'est cette espèce de sangsue que les médecins des siècles les plus reculés ont employée pour pratiquer la saignée, et encore aujourd'hui c'est presque la seule dont on se serve.

La sangsue noire présente sur son dos la couleur qu'indique son nom; son ventre est d'un cendré verdâtre. On ne fait presque jamais usage

de cette espèce ; mais il n'est pas vrai qu'elle soit venimeuse ; elle suce seulement avec plus de force que la sangsue officinale.

Les sangsues se trouvent dans les eaux douces, ou dans les eaux salées. Celles d'eau douce se plaisent dans les mares, les étangs, où il croît une grande quantité de végétaux. Les plus estimées sont celles des ruisseaux d'eau courante, parce qu'elles sont plus vives, plus affamées et agissent avec promptitude ; mais elles y sont très-rares.

On doit ramasser les sangsues de préférence au printemps, les conserver en petit nombre dans un grand bocal rempli d'eau pure renouvelée fréquemment, et mis à l'abri de toute vapeur nuisible dans un air libre, pur et d'une douce chaleur.

Les sangsues sont en usage depuis fort longtemps en médecine. Thémison de Laodicée, chef de la secte des méthodiques, est le premier qui ait parlé de l'application des sangsues, qu'il ne donnait cependant pas comme un remède nouveau. Ses disciples les employaient en plusieurs occasions : ils posaient les ventouses sur la partie d'où les sangsues s'étaient détachées pour tirer plus de sang. Daniel Leclerc soupçonne que c'est un remède empirique qui peut être venu des paysans. Ce soupçon paraît fondé ; car encore de nos jours le peuple des campagnes dit que la sangsue a la propriété de tirer le *mauvais sang*.

Ce remède, comme un grand nombre d'autres, a été tantôt presque entièrement abandonné, et tantôt fort employé. Aujourd'hui l'usage des sangsues est devenu si familier et tellement à la mode, que non-seulement les personnes les plus ignorantes en médecine et les empiriques, mais

encore beaucoup de médecins fort instruits d'ailleurs le prodigent tous les jours pour la plus légère indisposition, et même dans un grand nombre de maladies où il est tout-à-fait contre-indiqué.

La saignée locale par les sangsues comprend : 1.° le choix des sangsues ; 2.° l'endroit du corps où elles doivent être appliquées ; 3.° la préparation de la partie où les sangsues doivent mordre ; 4.° la situation qu'il convient de donner au malade ; 5.° le nombre des sangsues qu'on doit poser ; 6.° les précautions à prendre pour faire mordre ces animaux ; 7.° ce qu'on doit faire pour accélérer leur chute lorsqu'ils sont gorgés de sang ou causent de trop vives douleurs ; 8.° les moyens à employer pour faire couler des morsures le sang, lorsqu'il s'arrête, ou pour augmenter sa quantité en facilitant son écoulement ; 9.° la manière de reconnaître la quantité de sang avalé par la sangsue, celle qui sort de la morsure ; 10.° les moyens propres à arrêter le sang lorsqu'il a coulé en quantité suffisante, ou lorsqu'il sort avec trop d'abondance ; 11.° les remèdes qu'il convient d'employer pour combattre les accidens qui proviennent des piqûres des sangsues.

— Le choix des sangsues n'est pas inutile. On doit préférer celles qui sont de moyenne grosseur, vives, fortes, retirées depuis quatre, six, jusqu'à quinze jours des étangs ou des marais où on les trouve constamment vigoureuses, portées à mordre dès qu'on veut les saisir et les tenir entre les doigts, et que l'on a conservées en petit nombre dans un grand bocal plein d'eau pure et renouvelée tous les deux ou trois jours. Les sangsues qui ont déjà sucé du sang humain et qui

l'ont à peine digéré ; celles qui sont très-grosses , qui se meuvent lentement , qui vivent en grand nombre dans le même bocal dont l'eau est rarement changée , sont peu disposées à mordre promptement ; elles sont trop tôt rassasiées , et leurs piqûres ne versent presque point de sang.

— Si l'on excepte la paume des mains et la plante des pieds , les sangsues peuvent être appliquées sur tous les points de la surface du corps ; mais il n'est pas indifférent de le faire sur telle ou telle partie. Leurs morsures laissent des cicatrices si apparentes et de si longue durée, que l'on doit éviter autant que possible , surtout chez les femmes , de les poser sur des parties qui sont toujours à découvert , comme le visage , le cou , la partie supérieure et antérieure de la poitrine , l'avant-bras , le dos de la main. Ces cicatrices se convertissent quelquefois en des tubercules larges et aplatis qui subsistent pendant toute la vie si l'on ne les détruit pas avec la pierre infernale. C'est ce que j'ai vu sur une jeune fille de 14 à 15 ans , d'une rare beauté : on lui avait appliqué plusieurs sangsues à la partie antérieure du cou pour combattre une inflammation de la gorge qui aurait cédé probablement à une saignée du bras et aux autres moyens usités en pareil cas. Les cicatrices devinrent tuberculeuses et très-difformes. Il fallut plus de six mois pour détruire ces tubercules avec le nitrate d'argent , et les convertir en des cicatrices plates qui ne laissaient pas que d'être encore désagréables.

Lorsqu'on applique les sangsues dans l'intention de dégorger le réseau capillaire d'une partie , c'est sur cette partie même qu'il faut les poser.

Mais si elle est disposée à l'inflammation, ou déjà enflammée, on doit éviter d'y mettre les sangsues, surtout lorsque l'inflammation dépend d'une cause interne. L'irritation causée par leurs morsures aurait plus d'inconvéniens que le dégorgement qu'elles procurent ne pourrait avoir d'avantages. Cette irritation augmenterait l'inflammation et pourrait la faire dégénérer en gangrène, ou convertir les morsures en ulcères difficiles à guérir. Il vaut mieux alors appliquer les sangsues dans le voisinage de la partie enflammée. Si l'on a pour objet en appliquant les sangsues de dégorgier le réseau capillaire d'une partie intérieure dont les vaisseaux ont une communication plus ou moins directe avec ceux des parties extérieures, comme la plèvre, le péritoine, etc., c'est toujours sur le siège même du mal qu'elles doivent être posées.

Lorsqu'on a recours aux sangsues pour diminuer la masse du sang et suppléer à la saignée générale, on doit les appliquer sur une partie du corps recouverte d'une peau fine et où les vaisseaux veineux sont très-apparens; mais si cette partie renferme de grosses veines superficielles, des artérioles, un grand nombre de branches nerveuses cutanées, il faut mettre les sangsues ailleurs. Les bords de l'anus sont la partie du corps où l'on applique le plus souvent les sangsues, lorsqu'on a dessein d'obtenir une abondante évacuation de sang; mais cette application n'est pas toujours exempte d'inconvéniens: elle est suivie quelquefois de l'inflammation de la marge de l'anus et du tissu cellulaire qui environne le rectum. On évite cet accident en plaçant les sangsues à la partie supérieure interne des cuisses, lorsqu'il n'y a pas d'indication particulière qui

oblige de les placer au fondement. Dans ce dernier cas, on doit les poser de manière qu'elles ne puissent pas entrer dans le rectum ; car ce n'est pas un phénomène fort extraordinaire que de voir un de ces animaux pénétrer dans le rectum, malgré la constriction de l'anüs et la répugnance des sangsues pour l'odeur de la matière fécale. En les faisant mordre à la face interne des jambes et sur les malléoles, on obtient certainement une abondante saignée, mais on s'expose souvent à voir les morsures s'enflammer et suppurer, particulièrement si le malade est âgé, dartreux, cacochyme, ou affecté de varices ou d'ulcères aux jambes, s'il a les jambes gorgées de sang ou œdémateuses, et s'il exerce une profession qui l'oblige de se tenir assis, les jambes toujours pendantes, ou dans un mouvement continuel.

— L'application des sangsues est une opération qui dure ordinairement fort long-temps. Ainsi on doit donner au malade une situation dans laquelle il puisse rester commodément pendant toute la durée de cette opération. Une position gênante ajoute à l'inconvénient qui résulte de la longueur du temps employé pour la morsure des sangsues, pour leur succion, pour l'écoulement du sang après leur chute, et quelquefois pour sa suppression. Obligé de rester dans la même position pendant tout ce temps, le malade s'inquiète, il est plus ou moins fatigué, et pour le moment, les symptômes de sa maladie prennent souvent un accroissement sensible. La position du malade est différente suivant l'endroit où l'on applique les sangsues. En général il est mieux, couché dans son lit, lorsque cela est possible, que dans toute autre situation. On doit avoir

l'attention de garnir le lit d'une alèze épaisse, et si l'on craint que le sang ne la traverse, placer sous l'alèze un morceau de taffetas gommé.

— On prépare la partie où les sangsues doivent mordre, en la lavant avec de l'eau pure et chaude, et la sèchant ensuite par des frictions avec de la flanelle ou de la toile de coton jusqu'à légère rougeur. Mais lorsque les parties sur lesquelles on se propose de placer les sangsues sont d'une grande délicatesse, très-sensibles et disposées à l'inflammation, au lieu de les froter on doit se contenter de les laver avec de l'eau tiède et de les essuyer avec un linge chaud. Plusieurs conseillent de laver et de froter la peau avec du sang de poulet ou d'un autre animal à l'instant où il sort de ses vaisseaux, ensuite de la laver avec de l'eau tiède, de la sécher et de la frictionner; ce moyen réussit mieux que de laver les tégumens avec de l'eau sucrée, du lait ou du jaune d'œuf; car souvent ces lotions empêchent les sangsues de mordre. Lorsque la partie sur laquelle on veut appliquer les sangsues est garnie de poils, on doit les raser avec soin parce qu'ils gênent l'application des lèvres de ces animaux et les empêchent de mordre. Si la partie a été couverte de quelque substance huileuse, grasse ou emplastique, on doit la laver d'abord avec de l'eau de savon, puis avec de l'eau pure.

Avant de faire mordre les sangsues aux bords de l'anus, on doit faire prendre, s'il est possible, un lavement d'eau simple; aussitôt qu'il est rendu, on lave la partie avec de l'eau tiède, ou bien on l'expose à la vapeur de l'eau chaude.

Lorsqu'il s'agit d'appliquer un certain nombre de sangsues aux jambes et aux pieds, on propose

de les plonger dans l'eau tiède ou froide dans laquelle nagent les sangsues ; mais souvent alors elles ne s'attachent pas aux endroits où l'on veut qu'elles mordent.

— Le nombre des sangsues qu'on doit appliquer est relatif à la quantité de sang que l'on se propose d'évacuer ; mais quel que soit ce nombre, il faut toujours avoir plusieurs sangsues de réserve, parce qu'il y en a souvent quelques-unes qui ne mordent pas, ou qui ne sucent pas avec assez d'avidité ; pour lors il faut les remplacer par des sangsues plus vigoureuses.

— Pour que les sangsues s'attachent promptement sur le point où l'on veut qu'elles se fixent, il faut qu'elles aient les qualités dont nous avons parlé, et qu'on les applique au sortir du bocal qui les renfermait. La plupart des praticiens sont dans l'usage de les mettre à sec pendant plusieurs heures dans un vase ; ils prétendent qu'elles mordent et sucent avec plus de force et de promptitude. L'expérience prouve le contraire : on s'aperçoit surtout de la diminution de leurs forces lorsqu'elles ont été privées d'eau pendant douze ou vingt-quatre heures.

Les sangsues peuvent être appliquées et contenues de plusieurs manières sur l'endroit où l'on veut qu'elles mordent. La plus convenable est celle qui consiste à les placer dans un verre à boire, que l'on appuie avec assez de force contre les tégumens pour empêcher les sangsues de passer entre ses bords et la peau. On maintient ce vase en situation jusqu'à ce qu'elles aient toutes piqué et sucé quelques instans ; alors on enlève doucement le verre, et l'on détache de ses parois

le bout de la queue de chaque sangsue qui y adhère ; on porte vers les parties voisines cette extrémité pour qu'elle s'attache aux tégumens et que la sangsue puisse sucer tranquillement ; ce qu'elle fera jusqu'à ce qu'elle soit gorgée de sang. Pour appliquer un grand nombre de sangsues, quelques personnes emploient le moyen suivant : elles entourent une de leurs mains avec un linge, y placent les sangsues, et les tiennent sous cette voûte jusqu'à ce qu'elles soient toutes fixées. On peut aussi les poser les unes auprès des autres en les saisissant par la queue avec le pouce et le doigt indicateur nus ou entourés de linge, sans les serrer, mais en les maintenant seulement avec assez de force pour qu'elles ne glissent point. Cette manière a l'inconvénient de rendre l'opération très-longue : on ne doit l'employer que dans le cas où la forme de la partie ne permet pas de se servir d'un verre, au moyen duquel les sangsues mordent presque toutes à la fois, et dans celui où on les applique autour des ouvertures dans lesquelles on craint que les sangsues ne pénétrant. Lorsqu'il convient de faire mordre une sangsue dans un petit espace, on la pose dans un tube de verre ouvert aux deux extrémités, ou dans un tuyau formé par une carte roulée : on applique contre le point qu'on veut faire piquer le bout du tuyau où se trouve la tête de la sangsue. Dès que la sangsue a mordu et commencé à sucer, on déroule la carte ou l'on retire le tube de verre. On peut ainsi appliquer plusieurs sangsues les unes après les autres.

De quelque manière qu'une sangsue soit appliquée sur les tégumens, elle s'arrête, fixe l'extrémité de sa queue à l'épiderme ou aux corps solides environnans, tandis que ses lèvres ad-

hèrent fortement à la peau ; alors ses dents pénétrèrent dans le tissu des tégumens et causent une douleur plus ou moins vive , suivant la grandeur et la profondeur de la blessure , et le degré de sensibilité de la personne. Les dents continuent d'agir ; elles ouvrent un vaisseau sanguin veineux ou artériel , et la sangsue suce et avale le sang qui en coule. La succion , qui dure plus ou moins long-temps , est peu douloureuse , quelquefois même elle ne l'est pas du tout.

Les sangsues n'agissent pas absolument de la même manière sur l'enfant , l'adulte et le vieillard , sur l'homme et la femme. Elles mordent les enfans avec promptitude ; elles sucent en peu de temps beaucoup de sang , et après leur chute , les plaies saignent abondamment : le caillot qui doit boucher l'ouverture est ordinairement long à se former , et on est souvent obligé d'arrêter l'hémorragie avec les topiques astringens , la compression , quelquefois la cautérisation. Les sangsues sont en général plus lentes à mordre les jeunes gens , les adultes et surtout les vieillards. Chez ces derniers elles font des morsures plus petites et moins profondes que chez les jeunes gens , et quelquefois elles ne veulent pas mordre. Elles mordent et sucent avec plus de promptitude les femmes que les hommes , et des morsures faites aux premières , il sort ordinairement plus de sang et il est plus difficile d'en arrêter l'écoulement.

Pendant la succion de ces animaux on doit éviter de les troubler en les touchant et en les remuant ; c'est particulièrement vers le milieu du temps qu'ils y emploient qu'il faut prendre garde de les déranger. La succion dure communément trois quarts d'heure , une heure quelquefois ,

deux heures au plus : mais pendant tout ce temps elles n'agissent pas toujours avec la même activité ; quelquefois même elles semblent tout-à-fait dans l'inaction. On est dans l'habitude de les toucher alors à plusieurs reprises pour les exciter à la succion ; mais presque toujours ces attouchemens leur font lâcher prise. Il arrive souvent qu'une sangsue, après avoir sucé du sang pendant plusieurs minutes, quitte l'endroit où elle était attachée pour en aller mordre un autre ; elle réitère trois ou quatre fois ses attaques : rarement la sangsue qui a mordu plusieurs endroits se gorge de sang jusqu'à devenir très-grosse, et communément les vaisseaux qu'elle a ouverts donnent, après sa chute, peu de sang. Lors donc qu'une sangsue attachée à un endroit lâche prise pour aller en mordre un autre, il faut l'enlever, ou si elle a déjà piqué ailleurs, il faut la saupoudrer de sel marin ou de tabac, et la remplacer par une autre. Si la succion est douloureuse et longue, si le malade a naturellement beaucoup de répugnance pour les sangsues et s'impatiente au point d'aggraver les symptômes de sa maladie, il faut ne pas hésiter à faire tomber les sangsues en répandant sur leur corps un peu de tabac ou de muriate de soude. Il faudrait agir de même en cas de syncope ou de convulsions.

Dans la vue de procurer un plus grand écoulement de sang, beaucoup de praticiens conseillent de couper la queue de la sangsue pendant la succion, afin que le sang s'écoule à mesure que l'animal le suce ; mais loin de rendre la saignée plus abondante on détermine ordinairement la chute plus prompte de la sangsue, et le sang coule de la morsure en moindre quantité que si la sangsue s'était détachée volontairement.

— Lorsque les sangsues sont gorgées de sang elles se détachent et tombent d'elles-mêmes. Quelquefois cependant, quoique très-pleines, elles restent fixées à la peau, mais sans sucer, du moins d'une manière sensible. Alors on les force à lâcher prise en les saupoudrant de muriate de soude ou de tabac. Aussitôt qu'une sangsue est détachée de l'endroit où elle a mordu, on voit le sang sortir d'une ouverture qui, étant examinée sur-le-champ avec attention, représente trois angles égaux, dont les sommets aboutissent au point le plus considérable de la plaie, qui prend ensuite la forme d'un triangle.

La quantité de sang qui découle de la morsure est proportionnée à l'espèce, à la grosseur et à la situation des vaisseaux ouverts, à l'étendue de leur ouverture, à la vigueur de la sangsue, à la disposition du sang à se coaguler, au degré de sensibilité et d'irritabilité du sujet et de la partie mordue. Les vaisseaux ouverts par les sangsues sont veineux ou artériels. Le sang fourni par les veines sort goutte-à-goutte en plus ou moins grande abondance, et s'arrête naturellement. Celui qui est versé par des artères, qui ne sont jamais que des artérioles superficielles, sort par jets qui répondent aux pulsations du cœur; il ne se coagule pas ordinairement dans la plaie, à moins qu'on n'y applique un remède astringent, ou qu'on ne la comprime; et si l'on n'arrête point cette hémorragie, elle peut devenir mortelle. Mais quelle que soit l'espèce des vaisseaux ouverts par la sangsue, ils fournissent d'autant plus de sang qu'ils sont plus gros et plus superficiels, que le sang a moins de disposition à se coaguler, que le malade est moins sensible et moins susceptible de spasme, et qu'il a moins de répugnance pour les sangsues.

L'écoulement du sang diminue au moment où un caillot commence à se former dans l'ouverture ; il s'arrête tout-à-fait dès que le caillot bouche complètement l'ouverture des vaisseaux. Si l'on enlève ce caillot , on renouvelle aussitôt le cours du sang , et si l'on agit ainsi à mesure que le caillot se forme , on entretient l'hémorragie.

— Il est rare que les sangsues , quelque vigoureuses qu'elles soient , sucent la quantité de sang qu'on se propose d'évacuer. On est presque toujours obligé après que les sangsues sont tombées , non-seulement de laisser sortir le sang des morsures , mais encore d'en favoriser l'écoulement. Pour obtenir la quantité de sang qu'il est besoin d'évacuer , on emploie plusieurs moyens , dont l'effet est d'empêcher qu'il ne se fige dans la plaie et à l'embouchure des vaisseaux. Ces moyens sont des lotions continuelles avec de l'eau chaude , l'exposition de la partie à la vapeur de l'eau presque bouillante , l'immersion de cette partie dans de l'eau chaude aussi , lorsque la forme de la partie le permet ; enfin l'application des ventouses sur les morsures. Ce dernier moyen est le plus propre à favoriser et à augmenter l'évacuation sanguine quand le sang n'est pas coagulé dans la plaie : les ventouses rendent en même temps la dérivation et la révulsion plus fortes. Mais la forme de la partie ne permet pas toujours de les employer. Il en est de même de la vapeur de l'eau chaude , qui , quoique très-propre à favoriser l'écoulement du sang , ne peut guère être mise en usage que lorsqu'on a appliqué les sangsues au fondement. Quand on ne peut se servir ni de l'un ni de l'autre de ces moyens , on doit se borner à laver sans cesse les piqures avec

de l'eau tiède, et à enlever, en les frottant doucement avec un linge mouillé, les caillots qui s'y forment, et dont la présence empêcherait le sang de couler. Depuis quelque temps l'usage s'est établi de couvrir la partie, lorsque les sangsues sont tombées, avec un cataplasme de farine de graine de lin et d'eau de guimauve; mais outre que cette application ne peut pas être faite sur toutes les régions du corps, le cataplasme n'empêche pas toujours le sang de se coaguler dans les morsures, et de les fermer.

— Il est très-difficile, sinon absolument impossible, d'estimer au juste la quantité de sang avalée par les sangsues et celle qui sort des morsures. Pour apprécier la quantité de sang sucé, il faudrait avoir pesé les sangsues avant leur application et les peser après qu'elles sont tombées. Quant à celui que versent les piqûres, il est très-difficile de le recevoir dans un vase, parce qu'il s'en perd dans les linges, les compresses et les bandages : il arrive encore souvent qu'après avoir appliqué l'appareil nécessaire pour arrêter le sang, il en sort une grande quantité sans que le malade ni les assistans s'en aperçoivent. Ce n'est que lorsqu'il se sent inondé et prêt à tomber en défaillance qu'il demande du secours. Au reste, quelle que soit la quantité de sang tiré par le moyen des sangsues, l'abattement des forces vitales et musculaires procuré par cette saignée locale n'est jamais aussi considérable et d'aussi longue durée que lorsqu'on a évacué en une seule saignée avec la lancette une semblable quantité de sang.

— Après la chute des sangsues, le sang qui

s'écoule des morsures s'arrête quelquefois de lui-même ; mais quelquefois aussi il continue de couler , et après qu'on en a obtenu la quantité qu'on a jugé nécessaire d'évacuer , on est obligé d'en suspendre le cours. On emploie pour cela différens topiques : les plus usités sont l'agaric de chêne préparé , l'amadou , le linge brûlé , la charpie rapée et imbibée d'esprit de vin , soutenus par des compresses et un bandage. Parmi ces topiques , l'agaric et le linge brûlé sont ceux qu'on emploie le plus ordinairement. On place sur chaque morsure un morceau d'agaric ou une petite boule de linge brûlé ; on met par dessus de petites compresses graduées et un bandage contentif. Il est rare que ces moyens ne suffisent pas. Cependant si la structure de la partie ne permet pas d'exercer une compression suffisante , l'hémorragie peut se renouveler et devenir assez considérable pour jeter le malade dans une extrême faiblesse et même le faire périr , comme on en a quelques exemples. C'est particulièrement chez les enfans que l'on a observé cette hémorragie après l'application des sangsues au cou , où l'on ne peut exercer une forte compression. Dans ce cas la cautérisation avec la pierre infernale ou avec un stilet de fer rougi au feu est un moyen sûr d'arrêter le sang. La pierre infernale m'a toujours suffi ; il ne faudrait pas hésiter cependant à recourir au cautère actuel , si le nitrate d'argent était inefficace.

L'écoulement du sang étant supprimé par la nature ou par les secours de l'art , il reste souvent une douleur légère ; les bords des piqûres se tuméfient un peu ; au bout de quinze , vingt , ou quarante-huit heures , ces symptômes diminuent ; la portion des tégumens qui environne

chaque morsure prend une couleur violette semblable à celle de l'ecchymose, puis une couleur jaunâtre qui s'efface insensiblement; quelquefois pourtant la peau reste ainsi colorée en jaune pendant douze ou quinze jours. Le lendemain de la morsure, le caillot contenu dans la plaie est sec et noirâtre; il se détache, disparaît, et fait place à une cicatrice triangulaire, qui, quelques mois après, présente plus de blancheur que le reste de la peau, et se maintient ainsi pendant plusieurs années. On voit quelquefois ces cicatrices devenir tuberculeuses, comme nous l'avons déjà dit, et pour les affaisser et les rendre plates, on est obligé de les toucher à différentes reprises avec le nitrate d'argent.

Le jour qui suit l'application des sangsues il s'établit aux bords de la plaie une légère inflammation, accompagnée d'une démangeaison qui est si importune chez quelques personnes, qu'elles ne peuvent s'empêcher de gratter et de frotter la partie. Cette inflammation, effet immédiat de la morsure, mais que peuvent augmenter des atouchemens rudes et prolongés, est rarement considérable et se termine ordinairement par résolution. Cependant il arrive quelquefois que les bords de la morsure sont attaqués d'une inflammation vive qui finit en peu de temps par suppurer, ensorte que la morsure s'est convertie en un petit ulcère qui dure plus ou moins long-temps et que l'on doit panser avec du cérat.

L'inflammation ne se borne pas toujours aux environs et aux bords de la plaie; quelquefois elle s'étend au loin et acquiert beaucoup d'intensité, tantôt sous forme d'érysipèle, tantôt sous celle de phlegmon. Mais cela n'arrive guères que lorsqu'on a posé un grand nombre de sangsues

dans un espace peu étendu , sur une personne qui a une grande disposition aux affections inflammatoires , ou chez laquelle il existe un principe morbifique qui est attiré sur la partie par l'irritation que causent les morsures. On combat cette inflammation par les cataplasmes émolliens et anodins , ou les fomentations de même nature. Quand l'inflammation est érysipélateuse , elle se termine ordinairement par résolution , rarement par suppuration , à moins qu'elle ne s'étende au tissu cellulaire sous-cutané , et plus rarement encore par gangrène. Lorsqu'elle est phlegmoneuse , elle amène toujours la suppuration , et il se forme un abcès dont on est obligé de faire l'ouverture , à moins que l'une des morsures ne s'agrandisse et ne donne issue au pus , comme je l'ai vu plusieurs fois.

En terminant ce qui a rapport à l'application des sangsues , nous croyons devoir faire observer qu'en général les Médecins et les Chirurgiens n'attachent pas assez d'importance à cette opération. Ils la confient presque toujours aux garde-malades ; mais est-il certain que ces femmes , absolument étrangères à l'art de guérir , placeront les sangsues précisément à l'endroit où il convient de les faire mordre ? qu'elles prendront toutes les précautions nécessaires pour empêcher que ces animaux ne pénètrent dans les ouvertures au voisinage desquelles on les applique ? qu'elles remplaceront ceux qui ne veulent pas mordre ? qu'elles évacueront seulement la quantité de sang que l'on a jugé nécessaire ? qu'elles emploieront tous les moyens propres à favoriser la sortie du sang , lorsqu'il coule difficilement ou qu'il s'arrête trop tôt ? enfin qu'elles supprimeront l'évacuation sanguine au moment

où elle commencera à être trop abondante, en mettant en usage les moyens les plus propres à l'arrêter et à l'empêcher de reparaître ? Combien de fautes ne commettent pas tous les jours sur ce point les femmes dont nous parlons !

ARTICLE II.

De la Saignée locale par les Ventouses.

On a donné le nom de ventouse à un petit vaisseau, ordinairement de verre, en forme de cloche, dont l'ouverture beaucoup moins large que le fond, est arrondie, unie et polie, afin qu'elle puisse s'appliquer exactement à la peau, et que son application ne soit pas douloureuse. On se sert de ventouses pour attirer le sang vers la peau, ou pour en faciliter la sortie par des scarifications qu'on y fait.

Lorsqu'on veut en faire usage, on y raréfie l'air, ou pour mieux dire, on l'y consume, au moyen de la chaleur, et on applique sur-le-champ la ventouse à l'endroit que l'on veut ventouser ; ou bien encore, après avoir placé la cloche sur cette partie, on enlève l'air dont elle est remplie avec une pompe aspirante qui s'adapte à une ouverture dont le sommet de la ventouse est percé.

On distingue les ventouses en sèches et en humides. On nomme ventouse sèche, celle après laquelle on ne fait point de scarifications ; elle a pour objet de produire une dérivation et de porter le sang du centre à la circonférence. Quand on incise le lieu ventosé, les ventouses sont appelées humides ou scarifiées ; elle servent non seulement à attirer le sang vers l'extérieur, mais aussi à lui donner issue, ou à faire une saignée locale.

L'invention des ventouses remonte à la plus haute antiquité ; on s'en servait au temps d'Hippocrate, et plus encore du temps de Celse. Ce dernier nous apprend qu'il y avait deux sortes de ventouses, les unes de cuivre et les autres de corne. Celles-ci n'étaient autre chose que la corne d'un animal, dont l'extrémité était percée : c'est par là qu'on pompait l'air avec la bouche. Quand la ventouse était attachée, on bouchait cette ouverture avec de la cire. Voilà les ventouses les plus simples, et comme telles les premières qu'on ait d'abord mises en usage. Les ventouses de cuivre ressemblaient à-peu-près aux nôtres et s'appliquaient avec de la charpie allumée. Le hasard, plutôt que la connaissance précise de la raréfaction de l'air, avait déjà à cette époque fait découvrir cette manière d'appliquer les ventouses. En cas de nécessité, on se servait pour ventouse d'une coupe, ou de tout autre petit vase qui se trouvait sous la main, pourvu que l'embouchure n'en fût pas trop évasée. Les ventouses de cuivre, d'argent ou de tout autre métal, ont l'inconvénient de s'échauffer très-promptement, et de ne pas permettre de voir ce qui se passe au travers ; aussi on les a abandonnées dès que celles de verre ou de cristal ont été connues. On a donné à ces ventouses diverses formes, diverses grandeurs. Celles dont on se sert ordinairement sont presque rondes et terminées par un col qui a environ six lignes de longueur. Lorsqu'on se sert de feu pour consumer l'air qui remplit la ventouse, elle doit présenter à sa partie supérieure une espèce de boule par laquelle on la tient. Si l'on emploie une petite pompe aspirante pour faire le vide, la ventouse doit être terminée supérieu-

rement par une espèce de col qui s'engage dans un tube de cuivre et le remplit assez exactement pour que l'air ne puisse passer entre ce tube et le col de la ventouse. L'extrémité du tube, qui a environ quatre lignes d'épaisseur, est perforée d'un pas de vis sur lequel se monte la pompe aspirante, qui peut ainsi s'adapter à toutes les ventouses, quelles que soient leur grandeur et leur forme.

Les ventouses peuvent être appliquées sur toutes les parties du corps, lorsque la forme de ces parties permet d'y adapter l'ouverture de la ventouse, de manière qu'il ne reste aucun intervalle entre la peau et la circonférence de cette ouverture ; car si l'air trouvait le moindre accès dans la ventouse, le but qu'on se propose serait manqué. Ainsi chez les personnes extrêmement maigres, les ventouses ne peuvent être mises sur les côtés de la poitrine, parce que les espaces intercostaux ne permettent pas au bord de la ventouse de toucher exactement la peau dans toute sa circonférence. La forme variée des parties exige qu'on ait des ventouses dont l'embouchure présente une grandeur et une figure différentes.

En appliquant les ventouses, on a pour but, tantôt de détourner le sang de la partie malade, en le dirigeant vers celle où on les applique, tantôt de tirer du sang de la partie affectée. Dans le premier cas on les applique sur une partie plus ou moins éloignée de celle qui est malade, et dans le second, sur la partie même qui est affectée, à moins que l'état de cette partie ne s'y oppose : alors on les place sur le lieu le plus voisin.

Nous ne parlerons point des différentes mala-

dies dans lesquelles les anciens , qui faisaient un grand usage des ventouses , avaient recours à ce moyen , ni des différens endroits du corps sur lesquels ils les appliquaient dans ces maladies ; nous nous bornerons à dire la manière dont cette application doit être faite.

Lorsqu'on se sert du feu pour consumer , ou , comme on dit ordinairement , pour raréfier l'air contenu dans la ventouse , on introduit dans sa cavité la flamme d'une bougie , celle de l'alcool allumé , ou quelque peu d'étoupe , à laquelle on met le feu , et aussitôt que la flamme est éteinte on applique la ventouse sur la partie que l'on veut ventouser. Une autre manière de consumer l'air contenu dans la ventouse est la suivante : on attache quatre petites bougies sur un morceau de carte taillé en rond ; on allume ces bougies , et l'on place cette espèce de chandelier sur la partie qu'on couvre d'une ventouse. On n'applique celle-ci fermement sur la peau qu'au moment où les bougies commencent à s'éteindre.

Quand on se sert de la pompe aspirante pour faire le vide dans la ventouse , on place celle-ci sur la partie , et on l'appuie assez fortement pour que l'air extérieur ne trouve aucune voie pour pénétrer dans la ventouse à mesure qu'on enlève celui dont elle est remplie , en faisant jouer la pompe. On juge que le vide est aussi complet qu'il puisse l'être lorsque la ventouse est fortement attachée à la partie ; alors on cesse de pomper.

La manière d'appliquer les ventouses sans feu , était la seule en usage chez les Egyptiens , au rapport de Prosper Alpin. Leur ventouse était un vaisseau , en forme de corne ou de poire

alongée, percé à son sommet. Le Chirurgien, après avoir placé la base de la ventouse sur la peau, appliquait sa bouche sur l'ouverture du sommet, aspirait l'air, et l'empêchait de rentrer, en bouchant à l'instant cette ouverture, avec une petite boule de cire qu'il tenait dans sa bouche. Pour ôter la ventouse, il suffisait d'enlever la cire. On conçoit difficilement comment on pouvait par la succion, qui est d'ailleurs fort incommode, enlever assez d'air de la ventouse, pour qu'elle s'attachât fortement et qu'elle produisît l'effet qu'on se proposait. Aussi abandonna-t-on ce procédé, dès qu'on connut la possibilité d'arriver à un meilleur résultat en se servant du feu. Mais depuis la découverte de la machine pneumatique, en Angleterre d'abord, ensuite en France, on a adapté à la ventouse une pompe aspirante, au moyen de laquelle on fait le vide dans ce vaisseau en pompant l'air dont il est rempli. Aujourd'hui ce procédé est presque le seul dont on se serve pour appliquer les ventouses.

Soit qu'on fasse le vide dans la ventouse en consumant l'air qu'elle contient, ou en l'enlevant avec la pompe aspirante, la partie qu'elle couvre étant délivrée de la pression de l'air, les humeurs y affluent, en distendent les vaisseaux et forment une tumeur qui s'élève dans la ventouse, et sur laquelle la peau devient plus ou moins rouge, plus ou moins chaude. La ventouse a produit tout son effet dans l'espace de deux à trois minutes, et alors il faut l'enlever, pour la replacer sur le même lieu si on le juge nécessaire. En laissant plus longtemps la ventouse attachée à la partie, on n'ajoute rien à son effet, qui n'a lieu que dans le

premier instant, et ce n'est qu'en le réitérant, qu'on peut l'augmenter. Pour détacher la ventouse qui a été appliquée au moyen du feu, on appuie le bout du doigt près de son rebord, ce qui permet à l'air extérieur d'y entrer. Celle pour laquelle on s'est servi de la pompe aspirante, s'enlève aussi en y faisant pénétrer l'air, dès qu'on a débouché le conduit qui est pratiqué dans le robinet de la pompe.

Lorsqu'on emploie les ventouses uniquement dans la vue d'attirer le sang vers la partie ventousée, si l'on veut en obtenir de grands effets, on doit en répéter l'application sur le même endroit, jusqu'à ce que la peau rougisse considérablement, et devienne douloureuse, et couvrir la partie avec une serviette très-chaude, qu'on renouvelle de temps en temps.

Mais il est rare qu'on applique les ventouses dans le seul but d'attirer le sang sur l'endroit qu'elles couvrent. On se propose presque toujours de donner issue à ce liquide et d'en tirer une plus ou moins grande quantité. Alors il faut, lorsque la peau est bien rouge et déjà chaude, y pratiquer des scarifications. On peut faire ces scarifications avec le bistouri, la lancette ou un instrument particulier, qu'on nomme Scarificateur. Le bistouri et la lancette ont l'inconvénient de multiplier les douleurs en raison du nombre de petites plaies que l'on est obligé de faire l'une après l'autre : d'ailleurs, la plupart des malades ont une telle répugnance pour ces instrumens qu'ils refusent de se soumettre à leur action. Aussi ne doit-on s'en servir qu'au défaut du scarificateur. Lorsqu'on est forcé d'en faire usage, on doit mettre la plus grande promptitude dans l'opération, et toujours commencer

les petites incisions par le bas, parce que le sang qui coulerait de celles d'en haut, rendrait plus difficiles celles qu'on voudrait faire au-dessous. Ces incisions doivent être disposées de manière qu'elles puissent toutes être comprises sous la ventouse.

Le scarificateur est un instrument au moyen duquel on fait d'un seul coup et avec une rapidité étonnante autant de petites incisions que l'instrument contient de lames. Il est composé de plusieurs pièces renfermées dans une petite boîte carrée en cuivre. Ces pièces sont :

1°. De petites lames tranchantes d'un côté et mousses de l'autre : ces lames, dont le nombre varie depuis cinq jusqu'à seize, sont montées sur deux ou trois traverses, placées parallèlement à une distance égale l'une de l'autre à la partie supérieure de la boîte. Chaque traverse a un pignon à une de ses extrémités, dont les dents s'engrènent dans celles d'une espèce de roue ou de crémaillère. Les traverses sont mobiles par le moyen de deux petits essieux qui sont aux extrémités de chacune, et qui tournent en pivot dans des trous pratiqués sur les côtés de la boîte.

2°. Une roue ou crémaillère d'acier, qui a environ un pouce de diamètre, et qui est placée sur le côté de la boîte correspondant à l'extrémité des traverses qui présente un pignon. Cette crémaillère fait ses mouvemens sur un essieu qui traverse le milieu de la boîte, et est rivé des deux côtés par des rosettes qui se voient à l'extérieur de la boîte. La partie supérieure de la crémaillère est légèrement arrondie dans son contour, afin de toucher au pignon des traverses qui sont dans le même lieu. Ce contour arrondi est garni de plusieurs dents qui ressemblent assez

à celles qu'on remarque dans les pièces d'horlogerie. La partie inférieure de la crémaillère est un levier de huit à dix lignes de long, qui passe par une fente pratiquée à la partie inférieure de la boîte. A la naissance de ce levier est un cran dans lequel s'engage la pièce suivante, lorsqu'on arme l'instrument.

3°. Cette pièce est une languette qui a environ un pouce et demi de long. Elle est percée, à l'une de ses extrémités, d'un trou dans lequel on met une vis en pivot, laquelle entrant dans le fond de la boîte, la fixe dans un coin : l'autre extrémité de la languette est libre; c'est une espèce de gachette qui sort horizontalement par une ouverture pratiquée sur le rebord inférieur et latéral de la boîte; mais cette languette est toujours poussée du côté de la crémaillère par un simple ressort.

4°. Une pièce essentielle de cet instrument, celle qui le met en jeu, est un double ressort d'acier, large d'environ un pouce, placé presque transversalement à la partie inférieure de la boîte, au-dessous de l'essieu sur lequel la crémaillère fait ses mouvemens, et dont le bord libre appuie contre la face interne de la crémaillère, laquelle présente immédiatement au-dessus de l'endroit où ce bord correspond, une éminence dont une des faces est convexe, et agit sur le ressort pour le déprimer, lorsqu'on arme l'instrument.

5°. Outre ces différentes pièces, il y a encore une traverse qui est à contre-sens de toutes les autres, dont les extrémités sont coudées à angle droit, et dans lesquelles est gravé un écrou. Cette traverse est montée sur une vis qui la fait hausser et baisser à volonté : la poignée de cette vis est au-dessous de la boîte.

Toute la machine est recouverte d'un surtout dont la face supérieure présente un nombre d'ouvertures égal à celui des petites lames tranchantes : ces ouvertures , qui ont chacune un demi-pouce de long , donnent passage à ces lames. Ce surtout se hausse et s'abaisse à volonté par le mécanisme suivant : il est percé , aux parties latérales et inférieures , par un trou dans lequel on met une vis qui passe dans la machine et va s'engager dans le trou qui existe à l'extrémité coudée de la traverse inférieure ; en sorte que , par le moyen de cette vis , le surtout ne fait qu'une pièce avec la traverse inférieure ; et comme cette traverse se monte et se baisse en tournant la vis qui a sa poignée sur la face inférieure de la machine , il s'ensuit que le surtout montera ou descendra , et ainsi s'éloignera ou s'approchera des lames tranchantes , et par conséquent ces lames inciseront plus ou moins profondément , selon qu'on le désirera , ce qui est une grande perfection dans l'instrument.

Lorsqu'on veut se servir du scarificateur , on doit commencer par l'armer , ce qui se fait en poussant le levier de la crémaillère , jusqu'à ce qu'on ait senti et entendu un claquement qui arrive parce que la languette étant sans cesse appliquée sur le bord de la crémaillère au moyen d'un ressort simple , elle s'engage dans le cran ou entaille pratiquée à la naissance du levier de la crémaillère , en sorte qu'elle retient celle-ci et l'empêche d'obéir à l'action du ressort ; et comme les dents de la crémaillère tournent dans ce mouvement , elles font tourner les pignons des traverses supérieures et parallèles , et par conséquent les traverses même , et celles-ci font passer les lames de gauche à droite.

Le scarificateur ainsi armé, pour le faire agir, il n'y a qu'à presser sur la gachette par laquelle la languette est terminée; alors la crémaillère n'étant plus retenue, obéit à l'action du ressort, fait un demi-tour, et les lames passent si vite de droite à gauche, qu'on ne les voit point : c'est dans ce mouvement qu'elles divisent la peau.

Il est facile de voir, par ce qui vient d'être dit, que le scarificateur, qui fait d'un seul coup et avec une promptitude étonnante un nombre d'incisions égal à celui de ses lames, doit causer beaucoup moins de douleur que la lancette ou le bistouri, avec lequel on ne peut faire ces incisions que l'une après l'autre. Au reste, quel que soit l'instrument dont on se serve pour faire les scarifications, elles doivent s'étendre dans toute l'épaisseur de la peau, si l'on veut remplir l'objet qu'on se propose, c'est-à-dire, obtenir la quantité de sang qu'il est nécessaire d'évacuer. Des scarifications dans lesquelles la peau ne serait qu'effleurée, n'auraient presque aucun effet. Hippocrate était convaincu de cette vérité, et a donné formellement le précepte de faire de grandes incisions. Lorsqu'il s'agit, dit-il, de scarifier la tumeur formée par la ventouse, il vaut mieux n'y pas toucher que de faire des scarifications superficielles. Aussi recommande-t-il de se servir d'un bistouri à pointe courbe, un peu large, afin d'ouvrir une voie libre et facile aux humeurs visqueuses qui se présentent quelquefois aux ouvertures.

Lorsqu'on veut faire une saignée locale par les ventouses, on applique d'abord une ventouse au moyen du feu ou de la pompe aspirante, et aussitôt que la peau est tuméfiée, rouge et chaude, et que la ventouse est ôtée, on pose sur la partie

le scarificateur armé et légèrement chauffé à la flamme d'une bougie, ou si l'on n'a pas de scarificateur, on pratique avec la pointe d'un bistouri ou d'une lancette le nombre d'incisions que l'on juge nécessaires, en ayant l'attention, comme nous l'avons dit, de commencer par celles qui doivent correspondre à l'endroit le plus déclive de la partie sur laquelle la ventouse a été préalablement appliquée. Aussitôt que les scarifications sont faites, on réapplique la ventouse sur le point scarifié, et on l'y laisse pendant trois ou quatre minutes : on l'ôte en l'inclinant du côté le plus déclive, pour recevoir le sang qui coule des incisions : on verse le sang qu'elle contient dans un vase destiné à le recevoir ; pendant ce temps, on fait tenir sur les plaies une éponge imbibée d'eau tiède, pour empêcher que le sang ne s'y coagule et ne bouche l'orifice des vaisseaux divisés. On applique de nouveau la ventouse, et on en réitère l'application jusqu'à ce qu'on ait obtenu la quantité de sang qu'il est nécessaire d'évacuer. Lorsque la maladie exige une saignée locale abondante, on applique plusieurs ventouses scarifiées les unes après les autres, et dans les endroits qu'on juge le plus favorables au but qu'on se propose.

Quand l'opération est terminée, on lave la partie avec de l'eau tiède, ensuite on l'essuie exactement avec un linge fin, et on la couvre d'un morceau de sparadrap de diachylon gommé, en ayant l'attention de tendre la peau dans le sens même des plaies, afin d'en réunir les lèvres et d'en prévenir la suppuration.

Dans presque tous les cas où la saignée locale est indiquée, les ventouses scarifiées peuvent remplacer les sangsues ; il y en a même quelques-

uns dans lesquels elles l'emportent sur ces dernières ; telles sont les maladies où il faut établir sur-le-champ une évacuation sanguine avec forte dérivation et prompte révulsion ; surtout lorsque ces maladies dépendent du transport d'une humeur morbifique sur un organe important. Il est certain que les ventouses agissent presque toujours avec plus d'efficacité que les sangsues pour appeler promptement à l'extérieur la cause immédiate du mal , et en débarrasser l'organe affecté. Ajoutez à cela qu'on peut à volonté scarifier les vaisseaux sanguins propres à fournir plus ou moins de sang , et en faire cesser l'écoulement en ôtant la ventouse ; tandis que les sangsues ne mordent pas toujours où l'on veut ; elles ne font pas communément sortir la quantité de sang qu'on désire ; on a souvent plus de peine à arrêter le sang qui coule des morsures que celui qui sort des scarifications. Malgré ces avantages des ventouses scarifiées , elles sont peu employées , tandis que l'on use beaucoup , que l'on abuse même des sangsues. La raison en est simple ; les Médecins et les Chirurgiens abandonnent l'application des sangsues aux gardes-malades , souvent même aux parens ou aux amis des malades : ils seraient obligés d'appliquer eux-mêmes les ventouses , et la plupart dédaignent de pratiquer cette petite opération ; en sorte que , par amour-propre ou par insouciance , ils privent souvent les malades d'un moyen de guérison très-utile.

CHAPITRE VIII.

*Du Séton, des Cautères, du Moxa, des
Vésicatoires et des Sinapismes.*

ARTICLE PREMIER.

Du Séton.

LE mot séton désigne communément une espèce particulière d'exutoire qu'on forme en perçant la peau dans deux endroits correspondans, et qu'on entretient par le moyen d'une bandelette de linge, effilée de deux côtés, ou d'une mèche composée de plusieurs brins de coton réunis. On emploie aussi le mot séton pour indiquer la bandelette même ou la mèche qui entretient la suppuration : c'est même là l'étymologie du mot séton, de *seta*, crin : les anciens composaient cette mèche de crins de cheval.

Le séton, pris dans ce dernier sens, est d'un fréquent usage en Chirurgie. On l'emploie pour entretenir l'écoulement du pus dans les plaies qui ont plusieurs ouvertures ; pour faciliter la sortie des corps étrangers dans les plaies par arme à feu ; on y a recours encore pour porter des médicamens sur des parties profondément situées, pour dilater des conduits rétrécis, etc.

Nous avons traité des diverses affections dans lesquelles le séton peut être employé et nous avons indiqué les circonstances qui le rendent

nécessaire dans chacune d'elles : nous ne reviendrons pas ici sur cet objet, et nous ne parlerons du séton que comme fongicule ou exutoire.

On a recours à ce moyen lorsqu'on veut obtenir une suppuration abondante et profonde, une forte dérivation : on ne l'emploie guères que dans les maladies chroniques.

Le séton peut être établi dans toutes les régions du corps où la peau est unie aux parties sous-jacentes par une quantité de tissu cellulaire assez grande pour qu'on puisse la soulever et la percer sans intéresser ces parties. C'est particulièrement à la nuque qu'on le pratique, et surtout quand on veut combattre une ophthalmie rebelle. On y a quelquefois aussi recours dans la céphalalgie et l'épilepsie. On trouve dans les auteurs un grand nombre de faits qui démontrent les bons effets du séton dans ces diverses maladies. Fabrice de Hildan est parvenu à guérir une épilepsie en appliquant un séton à la nuque (1). Ambroise Paré rapporte une observation semblable (2). Mais un des faits les plus remarquables relativement à l'efficacité du séton dans les maladies chroniques de la tête, est celui qui a été observé par Ruysch (*Obs.* XL). La fille d'un marchand d'Amsterdam âgée d'environ 18 ans, éprouvait depuis longtemps une céphalalgie continuelle, intolérable. Beaucoup de remèdes, tels que les purgatifs, les céphaliques, les saignées du pied et du bras, avaient été mis en usage sans succès. Ruysch avait même pratiqué sur le sommet de la tête une incision cruciale qui avait donné lieu à une

(1) *Cent.* 1, *Obs.* 40.

(2) Livre X, chap. 25.

hémorragie abondante. Bien plus, il avait pris la résolution d'appliquer une couronne de trépan sur le crâne. Cependant le séton n'avait pas encore été essayé; il crut devoir y recourir avant d'en venir au trépan. Il le fit; et les douleurs se dissipèrent; mais bientôt la malade ennuyée d'un tel remède laissa fermer ce fonticule. Les douleurs reparurent aussitôt. Le rétablissement du séton les fit disparaître une seconde fois. Devenue plus prudente, elle porta le séton jusqu'à ce que la nature en eut elle-même produit la cicatrisation. Qu'en arriva-t-il? Les douleurs se reproduisirent; mais un troisième séton et un régime convenable parvinrent enfin à délivrer cette fille de cette céphalalgie rebelle.

Dans quelques cas le séton a été employé avec succès dans le traitement de l'amaurose, après que les autres moyens avaient échoué. La 24.^e observation de Scultet en offre un exemple remarquable. Une goutte-sereine, qui avait résisté à la saignée, aux purgatifs et aux cautères, fut guérie par l'établissement d'un séton.

J'ai obtenu un pareil succès du même remède dans un cas assez singulier. Une personne atteinte d'une sorte de coryza chronique, avec perte du goût et de l'odorat avait essayé en vain d'un grand nombre de remèdes. Ce fut seulement par l'établissement d'un séton qu'elle parvint à se débarrasser de cette affection.

Mais c'est surtout dans l'ophthalmie chronique que le séton à la nuque est utile. Les auteurs rapportent un grand nombre d'observations, qui prouvent la puissance de ce moyen dans la maladie dont il s'agit. Un des faits les plus remarquables et les plus propres à établir l'efficacité du séton est celui que rapporte Ambroise Paré.

Un orfèvre avait une ophthalmie chronique qui avait résisté à un très-grand nombre de remèdes. Un séton à la nuque, qui fut établi par A. Paré, produisit des effets très-avantageux; mais le malade n'eut pas plutôt été délivré de l'ophthalmie, qu'il crut pouvoir aussi se débarrasser du remède douloureux auquel il devait sa guérison. L'affection ne tarda pas alors à se reproduire, et elle persista jusqu'à ce que le séton eût été réappliqué. Paré exigea et obtint alors du malade qu'il le conservât pendant fort longtemps (1).

On trouve dans les Ephémérides des Curieux de la Nature (2), plusieurs faits propres également à établir l'efficacité de ce moyen. Un jeune enfant de 8 ans était atteint d'une ophthalmie chronique, contre laquelle le médecin qui le dirigeait, avait épuisé toutes les ressources de son art. Reimann consulté proposa de faire établir un séton à la nuque. Un mois après l'établissement de ce séton, l'état du malade n'était pas sensiblement changé, ou n'offrait que fort peu d'amélioration. Toutefois avec le temps les yeux commencèrent à s'éclaircir; et au bout de neuf mois, la conjonctive et la cornée avaient repris la couleur qui leur est naturelle. Le même auteur a traité par le même moyen un autre enfant du même âge, qui éprouvait chaque mois une ophthalmie intense et un écoulement très-abondant de matières fétides et puriformes par les narines. Le séton dissipa complètement cette maladie et en prévint le retour.

Le 75.^e volume de l'ancien Journal de Mé-

(1) Livre X, chap. 25.

(2) Cent. IX, obs. 46.

decine contient un mémoire sur l'efficacité du séton dans le traitement de l'ophthalmie chronique. Dans ce mémoire sont réunies plusieurs observations , où l'on voit l'emploi du séton , suivi constamment du plus heureux succès , bien que les maladies datassent de plusieurs années. Il importe , dans tous les cas où l'on a recours au séton , de l'entretenir après la cessation de la maladie pendant plusieurs semaines , quelques mois même , suivant que l'ophthalmie a été plus ou moins considérable , a duré plus ou moins long-temps.

Nous ferons encore remarquer , d'après notre propre expérience , et d'après les faits rapportés par divers auteurs , que dans plusieurs cas il s'est passé un mois , quelquefois plus , avant qu'on n'observât aucune amélioration sensible dans la maladie , et qu'après ce long espace le mal a marché rapidement vers sa guérison. Il ne faut pas perdre de vue cette remarque pratique , afin de ne pas se hâter de supprimer un séton lorsque , au bout d'un certain temps , on n'en a point encore obtenu de bons effets.

Bien que l'efficacité du séton dans le traitement des maladies que nous avons indiquées , et surtout dans l'ophthalmie , soit établie sur un grand nombre de faits authentiques , ce moyen thérapeutique n'est pas autant en usage qu'il devrait l'être. Diverses causes peuvent expliquer cela. Beaucoup de malades ont pour le séton une grande répugnance , parce qu'ils le croient très-douloureux. On peut reprocher à quelques hommes de l'art , de ne pas mettre assez de soin pour dissiper les craintes qu'il inspire. En employant les moyens de persuasion qui sont en leur pouvoir ils en viendraient facilement à bout. J'ai presque toujours

réussi auprès des malades qui m'ont consulté en leur assurant que le séton , plus facile à entretenir que le vésicatoire , n'exige pour cela aucune pommade irritante , que la suppuration est plus abondante et rend par conséquent ce moyen plus efficace que les autres exutoires ; enfin en faisant valoir auprès des femmes un motif qui n'est pas sans puissance auprès d'elles , c'est que les cicatrices qui résultent du séton sont moins apparentes et moins difformes que celles que laissent les vésicatoires qui ont long-temps suppuré.

La manière de pratiquer le séton à la nuque a beaucoup varié : les anciens se servaient de deux instrumens ; l'un était destiné à pincer la peau , et l'autre à la percer. Le premier était une sorte de pince dont les mors offraient un trou ; l'autre un espèce de stylet ou d'aiguille , froide , ou rougie au feu , qu'ils enfonçaient dans le trou des mors et qui faisait aux tégumens la double ouverture dans laquelle on passait la mèche.

Ce procédé est plus douloureux et surtout plus compliqué que celui qu'on lui a substitué , et qui consiste à faire à la peau du cou un pli longitudinal qu'on traverse avec une large aiguille dont on a beaucoup varié la forme. Celle dont nous nous servons ne mérite le nom d'aiguille que parce qu'elle est percée à l'une de ses extrémités d'une ouverture dans laquelle on fait entrer la bandelette de linge. Elle a la forme d'une feuille de myrte légèrement courbe sur son plat , longue d'environ cinq pouces , tranchante des deux côtés depuis sa pointe qui est très-aiguë , jusqu'au deux tiers de sa longueur où elle a environ un pouce de large. Au-delà sa largeur diminue , et ses côtés cessent d'être tranchans jusqu'à son autre extrémité qui est percée d'une ouverture trans-

versale destinée à recevoir la bandelette qui entretiendra le séton.

Cette bandelette doit être de linge fin, mais assez fort, large d'environ un pouce, longue de deux pieds et effilée de chaque côté dans l'étendue du quart de sa largeur. Les autres choses nécessaires pour établir un séton sont des plumasseaux de charpie, des compresses, une bande longue de deux aunes et large de deux travers de doigt.

Voici de quelle manière on procède à l'opération.

Le malade étant assis, la tête un peu renversée en arrière, le Chirurgien qui est placé derrière le malade et à son côté droit, pince en haut et en bas avec le pouce et l'indicateur, la peau de la partie moyenne du cou, et la soulevant le plus qu'il est possible, il lui fait former un pli longitudinal; un aide placé du côté opposé, saisit l'extrémité supérieure du pli, et rend ainsi à l'opérateur la liberté de la main droite avec laquelle il prend l'aiguille garnie de la bandelette effilée, qu'il a préalablement enduite de cérat ou de beurre; il la tient avec les doigts indicateur et médius placés sur la convexité de l'instrument, et le pouce qui appuie sur la concavité. Il l'enfonce au travers du pli, le plus près possible de sa base; il la retire ensuite du côté opposé, entraînant la bandelette qui doit rester dans la plaie. Il ôte alors l'aiguille, place sur les deux plaies de la peau des plumasseaux et des compresses qu'il assujettit par des circulaires autour du cou. Le bandage doit être assez serré pour maintenir l'appareil sans gêner toutefois la respiration, ni la circulation. La portion de la bandelette effilée qui est hors de la plaie et qui doit y être introduite peu

à-peu dans les pansemens subséquens, est renversée de côté et d'autre sur la charpie, et se trouve ainsi sous les compresses et la bande.

Au défaut de l'aiguille dont nous venons de parler, on peut se servir d'un bistouri pour traverser le pli de la peau; mais comme la lame de cet instrument augmente de largeur depuis la pointe jusqu'au talon, l'ouverture qu'elle fait est plus large du côté par lequel elle a pénétré que du côté opposé, et il faut, pour donner aux deux ouvertures une étendue égale, agrandir celle qui correspond à la pointe de l'instrument: en conséquence on devra, après avoir enfoncé horizontalement le bistouri, en abaisser le manche, si le tranchant de la lame est dirigé en haut, et l'élever s'il est tourné en bas. On passe ensuite la mèche avec un stylet à aiguille.

Quelle que soit la manière dont le séton a été mis, on ne doit lever le premier appareil que le quatrième jour; avant cette époque la suppuration n'est pas encore établie, et le pansement causerait nécessairement beaucoup de douleur.

Pour panser le séton, on commence par enduire avec un mélange de cérat et d'onguent basilicum, la bandelette effilée dans un espace de deux ou trois travers de doigt environ; on la tire ensuite lentement par le petit bout opposé, de manière à conduire dans la plaie la portion graissée, et à en retirer celle qui y a séjourné et qui est imprégnée de pus. Cette dernière doit être coupée avec des ciseaux en en laissant toutefois un petit bout qu'on renverse vers le côté opposé. On couvre les plaies avec un plumasseau enduit du mélange ci-dessus; on place une compresse sur le plumasseau, puis une bande. Quelques personnes enveloppent dans un morceau de

taffetas ciré la bandelette, pour empêcher que le pus ne l'imbibe et ne la rende dure. On renouvelle ce pansement toutes les vingt-quatre heures et même deux fois par jour si la suppuration est très-abondante. Quand la première bandelette est épuisée, on en coud une autre à plat à l'une de ses extrémités et on l'entraîne doucement dans la plaie.

S'il survient de l'inflammation à la portion de peau comprise entre les deux plaies, on la combat avec les cataplasmes émolliens; s'il s'y forme un abcès, on l'ouvre.

Il s'élève quelquefois des chairs fongueuses sur le bord des deux ouvertures : lorsque ces fongosités sont peu considérables, elles rendent la suppuration plus abondante et sont par cela même avantageuses; mais si elles s'accroissent beaucoup, on doit les réprimer avec le nitrate d'argent. Lorsqu'on veut supprimer le séton, on retire la bandelette après l'avoir coupée très-près de l'une des ouvertures, et on panse avec de la charpie sèche.

Quelques praticiens ont cru que les sétons faits suivant la longueur du cou avaient beaucoup plus d'efficacité que ceux qu'on place en travers, selon la méthode que nous venons de décrire et qui est généralement admise. Mais il est facile de voir que ce procédé ne peut présenter aucun avantage sur l'autre quant à l'effet, et que celui-ci est d'une exécution plus facile. En effet, il est bien plus difficile de pincer la peau de la nuque horizontalement que dans le sens vertical, et bien plus aisé de conduire l'aiguille ou le bistouri de droite à gauche ou de gauche à droite que de haut en bas ou de bas en haut.

Le séton peut être établi dans beaucoup

d'autres points du corps : le procédé opératoire est absolument le même. Cependant derrière l'apophyse mastoïde où on le place quelquefois pour certaines affections chroniques de l'oreille, comme la peau ne peut être saisie avec les doigts, il faut se servir pour former le pli, d'une pince à-peu-près semblable à celle dont les anciens faisaient usage. Les mors de cette pince n'ont point d'ouverture, et c'est devant eux qu'il faut plonger l'aiguille ou le bistouri. Une virole, ou une tige de fer rivée qui glisse dans une fente pratiquée dans la longueur de ses branches la maintient serrée sur le pli de la peau.

ARTICLE II.

Des Cautères.

On donne le nom de cautère à un petit ulcère rond établi par le Chirurgien, et dont on entretient la suppuration. Cette dénomination provient des moyens qu'on emploie souvent pour former cet ulcère qu'on appelle encore fonticule, ou fonticule à pois, pour le distinguer du fonticule à séton. Mieux vaudrait, sans doute, employer le mot fonticule pour désigner l'espèce d'exutoire dont nous parlons, s'en tenir à celui de séton pour indiquer l'autre, et laisser le nom de cautère au fer incandescent et aux remèdes caustiques. Par respect pour l'usage auquel tous les mots d'une langue doivent être soumis, nous conservons ici le nom de cautère au petit ulcère artificiel dont il s'agit.

Les cautères peuvent être ouverts dans tous les endroits du corps où la peau est unie aux parties sous-jacentes par une couche de tissu cellu-

laire d'une certaine épaisseur; mais on ne doit jamais les placer sur un os peu couvert, ni directement sur un tendon, ni fort près d'un gros vaisseau sanguin ou d'un nerf, ni sur le corps d'un muscle. Lorsque la maladie pour laquelle on a recours aux cautères, n'exige pas qu'ils soient établis dans un endroit plutôt que dans un autre, on les ouvre au bras, à la cuisse ou à la jambe.

Au bras, on place le cautère dans l'enfoncement qui se trouve entre l'angle inférieur du muscle deltoïde et le bord externe du biceps. Cet enfoncement est très-marqué chez les personnes dont les muscles sont très-prononcés, et on le rend plus apparent encore en recommandant au malade de fléchir l'avant-bras et de faire agir fortement le muscle biceps. Chez les personnes très-grasses, chez les femmes surtout, il est peu marqué et ce n'est guères que par la connaissance du rapport naturel des parties que l'on peut déterminer l'endroit où le cautère doit être ouvert. Il importe d'autant plus qu'il soit placé dans l'enfoncement qui vient d'être indiqué, que cet enfoncement est rempli par une assez grande quantité de tissu cellulaire qui rendra la suppuration plus abondante. Si au lieu d'établir le cautère sur ce point on le plaçait plus en dedans ou plus en dehors, outre que la suppuration serait moins abondante, la contraction du biceps dans le premier cas, et celle du deltoïde dans le second, rendraient la présence du pois destiné à entretenir le cautère, incommode, fatigante et douloureuse. On peut placer le cautère indifféremment au bras droit ou au bras gauche; mais la plupart des malades donnent la préférence à ce dernier, soit parce qu'ils peuvent se panser eux-mêmes plus facile-

ment, soit parce qu'ils se servent moins de ce bras que du droit.

A la cuisse, on place le cautère à la partie inférieure interne de ce membre, au-dessus du genou, à l'endroit où se trouve une dépression, entre le muscle vaste-interne et le tendon du troisième adducteur.

A la jambe on ouvre le cautère au-dessous de la partie interne du genou, entre le muscle jumeau interne et les tendons réunis des muscles couturier, droit interne et demi-tendineux, endroit où l'on remarque une espèce de cavité.

Beaucoup de personnes préfèrent la cuisse ou la jambe au bras, parce qu'elles peuvent panser elles-mêmes le cautère; mais à la cuisse il est presque impossible que le bandage contentif puisse tenir sûrement sans se déranger, à cause de la forme conique du membre. Cet inconvénient n'existe pas à la jambe ou y est moins marqué; mais en général les cautères de la cuisse et de la jambe suppurent moins que ceux du bras; le plus souvent même ils ne rendent que du sang ou de la sérosité sanguinolente. Ajoutez à cela que chez beaucoup de personnes ils causent habituellement de la douleur, et qu'ils rendent la marche difficile. Ainsi à moins qu'une indication particulière ne détermine à ouvrir un cautère à la cuisse ou à la jambe, on doit le placer de préférence au bras.

Les cautères peuvent être faits par incision, ou par cautérisation; quelques Chirurgiens les ouvrent d'une autre manière que voici : ils placent sur l'endroit où ils veulent établir le cautère un emplâtre vésicatoire de la largeur d'une pièce de cinq francs, et lorsque la suppuration de ce vésicatoire est bien formée, ils mettent au centre

de la surface ulcérée un pois ou une petite boule de racine d'iris qu'ils fixent avec un morceau de sparadrap de diachylon gommé, une compresse épaisse et un bandage assez serré pour que le pois creuse un enfoncement assez profond pour le loger, ou bien s'il existe déjà depuis quelque temps un vésicatoire qu'ils veulent convertir en un cautère, ils placent au centre de ce vésicatoire un pois qu'ils pressent comme nous venons de dire; cette manière d'établir un cautère est longue et douloureuse; la peau n'étant point divisée, l'enfoncement dans lequel on place le pois n'est jamais assez grand pour le loger entièrement, ensorte que la moindre pression cause beaucoup de douleur, et que le cautère, outre qu'il ne suppure presque pas, a une tendance singulière à se fermer. On ne doit donc se servir de cette méthode que chez les personnes extrêmement méticuleuses, et qui ont une répugnance insurmontable pour l'incision et la cautérisation.

Il y a deux manières d'ouvrir les cautères avec l'instrument tranchant; dans l'une, après avoir formé un pli à la peau, on coupe en travers avec le bistouri le milieu du pli, jusqu'au corps graisseux: dans l'autre on tend la peau transversalement avec le pouce et l'indicateur de la main gauche, et on l'incise d'un seul trait avec un bistouri à lame convexe, tenu comme pour couper de dehors en dedans. Dans l'une et l'autre manières, on doit donner à l'incision une étendue proportionnée au nombre et au volume des pois dont on se servira pour entretenir le cautère. L'incision faite, on la remplit aussitôt avec une boulette de charpie bien ferme; on met par dessus un plumasseau, puis une compresse et une bande. On ne lève l'appareil qu'au bout de deux ou trois

jours, afin que la compression exercée sur la boulette puisse former un trou suffisant, et que la plaie étant déjà bien humectée, on puisse la tirer aisément. On remplace la boulette de charpie par un gros pois sec, ou par une petite boule d'iris que l'on soutient avec du sparadrap de diachylon gommé. En peu de jours le petit ulcère se trouve formé et fournit une humeur purulente. Beaucoup de praticiens préfèrent cette manière d'ouvrir les cautères, parce qu'elle est plus courte, qu'elle cause peu de douleur, et que la suppuration s'établit fort promptement. Mais la plupart des malades ont de la répugnance pour l'instrument tranchant, et les cautères établis par incision ayant une tendance singulière à se fermer, parce qu'il y a seulement écartement des parties, sont en général plus douloureux que ceux qu'on ouvre avec les caustiques qui font un trou avec perte de substance, dont les bords sont plus faciles à tenir écartés que ceux d'une simple incision.

La cautérisation est la méthode qu'on emploie le plus ordinairement pour ouvrir les cautères. Les anciens se servaient d'un fer rougi au feu pour désorganiser la peau et former une escarre dont la chute laissait un ulcère dans lequel on mettait un pois. Cette méthode effrayante pour les malades est depuis long-temps abandonnée. Cependant elle opère des effets plus prompts et plus efficaces que la simple incision, les douleurs très-vives que cause la brûlure ne pouvant manquer d'exciter une puissante révulsion. Mais on trouve peu de personnes qui veuillent se soumettre à l'application du fer rouge, tandis qu'il n'en est presque aucune qui se refuse à l'emploi des caustiques. La pierre à cautère ou potasse

caustique est celui dont on se sert ordinairement. Voici la manière de l'appliquer.

On colle sur la partie un emplâtre de diachylon gommé, carré ou rond, de dix à douze lignes de diamètre, percé dans son milieu d'un très-petit trou. On place dans ce trou qui laisse la peau à découvert à l'endroit où l'on veut la détruire, un morceau de potasse caustique un peu moins gros qu'une lentille; on couvre cet emplâtre d'un autre emplâtre plus large, et on applique ensuite une compresse et un bandage circulaire qu'on serre assez pour que l'appareil ne change pas de place. Il est des praticiens qui, après avoir placé le morceau de pierre à cautère dans le trou du premier emplâtre, l'entourent avec de la charpie, sur laquelle ils mettent le second emplâtre. En agissant ainsi ils ont pour but d'empêcher le caustique de fuser et d'étendre son action trop loin; mais cette précaution est sans effet: rien n'empêche la potasse caustique de couler en se fondant, et si le morceau qu'on applique est trop gros et reste trop long-temps sur la partie, on aura une escarre d'une étendue énorme, sur-tout si la pierre à cautère qui a été employée est d'une grande activité. Les Chirurgiens qui n'ont pas l'habitude de manier ce caustique commettent souvent cette faute, et j'ai vu plusieurs fois des escarres larges comme des écus de six livres produites par une trop grande quantité et une trop longue application du caustique. Si l'on n'a employé que la quantité nécessaire de potasse caustique dont on connaît la force, on peut ne lever l'appareil qu'au bout de vingt-quatre heures, et on trouve une escarre de la largeur d'un franc; dans le cas contraire, on doit le lever au bout de

quatre à six heures, afin de juger par la largeur de l'escarre s'il convient de laisser encore le caustique en place ou de l'enlever. L'escarre produite par la pierre à cautère est jaunâtre, dure au centre, noire, molle dans sa circonférence et quelque large qu'elle soit, ne s'étend jamais au-delà de l'épaisseur de la peau.

A la levée de l'appareil, on incise l'escarre en croix, et on enlève les quatre lambeaux en les saisissant l'un après l'autre avec une pince à dissection et les coupant à leur base avec un bistouri, sans intéresser la peau saine; ensuite on met au centre une petite boule de cire ou d'iris, et par-dessus un emplâtre de diachylon gommé ou d'onguent de la mère; on renouvelle ce pansement toutes les vingt-quatre heures. Au bout de quelques jours il se développe autour de l'escarre une légère inflammation qui est bientôt suivie de suppuration; et alors on commence à apercevoir entre les parties vives et les parties mortes une ligne de séparation dont la largeur et la profondeur augmentent chaque jour. La matière de la suppuration est d'abord un peu sanieuse et en petite quantité: peu-à-peu elle devient plus abondante, et en même temps l'escarre perd de ses adhérences avec les parties saines voisines; elle se détache tout-à-fait du dixième au quinzième jour. Alors le cautère se présente sous la forme d'un ulcère rond, au centre duquel est un trou creusé par le pois ou la boule d'iris. On panse cet ulcère en continuant de placer dans le trou une boule d'iris, de la charpie par-dessus, du sparadrap de diachylon gommé, une compresse et une bande. La partie de l'ulcère qui entoure le trou se rétrécit peu-à-peu et se couvre d'une cicatrice. Alors le cautère est

établi : il ne s'agit plus que de l'entretenir.

Quelque méthode que l'on ait employée pour établir un cautère , on l'entretient avec un gros pois sec , ou une petite boule de cire , de buis ou d'iris , percée comme un grain de chapelet , et dans laquelle on passe un fil dont on noue ensemble les deux extrémités. Les uns prétendent que cette boule qui doit entretenir le cautère est préférable au pois dont on se sert ordinairement , parce que , à chaque pansement , on peut au moyen du fil la retirer facilement , et qu'on n'enlève pas aussi aisément les corps ronds qui ne sont point enfilés. Les autres croient que le pois convient mieux , parce que , s'imbibant de l'humidité du cautère , on l'en tire beaucoup plus gros qu'on l'y a mis ; ce qui entretient dans une juste grandeur l'ouverture de l'ulcère qui tend toujours à se remplir et à se resserrer. Mais , outre que la boule d'iris est susceptible , comme le pois , d'augmenter de volume en absorbant l'humidité , elle a un avantage qu'on ne trouve pas dans le pois , et que voici : les cautères ont toujours de la tendance à descendre et à se déplacer , ensorte qu'au bout d'un temps plus ou moins long ils se trouvent beaucoup plus bas que l'endroit où ils ont été placés , et qu'on est souvent obligé de les ouvrir de nouveau dans cet endroit. Or , on prévient cet inconvénient en fixant en haut avec une mouche de diachylon gommé ou de taffetas d'Angleterre le fil dont la boule d'iris est enfilée. Au reste , quel que soit le corps qu'on place dans l'ulcère pour l'empêcher de se fermer , son volume doit être proportionné à la quantité de suppuration qu'on désire obtenir. La pression continuelle exercée par ce corps sur la surface de l'ulcère y détermine une

irritation inflammatoire nécessaire pour entretenir une suppuration réglée. On maintient la boule d'iris ou le pois avec un morceau de sparadrap de diachylon gommé ou de papier enduit légèrement d'une substance emplastique. Quelques-uns substituent aux emplâtres contentifs une feuille de lierre ou de poirée dont ils couvrent l'ulcère pour y entretenir de la fraîcheur ; mais le sparadrap de diachylon gommé a l'avantage de mieux contenir le corps qui remplit l'ulcère et de rendre la suppuration plus abondante. On place une compresse pliée en deux sur l'emplâtre et on l'assujettit avec une bande roulée, ou avec un bandage particulier qu'on nomme bracelet, et que beaucoup de malades préfèrent à la bande, sur-tout pour le cautère du bras, parce que avec ce bandage ils se pansent eux-mêmes plus facilement. Lorsque le cautère suppure abondamment, on place entre la compresse et le bandage un morceau de taffetas gommé pour empêcher que celui-là ne soit taché par le pus. Quand la suppuration est peu abondante, on peut ne panser le cautère qu'une fois par jour ; dans le cas contraire il faut renouveler le pansement toutes les douze heures, sur-tout en été, et laver l'ulcère avec de l'eau tiède. A chaque pansement, il est nécessaire de faire une légère compression sur le pois, car les chairs du fond de l'ulcère croissant trop vite le chasseraient peu-à-peu et l'ouverture se remplirait. Si, malgré cette précaution, on trouve à chaque pansement la boule presque entièrement hors du trou, et la profondeur de celui-ci considérablement diminuée, il faut placer sur l'emplâtre qui assujettit cette boulette une compresse graduée, ou une bandelette de diachylon gommé

que l'on serre suffisamment pour empêcher le pois de sortir de l'ulcère.

Comme la suppuration que fournit un cautère n'est pas toujours en la même quantité, dès qu'on s'aperçoit qu'elle diminue, ou qu'elle cesse presque entièrement, il faut la provoquer en substituant à la boule d'iris ou au pois, une boule de bois d'oranger, et si cela ne suffit pas, en employant quelque topique stimulant, tel que la poudre d'euphorbe ou un peu de pommade épispastique dont on enduit la boulette; le lendemain on se sert de basilicum ou d'onguent de la mère. S'il survient des excroissances fongueuses qui débordent les lèvres de l'ulcère, on les affaisse au moyen de légers cathérétiques, tels que l'alun calciné ou la pierre infernale. Si l'acrimonie du pus produit aux environs de l'ulcère une inflammation érysipélateuse, le cérat de Galien et quelques doux repercussifs ou résolutifs camphrés la font promptement disparaître. Quelquefois cependant l'inflammation résiste à ces moyens et acquiert beaucoup d'intensité; on a recours alors aux fomentations ou aux cataplasmes émolliens et anodins. Les cautères fournissent une suppuration plus ou moins abondante, suivant l'embonpoint du sujet: chez les personnes maigres dont la peau est unie aux parties sous-jacentes par une couche très-mince de tissu cellulaire, ces ulcères ne suppurent presque pas, et souvent même ils ne rendent qu'une sérosité sanguinolente, sur-tout lorsqu'ils sont placés aux membres inférieurs. Comme le tissu cellulaire est, pour ainsi dire, la source de la suppuration, les cautères cessent quelquefois de suppurer, parce que ce tissu est fondu et détruit dans les parties voisines de l'ulcère: s'il est né-

cessaire de former un nouveau cautère, il faut le mettre dans un autre endroit.

Lorsque la maladie pour laquelle on a ouvert un cautère est radicalement guérie, principalement dans un jeune sujet, on peut le supprimer sans inconvénient. Cette méthode nous paraît préférable à celle que suivent beaucoup de praticiens, et qui consiste à conserver les cautères long-temps après qu'on en a obtenu l'effet désiré, ou même pendant toute la vie, dans l'intention de prévenir le retour de la maladie que son établissement a paru guérir. Mais on n'est pas toujours sûr d'obtenir cet effet en laissant le cautère, lors même qu'il ne paraît plus nécessaire; et si la maladie récidive après la suppression de cet exutoire, on sera plus sûr de son efficacité en le rétablissant, parce que le corps n'y sera plus accoutumé.

C'est une opinion généralement reçue dans le public que l'on ne peut supprimer un cautère sans s'exposer à des accidens graves, tandis qu'on peut sécher sans danger un vésicatoire. Mais cette opinion n'a aucun fondement raisonnable. En effet, la suppression d'un vésicatoire n'a pas moins d'inconvénient que celle d'un cautère ou de tout autre exutoire, lorsqu'elle a lieu avant la guérison de la maladie pour laquelle il a été appliqué. Si l'on supprime moins souvent le cautère que le vésicatoire, c'est uniquement parce qu'on préfère le premier de ces exutoires au second, dans les maladies pour lesquelles il est nécessaire d'entretenir pendant très-long-temps, ou même pendant toute la vie une suppuration artificielle. La préférence accordée au cautère dans ce cas, est fondée sur ce que cette espèce d'exutoire est plus facile à entretenir et cause moins

de douleurs que le vésicatoire, qu'on ne peut faire suppurer qu'en le pansant avec des pommades épispastiques dans la composition desquelles il entre presque toujours des mouches cantharides, qui les rendent très-irritantes, et qui portent souvent leur action sur la vessie. Au reste, quel que soit l'exutoire auquel on aît eu recours pour combattre une maladie, il importe d'autant plus de le supprimer lorsque cette maladie est guérie, que si on le conserve trop longtemps, il se tourne, pour ainsi dire, en habitude, et qu'alors sa suppression peut être dangereuse. Pour guérir un cautère, il suffit d'ôter le pois qu'on y tenait, et l'ulcère se cicatrise bientôt de lui-même.

Les cautères sont d'un grand usage dans la pratique de la médecine; mais comme les indications sur lesquelles on fonde cet usage ne sont pas toujours bien positives, il en résulte qu'il y a beaucoup d'arbitraire dans l'emploi de ce moyen, soit comme préservatif, soit comme curatif. Il est des médecins qui y ont recours dans presque toutes les maladies longues et opiniâtres; il en est qui ne les emploient que très-rarement; d'autres qui ne s'en servent jamais, et qui les regardent comme un remède qui n'est bon qu'à tourmenter les malades.

Si les opinions sont si différentes sur l'utilité des cautères, elles ne le sont pas moins sur les maladies qui réclament leur emploi, sur les endroits où il convient de les placer par rapport au siège des maladies, et sur leur manière d'agir pour prévenir ou guérir celles-ci.

Il n'entre pas dans notre plan d'examiner et de discuter ces divers points de doctrine médicale; nous nous bornerons à dire qu'aujourd'hui tous

les gens de l'art conviennent de l'utilité des cautères ; qu'ils les emploient dans les maladies où, en établissant un exutoire, on a moins pour objet d'exciter une grande irritation, et de produire une forte et subite révulsion, que d'entretenir une irritation légère dans un point quelconque de la surface du corps, et l'écoulement journalier et habituel d'une certaine quantité de pus ; qu'enfin ils appliquent les cautères dans le lieu le plus voisin de la partie affectée, à moins que quelque circonstance particulière ne détermine à les placer dans un autre endroit.

ARTICLE III.

Du Moxa.

Lorsqu'on veut opérer l'adustion ou la cautérisation lente d'une partie, on brûle sur cette partie une substance combustible quelconque. Quelle que soit la substance dont on se serve pour effectuer cette espèce de brûlement, on lui donne le nom de *moxa*. Ce mot, dont on ne trouve aucune trace dans les écrits des anciens, quoiqu'ils connussent et qu'ils pratiquassent ce mode d'adustion, nous vient du Japon ou de la Chine. Mais les auteurs ne sont pas d'accord sur l'origine de ce mot : les uns disent que dans la langue japonaise, *moxa* est le nom de la plante qui fournit l'espèce d'étoupe dont on se sert au Japon et à la Chine pour opérer la cautérisation ; les autres prétendent que ce mot n'appartient ni à la langue japonaise, ni à la langue chinoise, et qu'originellement le mot *moxa* a pris son nom du mot *mèche* et qu'il ne veut pas dire autre chose que *mèche*. Ce furent, ajoutent-ils, les Portugais

qui les premiers appelèrent ainsi l'adustion de tout temps si usuelle dans les Indes, la Chine et le Japon, où ils pénétrèrent aussi les premiers. Les peuples de ces contrées roulaient ou filaient avec certains végétaux, de petites cordes, à peu près comme on prépare chez nous le tabac à fumer. Chacun en avait sa provision, et quand ils voulaient se cautériser, ils coupaient de petits bouts de ces cordes qu'ils s'appliquaient quelquefois eux-mêmes, et que plus ordinairement ils se faisaient appliquer par les médecins-brûleurs (*xin-kreu*), qui y mettaient le feu, comme font les fumeurs à leur tabac : ce qui fit dire aux Portugais témoins de cette opération toute nouvelle pour eux, qu'ils se brûlaient avec une mèche, et leur fit donner le nom de *metchia*, *motzchia*, *moxia*, *moxa*, mèche, tant à l'opération elle-même qu'à la matière qui y était employée. Quoi qu'il en soit de l'origine du mot *moxa*, c'est sous ce nom que Ten Rhyne d'abord et ensuite Kaempfer nous ont fait connaître le mode d'adustion usité en Asie. Aujourd'hui cette dénomination est consacrée dans le langage chirurgical de tous les peuples de l'Europe, et désigne tout-à-la-fois un mode particulier de cautérisation et la substance qu'on y emploie, quelle qu'elle soit.

Toute matière donc susceptible de s'embrâser et de devenir l'excipient du feu peut servir de *moxa*. Aussi a-t-elle varié en divers temps et selon les pays. Les Grecs se servaient de lin cru, et quelquefois des fungus qui croissent sur les arbres. Dans la sciatique, lorsque la douleur a été rebelle à tout autre remède, Hippocrate recommande de brûler du lin cru ou de l'amadou sur le lieu où elle se fait sentir. Quelques auteurs prétendent que par *lin cru*, il ne faut pas entendre

les étoupes ou la filasse de lin , mais plutôt la toile de lin même. Les Chinois , les Japonais et plusieurs autres nations de l'Asie qui font un usage très-fréquent du moxa , le retirent des feuilles desséchées de l'armoise (*artemisia latifolia*) , qu'on broie dans un mortier jusqu'à ce qu'elles soient réduites en une étoupe grossière ; on secoue alors cette étoupe ; on la frotte quelque temps entre les mains et on la débarrasse des cotons et des fibrilles. L'armoise ainsi préparée prend le nom de moxa. Le plus ancien est réputé le meilleur. On en forme entre les doigts de petites masses en forme de cônes qui , selon Kæmpfer (1) , ont près d'un pouce de hauteur sur une base un peu moins large. Suivant Ten Rhyne (2) , ces cônes ou ces petites pyramides excèdent peu le volume d'un pois ; quelquefois , ajoute ce dernier auteur , afin que l'étoupe fasse un massif plus compact et plus uni , on l'enveloppe de papier , et on la comprime dans la main ; ensuite on en coupe des morceaux gros comme deux plumes à écrire. On en mouille quelquefois la base avec de la salive avant de les appliquer sur la partie que l'on veut brûler , et on met le feu au sommet avec une allumette , ou du bois résineux. Le feu , dit Ten Rhyne , ne gagnant l'étoupe qu'avec assez de lenteur , ne la réduit pas entièrement en cendre ; il reste à la base un petit segment , de manière que l'épiderme se détache et forme une petite vessie ; le plus souvent la trace du feu n'est qu'une tache cendrée. Il attire à vue d'œil , continue-t-il , les humeurs âcres , et il les absorbe de manière qu'elles sont totalement consumées sans que le

(1) *An. anit. exot.* , p. 596.

(2) *De Arthritide* , in-8° ; Lond. 1693.

tissu de la peau soit détruit. Au reste , il est rare qu'on se contente de faire sur les parties une seule application du moxa : le feu n'a pas plutôt consumé le premier cône qu'on remplace celui-ci par un second , et autant d'autres cônes que le juge nécessaire celui qui a prescrit l'opération. En général , chez les personnes faibles et délicates , le moxa ne s'applique que trois fois. Mais lorsque les malades sont forts et charnus , ou que le principe morbifique est profondément caché , comme dans la sciatique , on le répète dix , vingt fois et même plus , suivant l'intensité du mal , et jusqu'à ce que les matières *peccantes* cèdent enfin à l'action du feu (1).

« En Arabie , en Perse et dans toutes les contrées de l'Empire du Mogol , où la religion de Mahomet a pénétré , on n'emploie , dit Kæmpfer , pour faire l'application du feu dans les maladies qui exigent ce genre de secours , qu'un morceau de toile de coton , colorée en bleu par le pastel. On forme avec cette toile un cylindre très-serré de deux pouces de longueur sur un demi-pouce de largeur. On pose ce cylindre sur l'endroit qui doit être brûlé ; on met le feu au sommet et on laisse ensuite le cylindre se consumer entièrement sur la partie. Le long espace de temps employé pour cette opération la rend , dit Kæmpfer , presque insupportable ; elle dure un quart d'heure , quelquefois plus ; quelquefois les chairs se trouvent brûlées à une telle profondeur , qu'il en résulte un ulcère incurable. Après l'opération , on fait sur l'escarre des onctions que l'on répète chaque jour. J'ai parlé , continue Kæmpfer , du

(3) Voyez à ce sujet l'ouvrage de Dujardin intitulé *Histoire de la Chirurgie*. T. I.

pastel qui sert à teindre en bleu la toile de coton dont on fait les cylindres, parce que les Arabes, appuyés sur l'expérience de plusieurs siècles, prétendent que le suc de cette plante ajoute aux bons effets du feu ».

Chez les Indiens, les Malais, les habitans de l'île de Java, du royaume de Siam et des autres contrées voisines, au rapport de Kæmpfer, le procédé le plus ordinaire pour pratiquer l'adustion, consiste à brûler sur la partie qui doit éprouver l'action du feu, la moëlle d'un gros jonc qui croît dans les marais de ces pays. Toute espèce de jonc est également bonne pour cette opération, pourvu que la tige en soit épaisse. On imbibe cette moëlle d'huile de sésame avant de s'en servir.

Nous devons à Prosper Alpini (1), que l'on nomme communément Alpin, la connaissance de la méthode des Egyptiens modernes dans l'application du feu, qu'ils regardent comme le remède le plus sûr pour la guérison d'un très-grand nombre de maladies. L'usage de ce moyen est si familier en Egypte, qu'on voit dans ce pays-là, dit Alpin, une infinité de personnes qui portent un grand nombre de cicatrices résultant des brûlures qu'on leur a faites en différentes parties de la tête, et spécialement sur le sommet, vers la nuque, sur toute l'étendue du péricrâne, aux tempes, derrière les oreilles ; elles en ont au cou, sur le devant de la poitrine, aux hypocondres, sur l'épine du dos, aux articulations des bras, des mains, des pieds ; les jambes et les cuisses sont aussi, au besoin, soumises au même *spécifique* : pour tout dire en peu de mots, les

(1) *De Med. Ægypt.*, lib. III, cap. XII.

Egyptiens regardent le feu comme le plus grand, le plus efficace remède pour la guérison des maladies qui ont résisté aux autres ressources de la médecine. Ils ne se servent pour cautériser ni de bois, ni d'aucun métal; ils n'y emploient que le coton. Ils forment avec cette substance une espèce de cylindre conoïde au centre duquel est une ouverture ou évent. Ils entourent ce cylindre d'une bande de toile de lin, large de trois doigts et longue d'une coudée, assujettie avec du fil de soie. Ils posent sa base sur la peau à laquelle ils la font adhérer le plus qu'ils peuvent, mettent le feu au sommet, et consomment tout à la fois le coton et son enveloppe, ayant soin de toucher incessamment la peau d'alentour avec un fer froid, pour y tempérer l'effet de la chaleur et en détourner l'inflammation. Ils appliquent ensuite pour tout pansement de la moëlle de bœuf jusqu'à la chute de l'escarre. Telle est la méthode des Egyptiens modernes pour la cautérisation : cette méthode a été adoptée partout en Europe; mais elle n'y a été adoptée que très-tard. En effet l'ouvrage de Prosper Alpin, dans lequel elle est décrite fort au long parut en 1591, et ce n'est guères que depuis la publication des *Mélanges de Chirurgie* par Pouteau, en 1760, que l'on se sert du coton non filé pour composer le moxa, et que l'usage de ce moyen thérapeutique est devenu fort commun. A la vérité plusieurs médecins en Allemagne, en Italie, en Pologne, etc. ont parlé du moxa et en ont vanté les avantages d'après Ten Rhyne et Kæmpfer; mais ils n'ont parlé que du moxa décrit par ces deux auteurs, et non de celui qui se compose avec du coton, à la manière des Egyptiens. Ainsi on ne peut refuser à Pouteau la gloire d'avoir introduit ce moyen

parmi nous, et d'en avoir fait connaître les effets salutaires par un grand nombre d'observations.

Depuis Pouteau, plusieurs Chirurgiens, entre autres le Baron Percy, se sont occupés spécialement de la composition des moxas. Ce dernier a proposé successivement la mèche des canoniers, le lin, le chanvre et le coton fortement imprégnés de nitrate de potasse, l'agaric de chêne, la moëlle de l'héliante à grandes fleurs, connu vulgairement sous le nom de soleil ou tournesol, le coton dit nankin ou couleur d'abricot; mais Percy donne la préférence à ces deux dernières substances et leur prodigue les plus grands éloges. Cependant malgré ces éloges et le nom séduisant de *moxas-velours* sous lequel il désigne ceux qui sont préparés avec la moëlle du tournesol, ces moxas sont peu employés, et l'on continue de se servir généralement des moxas ordinaires; c'est-à-dire des moxas de coton, avec les modifications indiquées par Pouteau. Quelle que soit au reste la substance du moxa, elle n'est réellement que le véhicule, que le moyen de transmission du feu, ou, pour mieux dire, du calorique. Elle ne communique rien de plus à la partie vivante sur laquelle on la consume. Voici la manière de préparer les moxas.

On enveloppe du coton en laine avec une bandelette de toile qu'on arrête avec quelques points d'aiguille. De cette manière, on forme un cylindre dont la grosseur doit être relative à la largeur de la brûlure que l'on se propose de faire. Son diamètre varie ordinairement depuis un pouce jusqu'à vingt lignes. Le coton doit être plus ou moins pressé, suivant qu'on veut cautériser plus ou moins profondément. Toutefois on doit tenir un juste milieu; car,

si le coton est trop serré, sa combustion est difficile, et le feu pénètre avec peine jusqu'à la base du cylindre ; et s'il ne l'est pas assez, le feu s'éteint très-aisément. Quand le cylindre est préparé, on le divise avec un instrument bien tranchant en portions d'un pouce de long, ce qui donne autant de moxas que le cylindre a de pouces de longueur.

Le moxa étant préparé, et le malade situé convenablement, on couvre les environs de l'endroit qui doit être brûlé avec des linges mouillés, pour les préserver de l'action des flammèches qui se détachent du coton à mesure qu'il brûle. Ensuite on allume une des extrémités du cylindre, en la présentant à la flamme d'une bougie, et lorsqu'elle est bien embrasée dans toute sa largeur, on applique le moxa par l'autre bout sur la partie humectée auparavant avec de la salive, et on l'y maintient invariablement pendant tout le temps de sa combustion. Cette précaution est d'autant plus nécessaire, que les douleurs très-vives que le patient éprouve lui font souvent faire des mouvemens involontaires dans lesquels le cylindre pourrait abandonner le lieu sur lequel il doit rester. On peut fixer le cylindre avec une pince à pansement, qui sert aussi à l'appuyer sur les tégumens, ou avec un anneau métallique que M. le baron Larrey a imité de Prosper Alpin, en le perfectionnant par l'addition de trois petits supports en bois qui l'éloignent de la peau, et par celle d'un manche de bois. Cet anneau est très-commode ; mais comme son diamètre doit être proportionné à celui du cylindre de coton et qu'on applique des moxas de différentes grosseurs, il faut être pourvu d'un certain nombre d'anneaux de diverses largeurs. Nous nous ser-

vons, pour fixer les moxas, du moyen suivant : Nous faisons, dans le milieu d'un morceau de carton un peu épais, rond ou carré, large d'environ trois pouces, une ouverture ronde, d'un diamètre un peu moins grand que celui du cylindre. Nous plaçons celui-ci dans l'ouverture, de manière que l'extrémité qui doit toucher la peau se trouve au niveau de la face correspondante du carton que nous tenons appuyé contre les tégumens, soit avec les doigts, soit avec une pince à anneaux, dans l'écartement des branches de laquelle se trouve le moxa, sans en être comprimé.

Le moxa allumé étant placé sur la partie et fixé par l'un des moyens dont nous venons de parler, il ne s'agit plus que d'entretenir et d'accélérer un peu sa combustion, jusqu'à ce qu'il soit entièrement consumé : on remplit cet objet en agitant l'air avec un éventail ou en soufflant sur le coton allumé immédiatement avec la bouche, ou à la faveur d'un tube quelconque, ou avec un petit soufflet. Mais, de quelque manière qu'on entretienne et qu'on accélère la combustion, il faut faire en sorte qu'elle s'étende également dans tous les points du diamètre du cylindre, ce qu'on obtient facilement en dirigeant l'insufflation du côté vers lequel elle est moins avancée.

Le malade ne commence à sentir l'impression du feu que lorsque la combustion du cylindre est déjà fort avancée, et qu'elle approche de la peau. Il n'éprouve d'abord qu'une sensation de chaleur; mais bientôt cette sensation fait place à une douleur qui augmente par degrés, et devient très-vive vers la fin de la combustion : on entend alors une espèce de crépitation, un pétilllement

causé par la rupture de la peau qui se crispe et se gerce. La douleur cesse aussitôt que le coton est entièrement consumé. La partie que le moxa a brûlée présente une escarre sèche, dure, ordinairement noire au centre, jaunâtre à la circonférence. Son épaisseur est plus ou moins grande, suivant que la combustion a été plus ou moins longue. Lorsqu'elle a duré long-temps, parce que le coton était très-serré, l'escarre comprend toute l'épaisseur de la peau, mais ne s'étend jamais au-delà. Quand la combustion du moxa a été rapide, la peau n'est désorganisée que dans une partie de son épaisseur. Dans ce cas, si la maladie pour laquelle on a pratiqué la cautérisation exige que l'ulcère qui succède à la chute de l'escarre suppure long-temps et abondamment, il faut brûler un second moxa sur le lieu où le premier a été consumé, afin que le tissu cellulaire se trouve à découvert quand l'escarre sera tombée. La peau qui confine à l'escarre est légèrement enflammée.

On couvre cette escarre et ses environs avec un emplâtre d'onguent de la mère ou un morceau de sparadrap de diachylon gommé, que l'on renouvelle tous les jours. L'inflammation légère qui l'entoure ne tarde pas à augmenter; la suppuration s'établit, l'escarre se détache et tombe entièrement; mais elle ne tombe guère qu'au bout de dix à douze jours, et quelquefois plus tard. En général, quand l'escarre s'étend à toute l'épaisseur de la peau, sa chute est plus prompte que lorsqu'elle n'en comprend qu'une partie. La plaie qu'elle laisse est plus large que l'escarre même. On la panse de manière à la guérir le plus promptement possible, ou à la faire durer long-temps, selon l'exigence du cas. Lorsque la

maladie pour laquelle on a pratiqué la cautérisation n'exige pas une longue et abondante suppuration, on panse cette plaie avec de la charpie sèche et pardessus un plumasseau légèrement enduit de cérat; dans le cas contraire, on la couvre d'un emplâtre d'onguent de la mère, ou même avec de la pommade épispastique, et si malgré ces moyens elle a une trop grande tendance à se cicatriser, on place un ou plusieurs pois dans son centre pour la convertir en cautère.

Les effets du moxa sont, à quelques différences près, les mêmes que ceux de la cautérisation par le fer rouge. Ces effets sont primitifs et consécutifs.

Comme nous l'avons dit plus haut, le moxa excite pendant sa combustion une douleur qui va toujours en augmentant, et qui devient quelquefois si vive, qu'elle arrache des cris aux malades les plus courageux. Il absorbe l'humidité de la peau sur laquelle il agit, dessèche, crispe, désorganise cette membrane, et la convertit en une escarre d'autant plus épaisse, que le feu a été plus actif et a duré plus long-temps. Le moxa ne peut produire ces effets sans causer dans les nerfs de la partie sur laquelle il brûle une vive irritation qui s'étend profondément, et devient un puissant moyen de révulsion et de dérivation. Cette irritation augmente l'action des parties voisines, y attire les humeurs et donne lieu à une inflammation plus ou moins étendue et plus ou moins vive de la peau qui confine à l'escarre. Tous ces effets, un fer incandescent appliqué sur une partie les produit aussi; mais son action est subite; l'irritation et la douleur vive qui en résultent sont portées tout d'un

coup au plus haut degré possible, ne s'étendent guère au-delà de la partie touchée par le fer, et cessent presque entièrement après la première impression de celui-ci. L'action du moxa, au contraire, est lente, graduée et pénètre plus avant; l'irritation et la douleur qui en résultent s'accroissent successivement depuis la simple sensation de chaleur jusqu'à la souffrance la plus vive, et sont plus propres par conséquent à produire une grande dérivation.

Considéré sous le rapport de ses effets primitifs ou immédiats, le moxa est préférable au fer brûlant, dans tous les cas où, en pratiquant la cautérisation, on a moins pour but de désorganiser la peau et la convertir en une escarre, que d'exciter une irritation prolongée et graduellement augmentée, capable de déplacer et d'attirer vers l'extérieur une cause morbide fixée profondément et depuis long-temps, dans un membre ou sur un organe intérieur. On pourrait, il est vrai, imiter l'action du moxa avec un fer chaud, en appliquant successivement sur le même endroit plusieurs cautères chauffés à des degrés différens, depuis celui qui ne produirait qu'une légère sensation de chaleur jusqu'à celui qui rendrait le cautère capable de désorganiser sur-le-champ la peau sur laquelle il serait appliqué; mais, outre qu'il serait impossible de déterminer au juste le degré de chaleur de chacun de ces cautères, ce mode d'adustion aurait l'inconvénient d'effrayer singulièrement les malades, dont la plupart ont une répugnance invincible pour la cautérisation avec le fer rouge. Leur répugnance pour le moxa est infiniment moins grande, et si on en rencontre que la proposition de les brûler révolte d'abord,

on les détermine aisément à souffrir cette espèce de cautérisation, en leur faisant envisager que le feu descendant peu-à-peu dans le cylindre de coton, la douleur n'aura lieu que par degrés, qu'elle sera moins vive et qu'ils seront les maîtres de s'y soustraire aussitôt qu'elle leur deviendra insupportable. On trouve peu de malades que ces raisons ne persuadent pas, et qui refusent de se soumettre à la cautérisation par le moxa; pendant qu'il en est peu qui n'aient une crainte insurmontable de la cautérisation par le fer rouge et qui s'y soumettent. Ajoutez à cela que les préparatifs pour ce dernier mode d'adustion ont quelque chose d'effrayant qui agit fortement sur l'imagination des malades, et les porte souvent à se refuser à l'opération. La préparation du moxa n'a, au contraire, rien de repoussant, et qui puisse inspirer aux malades la moindre horreur.

La cautérisation par le moxa a des effets secondaires qui lui sont communs non-seulement avec la cautérisation par le fer incandescent, mais encore avec les ulcères artificiels établis par le Chirurgien, et qui sont connus sous le nom générique d'exutoires. Ces effets sont l'inflammation qui naît autour de l'escarre et la suppuration qui sépare cette escarre des parties saines, et qui continue plus moins long-temps après que toutes les parties mortes sont tombées. Dans beaucoup de cas, cette suppuration ne contribue pas moins que la brûlure à la guérison de la maladie pour laquelle le moxa a été appliqué; quelquefois même elle y a beaucoup plus de part, comme dans la maladie vertébrale de Pott. Mais on ne doit jamais avoir recours au moxa lorsqu'on a uniquement pour but d'ob-

tenir de la suppuration, parce qu'on peut remplir cet objet avec des moyens beaucoup plus doux.

Le moxa peut être appliqué sur presque toutes les parties du corps; cependant il en est sur lesquelles il ne faut jamais le placer, et d'autres où il ne doit l'être qu'avec beaucoup de circonspection. On ne doit jamais poser le moxa sur les différentes parties du visage dans l'un et l'autre sexe, ni sur le cou et la partie antérieure et supérieure de la poitrine chez les femmes, à cause de la difformité des cicatrices. On ne doit pas non plus porter le moxa sur les trajets des tendons, des gros vaisseaux et des nerfs qui ne sont recouverts que par la peau et une couche mince de tissu cellulaire, ni sur les os placés immédiatement sous les tégumens, ni sur les endroits des articulations où le ligament capsulaire touche à la peau. Plusieurs auteurs ne veulent point que l'on applique le moxa sur le cuir chevelu, dans la crainte que le feu n'étende son action à travers les os jusqu'aux membranes du cerveau et au cerveau lui-même. Ils fondent leur crainte sur deux observations de De Haen, et sur quelques expériences faites sur les cadavres par ce célèbre médecin.

Le sujet de la première observation est un jeune paysan âgé de douze ans, robuste, attaqué d'une goutte sereine qui avait eu pour cause, suivant les apparences, une contusion à la tête, et avait résisté au mercure, au quinquina, à l'électricité, aux évacuans de toute espèce, aux topiques sur la tête, aux vésicatoires et aux sétons. On appliqua, à la faveur d'une canule, un bouton de feu sur la partie supérieure du

crâne mis à nu. La douleur, d'abord assez vive pendant les premières heures, se modéra ensuite; l'appétit revint, et le vomissement auquel le malade était sujet, ne parut qu'une seule fois. On eut de l'espoir jusqu'au quatrième jour, et ce jour-là même le pouls était régulier, l'appétit bon, point de douleur à la tête, à moins que le malade ne la remuât de côté et d'autre, et dans l'après-dîner il assura qu'il se trouvait fort bien: en effet le pouls était calme; mais l'enfant n'avait rien gagné du côté de la vue. Cependant, au milieu de la nuit suivante, il vomit; on s'aperçut d'un embarras dans la respiration; les gardes-malades entendirent un râlement qui les alarma; ils accoururent, mais ce fut pour le voir expirer: on était sur la fin du quatrième jour.

A l'ouverture du corps, on trouva que l'impression du feu sur l'os était assez légère: elle ne pénétrait pas jusqu'au diploé; cependant la dure-mère commençait à entrer en suppuration dans l'endroit qui correspondait à cette impression extérieure du feu; le cerveau était très-sain, mais les méninges étaient par-tout très-enflammées. Quelque légère que fût cette impression du feu, elle s'était étendue jusqu'à la dure-mère et à la pie-mère. La face interne de l'os en avait été fêlée à deux lignes de distance du point que le fer rouge avait touché, et le crâne se trouva en cet endroit d'une transparence qui n'est pas ordinaire. Du reste, on ne découvrit ni dans le cerveau, ni dans les nerfs optiques en particulier, rien qui pût indiquer les causes de la goutte sereine.

Le sujet de la seconde observation est une fille de vingt ans, atteinte aussi d'une amaurose qui avait résisté à tous les secours ordinaires de l'art.

L'opération fut pratiquée de la même manière que sur le jeune homme. Elle n'eut d'abord rien de fâcheux , et la même catastrophe arriva le cinquième jour après quelques mouvemens convulsifs dans le visage. Cette fille avait , ainsi que le jeune garçon , des vomissemens quoiqu'elle n'eût pas reçu de coup à la tête. L'ouverture du crâne fit voir à-peu-près les mêmes particularités relativement à l'effet du feu , quoique l'os touché par le fer rouge fût plus épais. Mais on crut trouver les causes de la cécité dans une matière ressemblant en partie à de la chaux , en partie à de la bouillie , qui remplissait l'entonnoir , lequel avait jusqu'à neuf lignes de diamètre. *L'infundibulum* était de plus adhérent à la pie-mère qui enveloppe les nerfs optiques , et il pressait sur la jonction de ces nerfs suffisamment pour paraître devoir en altérer les fonctions ; il y avait toute apparence que quand cette fille ne serait pas morte , elle serait restée aveugle.

Dans les expériences faites ensuite par De Haen sur des crânes de différens cadavres , il a remarqué que l'impression du fer rouge se faisait sentir vivement et très-prompement au doigt qui avait le crâne entre le fer et lui. L'huile bouillante même donnait à ce doigt défendu par toute l'épaisseur du crâne une très-vive chaleur , de sorte qu'il n'est pas facile de concevoir par quel bonheur ceux qui ont appliqué le feu sur le crâne des vivans , ont pu éviter les accidens dont on a parlé , surtout si le feu a été un peu vif et si le fer avait une certaine surface. La conclusion que De Haen tire des observations et des expériences qui viennent d'être rapportées , est que les anciens et les modernes n'ont que trop souvent proposé , non ce qu'ils ont fait , mais

seulement ce qu'ils ont lu ou entendu dire , et cela sans la précaution d'avertir qu'ils ne donnaient pas leur expérience pour garant. Ne leur est-il pas aussi arrivé de cacher les évènements funestes pour n'étaler que des succès dus ou au peu de chaleur du fer, ou à un attouchement prompt et superficiel ?

Pouteau rapporte une observation qui prouve, comme celles de De Haen , le danger de l'application d'un fer incandescent sur le crâne. Ce célèbre Chirurgien parle d'un homme de trente ans qui avait reçu un coup sur le sommet de la tête ; la plaie ne put être cicatrisée qu'au bout d'un an. Aussitôt que cette plaie fut entièrement guérie , le malade fut attaqué d'accès épileptiques qui devenaient toujours plus fréquens. Il passa dans cet état une année à la fin de laquelle il se rendit à l'hôpital de Lyon. Pouteau rouvrit la cicatrice par le moyen de la pierre à cautère ; depuis ce jour les accès épileptiques ne reparurent plus ; il y eut une légère exfoliation , et Pouteau recommanda au malade d'entretenir cette plaie par le moyen d'un pois ; le Chirurgien auquel il avait recommandé le pansement , ayant essayé de nouveau de la laisser se cicatriser , l'épilepsie reparut pour disparaître par une seconde application du caustique.

Cette observation fit espérer à Pouteau le même avantage pour un épileptique auquel il avait administré un grand nombre de prétendus spécifiques. La pierre à cautère ayant mis l'os à découvert , et les retours épileptiques n'étant pas moins fréquens , Pouteau crut devoir toucher l'os avec un bouton de fer rouge , et ce malade ne se plaignit pas de cette brûlure ; il mourut néanmoins le troisième jour , après un assoupissement de

vingt-quatre heures. L'ouverture du crâne montra une suppuration commencée entre la dure-mère et l'os, et une inflammation qui occupait au large cette membrane et la pie-mère.

Il résulte des observations que nous venons de rapporter, que l'impression du feu, appliqué immédiatement sur les os du crâne, passe trop facilement et trop vivement jusqu'à la dure-mère, et qu'il ne faut jamais y avoir recours. Mais si l'application immédiate sur le crâne d'un fer incandescent ne peut être faite sans exposer le malade à des accidens mortels, il n'en est pas de même de celle du moxa sur le cuir chevelu. Ce moyen d'adustion, lorsqu'on ne brûle qu'un seul cylindre de coton sur le même endroit, n'étend jamais son action assez profondément pour faire craindre qu'elle intéresse le crâne; et encore moins la dure-mère. Pouteau a appliqué plusieurs fois le moxa sur le sommet de la tête sans qu'il en soit résulté aucun accident. J'ai fait moi-même cette application sur plusieurs malades, dont les uns étaient atteints d'amaurose, les autres d'épilepsie, et il n'en est rien survenu de fâcheux; mais ces malades n'ont retiré aucun avantage de cette cautérisation. Aujourd'hui on n'hésite pas à appliquer le moxa sur le sommet de la tête, et sur les autres points du cuir chevelu; mais je pense que beaucoup de Médecins se décident trop légèrement à cette opération. En effet, quoique ce mode de cautérisation du cuir chevelu ne donne lieu ordinairement à aucun accident, comme il n'est pas démontré qu'il ne peut pas en produire, on ne doit se déterminer à en faire usage que lorsqu'on a les plus grandes probabilités de succès, et ces cas sont extrêmement rares.

A l'égard de l'endroit où le moxa doit être placé par rapport au siège de la maladie pour laquelle on a recours à ce moyen, cet endroit est différent suivant la nature de cette maladie : s'agit-il d'une affection rhumatismale ? il faut mettre, autant que cela est possible, le cylindre de coton sur le lieu même où la douleur se fait sentir, ou dans l'endroit le plus voisin. Est-il question d'une paralysie dont la cause est très-probablement mobile et susceptible de déplacement ? on doit placer le moxa le plus près possible de l'origine des nerfs qui portent le principe du mouvement dans les parties paralysées, et quand cela n'est pas possible, sur le trajet des nerfs dont les filets communiquent avec les nerfs de la partie affectée, etc.

Il n'entre point dans notre plan de parler des diverses maladies dans le traitement desquelles le moxa a été vanté comme un moyen très-efficace. Nous nous bornerons à dire, 1.° que le moxa ne doit être employé que dans les maladies chroniques; 2.° qu'il convient particulièrement dans les affections rhumatismales anciennes et opiniâtres, soit qu'elles aient leur siège à l'extérieur, dans les membres ou dans les parois des cavités, soit qu'elles résident dans les viscères que ces cavités contiennent : car il ne faut pas croire que le rhumatisme n'attaque que les parties extérieures du corps; des faits nombreux prouvent incontestablement qu'il affecte souvent aussi les organes intérieurs; 3.° que le moxa peut être employé aussi dans l'épilepsie, la goutte serrene, la paralysie, les névralgies, lorsqu'il est infiniment probable que ces maladies dépendent d'une cause morbide fixée sur le cerveau, la moelle épinière ou les nerfs; mais comme dans ces diffé-

rentes maladies l'indication pour le moxa est rarement positive , on ne doit le proposer qu'avec défiance , dans la crainte , en l'appliquant à des cas où il ne peut être d'aucune utilité , de jeter de la défaveur sur un des moyens les plus efficaces de la médecine lorsqu'il est employé à propos ; 4.° que le moxa ne convient point dans les maladies où la structure des organes est plus ou moins altérée , et que l'on nomme organiques. Appliqué au traitement de ces maladies , le moxa n'est pas seulement inutile ; il peut encore avoir des inconvéniens dont le moindre est son inutilité.

ARTICLE IV.

Des Vésicatoires.

Les vésicatoires sont un des moyens les plus énergiques et les plus efficaces de la médecine interne , et leur emploi est souvent d'un grand avantage dans les affections chirurgicales.

Nous ne devons pas ici les envisager sous le rapport de leurs effets avantageux ou nuisibles : beaucoup de dissertations ont été publiées sur l'usage et l'abus des vésicatoires ; c'est là qu'on doit chercher ce qui serait déplacé dans cet ouvrage. Nous n'en parlerons donc que sous le rapport chirurgical. Nous indiquerons successivement la manière d'appliquer les vésicatoires , de les panser , de remédier aux accidens qu'ils peuvent produire et de prévenir ces accidens.

On nomme vésicantes ou épispastiques certaines substances , qui , appliquées sur la peau , donnent lieu au décollement de l'épiderme , à l'afflux d'un liquide séreux et gélatineux entre cette pellicule et le derme , à la formation par

conséquent d'une vessie ou phlyctène qui se rompt ordinairement d'elle-même en vingt-quatre heures, si on ne la déchire pas.

Plusieurs substances jouissent de la propriété vésicante; telles sont les feuilles de la grande chélidoine et de la persicaire brûlante, les racines de pyrète et de renoncule, la graine de moutarde et l'euphorbe, l'écorce de garou, l'ammoniaque, l'eau bouillante, etc.; mais aucune n'a une action aussi sûre que la poudre de cantharides, et c'est elle qu'on emploie généralement et même presque exclusivement sous différentes formes.

Ordinairement on fait usage de l'emplâtre épispastique ou vésicatoire officinal, composé de trois parties de poix blanche, une de térébenthine, deux et quart de cire jaune, une partie et demie de cantharides en poudre très-fine. On le ramollit par la chaleur ou en le pétrissant entre les doigts, et on l'étend sur un morceau de peau ou de toile neuve et forte, de forme et de grandeur convenables, auquel on fait une bordure de diachylon gommé large d'environ trois lignes. Avant d'appliquer cet emplâtre on le couvre d'un peu de poudre de cantharides, et on l'arrose d'un peu de vinaigre pour le rendre plus actif.

Au défaut de cet emplâtre, on se sert d'une espèce de pâte ou de cataplasme composé avec une once de vieux levain, dans lequel on incorpore depuis deux gros jusqu'à une demi-once de poudre de cantharides, en ajoutant une suffisante quantité de fort vinaigre pour en former une pâte. Cette pâte vésicante convient particulièrement dans les cas où il faut opérer une forte révulsion, et une évacuation abondante d'hu-

meur séro-albumineuse, parce qu'elle agit très-promptement, et cause beaucoup de rougeur et d'irritation à la peau sur laquelle elle produit de grosses et nombreuses phlyctènes. Mais elle a l'inconvénient de couler et de s'étendre; c'est pourquoi on ne doit l'appliquer que sur les parties du corps où il est possible de la fixer d'une manière solide et invariable.

On a imaginé dans ces derniers temps des emplâtres épispastiques d'une autre espèce; c'est du taffetas couvert d'un enduit mince formé en partie de poudre de cantharides. Il suffit de tailler un morceau de ce taffetas et de l'appliquer sur la peau. Mais ce moyen n'est ni aussi énergique ni aussi sûr que celui qu'on emploie ordinairement.

Les topiques vésicans doivent être plus ou moins chargés de poudre de cantharides, selon l'âge et le sexe des malades, la délicatesse de la partie et l'espèce de la maladie, qui exigent plus ou moins d'activité et de célérité dans l'effet de ces topiques. Ils doivent être moins actifs pour les enfans et les femmes dont la peau est plus fine, surtout à la tempe et derrière les oreilles, qu'il est même à propos alors de couvrir de cérat, pour les préserver d'une trop forte impression du remède. Il en faut de plus actifs pour les gens de la campagne et les vieillards qui ont la peau plus dure et plus sèche; dans les maladies comateuses où il devient nécessaire d'irriter vivement et de produire un grand écoulement de sérosité.

Les vésicatoires peuvent être appliqués sur toutes les parties du corps: les différentes indications doivent déterminer le lieu de leur application. On les place le plus ordinairement à la

nuque, derrière les oreilles, entre les épaules, aux bras, aux cuisses, au gras des jambes. Dans les maladies accompagnées de douleurs, c'est sur le lieu même où la douleur se fait sentir qu'on les applique. Quand on a pour objet non-seulement d'exciter une irritation locale et de produire une forte révulsion, mais encore d'entretenir une suppuration pendant un temps plus ou moins long, on place le vésicatoire dans un endroit où le pansement soit facile, et cet endroit est ordinairement la partie externe et moyenne du bras. Mais comme à la longue le vésicatoire altère le tissu de la peau, et qu'il en résulte une cicatrice désagréable à la vue, on doit, chez les femmes, le placer le plus haut possible et ne pas le laisser trop long-temps au même bras. Il en est de même du vésicatoire à la nuque et derrière les oreilles.

Quand on a préparé l'emplâtre vésicatoire et déterminé l'endroit où il doit être appliqué, si cet endroit est garni de poils, on les rase : cette précaution est importante ; elle épargne beaucoup de douleurs aux malades, et les Chirurgiens attentifs ne la négligent jamais. Elle est cependant presque toujours omise par les élèves des hôpitaux. On frotte la partie avec un linge imbibé de vinaigre jusqu'à ce qu'elle rougisse, pour accélérer l'effet du topique. On y place l'emplâtre après l'avoir tenu devant le feu, si c'est en hiver afin qu'il s'y attache plus aisément ; et pour favoriser encore son adhésion, lorsqu'il est appliqué, on le presse pendant quelques instans avec la paume de la main. La bordure de diachylon gommé, que nous avons recommandé de faire à l'emplâtre épispastique, suffit seule pour le fixer lorsqu'il est posé sur une partie qui peut rester immobile ;

mais dans la plupart des cas ce moyen est insuffisant , et l'on est obligé de l'assujettir avec des compresses et un bandage approprié à la forme de la partie. Si cette forme ne se prête pas à l'emploi d'un bandage convenablement serré, avant d'appliquer les compresses et le bandage, on doit mettre sur l'emplâtre , en différens sens , des bandettes de diachylon gommé assez longues pour le dépasser de côté et d'autre de quatre à cinq pouces. Il importe d'autant plus de fixer l'emplâtre solidement , que s'il venait à se déranger dans les mouvemens que le malade peut faire , il serait à craindre , ou qu'il restât sans effet , ou qu'il l'étendît trop loin. On doit surtout fixer solidement le topique vésicant lorsque le sujet est dans un délire frénétique , et qu'on a employé la pâte molle dont nous avons parlé. On ne doit même , nous l'avons dit déjà , se servir de cette pâte que sur les parties où elle peut être bien maintenue , comme les jambes , les cuisses et les bras.

Quelques heures après l'application de l'emplâtre épispastique , le malade éprouve , dans la partie qui en est couverte , de la chaleur , de la cuisson , de la tension ; ensuite la peau devient rouge , douloureuse , l'épiderme se détache , et il se forme une vessie qui est remplie d'une humeur séro-albumineuse plus ou moins abondante. Outre ces effets locaux , le vésicatoire produit une excitation sur toute l'économie : le pouls est plus fort et plus accéléré ; le corps est souvent agité , la bouche sèche , la sensibilité générale accrue. Ces effets généraux sont proportionnés à l'irritabilité du sujet ; à peine sensibles chez quelques malades , ils sont très-marqués chez d'autres. Les particules âcres des cantharides portent quelquefois leur action sur la vessie et

produisent des ardeurs d'urine suivies de dysurie, de strangurie et même quelquefois de pissement de sang, mais cependant ces accidens sont rares. On a cru autrefois qu'on pourrait les prévenir en mêlant à l'emplâtre un peu de camphre en poudre, mais l'expérience a appris que cette addition est sans effet. On les prévient plus sûrement, et on les combat quand ils ont lieu, en faisant boire au malade du bouillon de poulet, du petit-lait, de l'eau de guimauve ou de graine de lin émulsionnée. Le camphre donné par doses de quatre ou six grains dans de la conserve de roses contribue avec ces boissons à prévenir ces accidens ou à les faire cesser.

L'emplâtre vésicatoire produit son effet plus ou moins promptement selon sa force ou la délicatesse de la peau. Ordinairement son action est complète au bout de douze à vingt-quatre heures. Au reste, elle est terminée, lorsqu'une vessie occupe toute la surface qu'il recouvre, ou que cette vessie étant rompue, toutes les parties de l'appareil sont imbibées de sérosité.

On enlève alors le bandage et l'emplâtre en ayant soin de ne point arracher l'épiderme. On veut guérir en peu de jours la plaie qui résulte de la vésication, ou l'on se propose de l'entretenir et de la faire suppurer. Dans le premier cas, il faut ouvrir la vessie dans sa partie inférieure pour donner issue à toute la sérosité, laisser l'épiderme en place et le couvrir d'un morceau de linge ou de papier brouillard enduit de cérat, renouveler ce pansement toutes les douze heures, ou une fois par jour seulement, et au bout de quatre ou cinq jours il s'est formé un nouvel épiderme : il ne reste d'autre trace du vésicatoire qu'une rougeur de la peau qui tarde peu à s'ef-

facer. On appelle ce vésicatoire , vésicatoire *vo-lant* , sans doute parce qu'on en applique presque toujours plusieurs l'un après l'autre dans le voisinage de l'endroit où le premier a été placé.

Lorsqu'on veut faire suppurer le vésicatoire , on coupe l'épiderme à la circonférence de la vessie et on l'enlève ; mais comme les houpes nerveuses de la peau se trouvent alors à nu , et que l'application des substances les plus douces sur cette surface toute nerveuse cause beaucoup de douleurs , si l'on a affaire à un malade chez lequel la sensibilité soit très-grande , il vaut mieux attendre jusqu'au lendemain pour ôter l'épiderme. Toutefois quelque grande que soit la sensibilité du malade , s'il est dans un assoupissement léthargique , il faut arracher l'épiderme sur le champ. Soit qu'on ait enlevé cette pellicule ou non , on panse la plaie de la manière suivante. On taille un morceau de linge de la forme du vésicatoire , mais un peu plus grand ; on étend du beurre frais sur ce linge , ensuite on le couvre d'une feuille de poirée amortie , dont les côtes ont été enlevées ou aplaties , et qu'on couvre aussi de beurre frais. De cette manière on a une espèce d'emplâtre composé d'un morceau de linge , d'une feuille de poirée et de deux couches de beurre dont l'une est sur la feuille de poirée et l'autre entre cette feuille et le linge , et les colle l'une à l'autre. On applique cet emplâtre sur la plaie , on le couvre d'une compresse pliée en quatre , et le tout est assujetti avec un bandage approprié à la forme de la partie. Si l'on craint que l'emplâtre ne se dérrange , on le maintient avec deux ou trois bandelettes agglutinatives. Si l'on n'a point des feuilles de poirée d'une grandeur égale à celle de la plaie , on en

place plusieurs sur le linge, et on les dispose de manière que celle qui est posée la première étant recouverte de beurre, la seconde anticipe un peu sur elle, et ainsi des autres. Au défaut de feuilles de poirée, on se sert de papier brouillard. On renouvelle le pansement toutes les douze heures. Quand on n'a point ôté l'épiderme le premier jour, on l'enlève le lendemain ou le jour suivant, sans quoi la suppuration ne s'établirait pas.

La plaie étant très-sensible pendant les deux ou trois premiers jours, surtout lorsqu'on a enlevé l'épiderme au premier pansement, le beurre est nécessaire pour modérer l'irritation et favoriser la formation du pus : mais si l'on continuait à panser plus long-temps la plaie avec cette substance, l'irritation et l'inflammation du derme seraient bientôt éteintes, la suppuration ne s'établirait pas, et la surface de la peau ne tarderait pas à se recouvrir d'un nouvel épiderme. On a recours alors à des topiques capables d'exciter et d'entretenir le degré d'inflammation nécessaire à la formation du pus. On a donné à ces topiques le nom de pommades épispastiques ou à vésicatoires. On a singulièrement varié la composition de ces pommades, qui tiennent toutes leur propriété excitante de la poudre de cantharides tamisée, ou de l'extrait huileux de ces insectes. On les colore en vert par l'addition d'une certaine quantité de vert-de-gris qui les rend plus actives, ou en jaune par le curcuma qui n'ajoute rien à leur force. Au défaut de ces pommades, que l'on trouve toujours préparées dans les pharmacies et que la plupart des pharmaciens vendent sous le nom de pommade de garou, quoiqu'elles contiennent une plus ou moins grande quantité de cantharides ;

on peut en composer une sur-le-champ , en incorporant douze à quinze grains de poudre de cantharides tamisée dans une once de basilicum. Au reste , quelle que soit la pommade épispastique dont on fasse usage , on l'emploie seule , ou mêlée avec une certaine quantité de beurre selon son activité et le degré de sensibilité de la plaie. Le grand art de conduire un vésicatoire consiste à le panser avec une pommade assez active pour exciter le degré d'irritation et d'inflammation capable de produire le développement des bourgeons charnus et la formation du pus. Si la pommade est trop active , elle cause beaucoup de douleur et amène une inflammation qui dépasse le degré nécessaire à l'établissement de la suppuration , en sorte qu'au lieu de pus la plaie ne fournit qu'une sérosité sanguinolente. Si la pommade est trop faible , elle n'excite point le degré d'inflammation nécessaire à l'établissement de la suppuration , et la plaie se cicatrise. L'un et l'autre des inconvéniens dont nous parlons sont à craindre lorsque le pansement du vésicatoire est confié à des personnes étrangères à l'art ; mais cela n'arrive guère lorsqu'il est pansé par un Chirurgien attentif qui sait donner à la pommade épispastique le degré de force nécessaire à l'objet qu'il se propose. Ainsi , il convient que les vésicatoires soient pansés , au moins dans les premiers temps , par un Chirurgien qui aura bientôt mis au fait les personnes qui devront par la suite faire les pansemens.

La matière purulente que les vésicatoires rendent contracte , par son séjour , dans l'intervalle d'un pansement à l'autre , une odeur très-désagréable. Cette odeur est plus forte encore lorsqu'on mêle du beurre avec la pommade , et sur-

tout lorsqu'on couvre de beurre le linge sur lequel on place la feuille de poirée ou le morceau de papier brouillard. On obvie à cet inconvénient, au moins en grande partie, en couvrant le linge, sur lequel on met la poirée, d'une couche très-mince d'onguent de la mère, et en mêlant du cérat avec la pommade épispastique, lorsqu'il est nécessaire d'en modérer l'activité. On diminue aussi l'odeur qu'exhalent les vésicatoires en les pansant toutes les douze heures en hiver, et trois fois par jour en été. A chaque pansement on lave les environs de la plaie avec de l'eau tiède, et on enlève le pus dont elle est couverte, en posant dessus un linge fin avec lequel on appuie légèrement en tirant sur ses extrémités.

La feuille de poirée sur laquelle on étend la pommade épispastique ne doit pas être plus grande que la plaie, sans quoi cette pommade agissant sur la peau environnante l'entretrait dans un état habituel d'irritation et d'inflammation qui la rendrait douloureuse; elle pourrait même la dépouiller de son épiderme et agrandir par conséquent le vésicatoire. Le même effet a lieu aussi quelquefois, quoique la partie de l'emplâtre qui est recouverte de pommade épispastique ne soit pas plus grande que la plaie, lorsque cette pommade est employée en trop grande quantité, parce qu'alors elle s'étend au-delà de la plaie. On prévient l'inconvénient dont il s'agit en entourant le vésicatoire avec des bandelettes larges d'environ un pouce, enduites de cérat, ou au moyen d'un morceau de linge couvert aussi de cérat, et qui présente dans son milieu une ouverture d'une grandeur égale à celle de la plaie. On se sert de l'un ou de l'autre de ces moyens lorsqu'on veut diminuer par

degrés l'étendue du vésicatoire ; mais alors il faut que les bandelettes ou le morceau de linge anticipe sur la plaie , pour la mettre à l'abri de l'action de la pommade et en favoriser la cicatrisation.

Il se forme quelquefois sur la plaie des concrétions membraniformes blanchâtres ou jaunâtres , qui , interposées entre le derme et la pommade épispastique , rendent presque nul l'effet de cette dernière. On doit les soulever avec des pinces à anneaux , ou avec une spatule , et les enlever entièrement lorsque leur adhérence est lâche ; mais si elles tiennent fortement à la plaie , comme on ne pourrait les détacher sans faire couler plus ou moins de sang , et causer une douleur vive , il faut se contenter de les ébranler , et attendre pour les ôter entièrement que leur adhérence soit moins forte , ce qui arrive ordinairement au pansement suivant. Au reste , lorsque ces concrétions commencent à se former , on doit avoir l'attention de les enlever à chaque pansement , afin que la plaie soit toujours au vif , et exposée à l'action immédiate des topiques irritans.

Dans certains sujets la sensibilité est si grande que les pommades les moins actives causent de vives douleurs , et agacent singulièrement le système nerveux. On ne peut faire cesser ces effets qu'en pansant la plaie avec des relâchans et des anodins ; mais alors elle ne suppure presque pas , ou même ne suppure point du tout ; ensorte que , si un exutoire est absolument nécessaire , on est obligé de supprimer le vésicatoire , et de le remplacer par un cautère.

Il se développe quelquefois sur la surface de la plaie de gros bourgeons charnus , espèces de

végétations qu'il est nécessaire de détruire en les touchant avec le nitrate d'argent, ou en les excisant lorsqu'elles tiennent par un pédicule étroit.

Il n'est pas rare de voir survenir autour d'un vésicatoire nouvellement appliqué, ou entretenu depuis un certain temps, une inflammation érysipélateuse, ou une éruption abondante de petits boutons. Quelquefois cette espèce d'exanthème est produite en partie par le mauvais état des premières voies, et dans ce cas, les vomitifs ou les purgatifs font souvent disparaître l'érysipèle ou les boutons. Mais le plus souvent c'est le vésicatoire lui-même qui est la cause de ce léger accident : alors l'usage des topiques émoulliens en fomentations, ou mieux encore en simples lotions suffit ordinairement pour le dissiper. Cependant chez quelques personnes, il persiste tant que dure la cause qui le produit, et l'on est obligé de renoncer au vésicatoire. Chez d'autres sujets, il naît, lors de l'application d'un vésicatoire, une inflammation phlegmoneuse qui cède promptement aux cataplasmes émoulliens.

L'engorgement douloureux des glandes lymphatiques dans lesquelles se rendent les vaisseaux absorbans de la partie sur laquelle siège le vésicatoire est un effet presque inévitable de l'action des cantharides. Il n'exige aucun moyen particulier, quelquefois il cesse au bout de peu de jours ; d'autres fois il persiste à un faible degré pendant tout le temps que le vésicatoire est conservé.

La gangrène s'empare quelquefois de la surface du vésicatoire, qui devient livide, noirâtre, rend une matière roussâtre, fétide, et se couvre bientôt d'une croûte ou escarre gangré-

neuse plus ou moins épaisse. Mais il est bien rare que cet accident ait lieu par le seul effet de l'irritation causée par les cantharides. Cette gangrène est presque toujours le résultat d'une disposition particulière de l'économie, soit un état adynamique, soit une cachexie. Aussi voit-on souvent alors des escarres gangréneuses se former dans d'autres parties, et particulièrement aux endroits sur lesquels le poids du corps porte davantage. Dans ce cas, en même temps qu'on attaque l'affection principale par des moyens internes appropriés à la nature de cette affection et à l'état du sujet, on applique sur le vésicatoire des topiques antiseptiques, comme l'onguent de styrax, le baume d'arcæus, la poudre de quinquina, l'alcool camphré ou ammoniacé, etc. L'escarre ne se détache par la suppuration que lorsque le malade est hors d'affaire. L'ulcère qui provient de sa chute doit être traité comme toutes les plaies simples. Dans ces circonstances la gangrène ne s'empare pas toujours de la plaie : il arrive quelquefois que celle-ci s'agrandit spontanément, qu'elle s'ulcère, et que l'ulcération continue à faire des progrès jusqu'à ce que la maladie principale soit jugée. Alors l'état de la plaie commence à s'améliorer, et elle marche vers sa guérison ; mais cette guérison est toujours longue et difficile.

Comme nous l'avons dit plus haut, l'application de l'emplâtre épispastique cause quelquefois une impression douloureuse sur la vessie, beaucoup d'ardeurs d'urine et de difficulté dans l'excrétion de ce liquide ; mais ces accidens ont lieu surtout par l'usage journalier des pommades dans la composition desquelles il entre des cantharides. On les observe particulièrement chez les per-

sonnes qui sont sujettes à des maladies de vessie ou des reins, et surtout à la rétention d'urine. Aussi recommande-t-on de ne point employer chez elles les vésicatoires de cantharides. S'il était besoin de vésicatoire pour de pareils malades ainsi que pour des sujets d'un tempérament sec et bilieux, ou dans certaines maladies convulsives, il serait prudent de se servir d'épispastiques dans la composition desquels il n'entrât point de mouches cantharides. Les accidens causés par l'action de ces insectes sur les voies urinaires méritent d'autant plus d'attention que si l'on n'en connaissait point la cause et que l'on continuât à panser le vésicatoire avec une pommade contenant de la poudre de cantharides, il pourrait en résulter une affection catharrale de la vessie et même une ulcération de sa membrane muqueuse, comme il y en a plusieurs exemples. Aussitôt donc qu'on s'aperçoit que les cantharides portent leur action sur la vessie, on doit renoncer à leur usage et panser le vésicatoire avec une pommade qui n'en contienne pas ou supprimer cet exutoire et le remplacer par un autre.

C'est sans doute ce mauvais effet des cantharides sur la vessie qui a déterminé quelques praticiens à établir les vésicatoires avec l'écorce de garou ou sainbois. On choisit des tiges de cet arbrisseau de la grosseur d'une plume à écrire, ayant l'écorce bien lisse; on en coupe un morceau long d'environ un pouce; on le fait tremper dans de l'eau tiède pendant une demi-heure afin d'en ramollir l'écorce; on la fend avec un canif, on la sépare du bois qui est inutile, on applique la surface intérieure de l'écorce sur la partie où l'on veut produire la vésication, après l'avoir frottée avec du vinaigre: on la couvre

d'une feuille de lierre, d'une compresse et d'un bandage. Dans les premiers jours, on renouvelle l'écorce le matin et le soir ; mais lorsqu'elle a produit son effet on ne la change plus qu'une fois en vingt-quatre heures. Dans la suite on n'en met que de jour à autre, et on laisse quelquefois de plus grands intervalles. L'écorce de garou fait à peu-près le même effet que les autres vésicatoires, elle fait naître une inflammation de la peau, suivie du détachement de l'épiderme et du suintement d'une plus ou moins grande quantité d'humour séreuse ; mais elle ne produit ni plaie, ni ulcération. Dans certains sujets cette écorce occasionne une inflammation érysipélateuse ou phlegmoneuse qui occupe toute l'étendue de la partie, et qui force d'en abandonner l'usage. On remédie aisément à cet accident par l'emploi des fomentations émollientes et anodines, ou des cataplasmes émolliens. Ce mode de vésication a été singulièrement vanté par plusieurs auteurs, et notamment par Agathange le Roy ; mais quelques éloges qu'on ait donnés à l'écorce de garou, et quelque avantageuse qu'elle puisse être pour les personnes chez qui l'application des cantharides affecte facilement la vessie, elle ne peut point dans la plupart des cas remplacer ces dernières dont l'action est beaucoup plus prompte, plus uniforme et plus sûre. Aussi l'usage de cette écorce n'a-t-il jamais été général, et aujourd'hui il est presque entièrement tombé dans l'oubli.

ARTICLE V.

Des Sinapismes.

Le mot sinapisme vient de *Sinapis*, moutarde. On appelle en général sinapisme tout cataplasme où entre la graine de moutarde pulvérisée. On compose les sinapismes, de manière à les rendre plus ou moins actifs, selon le degré d'irritation qu'on veut exciter, la délicatesse de la peau sur laquelle ils doivent être appliqués, et le degré de sensibilité du malade. Les sinapismes les plus actifs sont composés de semences de moutarde en poudre, mêlées à une suffisante quantité de bon vinaigre pour en faire une bouillie assez épaisse pour qu'elle ne fuse point. Pour rendre cette espèce de cataplasme plus actif encore, on a conseillé d'y ajouter certaines substances âcres et irritantes, telles que l'ail écrasé et réduit en pulpe, la racine de raifort sauvage pilée, le vieux levain, la fiente de pigeon, le muriate de soude, etc.; mais cette addition est inutile, parce qu'elle n'ajoute presque rien à l'activité de la poudre de moutarde lorsque-celle-ci est récente et pure, c'est-à-dire sans mélange d'aucune autre espèce de farine. Lorsqu'on veut des sinapismes moins actifs, on mêle la farine de moutarde avec une certaine quantité de farine de graine de lin ou de seigle. On trouve dans les traités de matière médicale un grand nombre de formules de sinapismes; mais en général celles dont nous venons de parler sont presque les seules usitées aujourd'hui.

Si l'on excepte le visage, les sinapismes peuvent être appliqués sur toutes les parties du corps;

mais les membres, et particulièrement les membres inférieurs, sont les endroits où l'on fait le plus souvent cette application. En général on choisit dans chaque membre le lieu où la peau est plus mince et plus fine. Ainsi à la cuisse et à la jambe, on place les sinapismes sur la face interne de ces parties; au pied, sur sa face supérieure et même sur sa face inférieure, sans doute parce que la peau de cette région est très-sensible, quoique l'épiderme y ait beaucoup d'épaisseur; au bras, on place les sinapismes sur sa face interne, et à l'avant-bras sur sa face antérieure. On a quelquefois des raisons particulières pour appliquer les sinapismes sur d'autres régions du corps. Ainsi on les place sur les articulations lorsqu'on se propose de rappeler sur ces parties la goutte qui les a abandonnées pour se porter sur quelque organe intérieur. On les applique aussi dans quelques cas sur les tégumens qui couvrent un endroit douloureux; sur les lombes, par exemple, ou sur le côté de la poitrine, dans le lumbago ou la pleurodynie. Lorsque la partie sur laquelle un sinapisme doit être posé, est garnie d'une grande quantité de poils, il convient de la raser. Cette précaution est moins nécessaire ici que dans l'application des vésicatoires; cependant on ne doit point la négliger, parce que les poils, lorsqu'ils sont très-épais, s'opposent à l'action du topique.

Lorsque la pâte faite avec la poudre de moutarde et le vinaigre est préparée, on l'étend sur un morceau de linge de grandeur convenable, dont on replie les bords sur la pâte, et on applique cette espèce de cataplasme sur la partie; on la couvre d'une compresse et on l'entoure avec une bande.

L'action des sinapismes commence à se faire sentir presque immédiatement après leur application : ils produisent une douleur cuisante, aiguë et brûlante, une rougeur érysipélateuse, une grande chaleur, du gonflement et de la tension. Tous ces effets sont produits dans l'espace de trois heures ; alors on doit enlever le sinapisme. Mais comme l'action de ce topique est plus ou moins prompte suivant son degré d'activité, l'épaisseur de l'épiderme et la sensibilité du malade, on doit moins se régler sur la durée de son application pour déterminer le moment où il faut l'enlever, que sur l'intensité de la douleur qu'il cause. Quand cette douleur commence à devenir très-vive, on doit soulever le cataplasme et l'ôter tout à fait, si l'on trouve la peau d'un rouge très-vif, quel que soit l'espace de temps qui s'est écoulé depuis son application. Si on enlevait le sinapisme avant qu'il eût produit les effets dont il vient d'être parlé, on n'atteindrait pas le but qu'on se propose. Si son application durait trop long-temps, il produirait une inflammation très-forte, accompagnée peut-être de phlyctènes. Ces phlyctènes se changent quelquefois en ulcères superficiels, dont la durée est proportionnée à l'action de la moutarde. Cette action ne se borne pas à la partie sur laquelle le sinapisme est appliqué ; elle s'étend au système de l'économie animale qui en reçoit une excitation plus ou moins grande, suivant le degré de sensibilité et d'irritabilité du malade, et la durée de l'application de la moutarde.

Lorsque le sinapisme n'est resté sur la partie que le temps nécessaire pour produire la rubéfaction de la peau, après qu'il est enlevé, on se borne à la garantir de tout frottement. L'irrita-

tion qu'elle a éprouvée diminue peu-à-peu et cesse entièrement dans l'espace de deux à trois jours, quelquefois même plus promptement. Quand l'inflammation de la peau, causée par l'action de la moutarde, est portée à un degré tel qu'après que le sinapisme est enlevé le malade éprouve encore une forte douleur, on doit combattre l'inflammation, si elle n'est plus nécessaire à la maladie pour laquelle on a employé le sinapisme, avec des fomentations ou des cataplasmes émolliens et anodins. Si le sinapisme a fait naître une ou plusieurs ampoules, il faut y faire une simple piqûre pour donner issue à la sérosité, et couvrir la partie avec un linge ou un morceau de papier brouillard enduit de cérat. Le même pansement convient lorsqu'une petite escarre s'est formée, ou lorsqu'il y a eu simplement excoriation de la peau.

Si l'endroit où le sinapisme a été appliqué devenait le siège d'une gangrène qui occupât toute l'épaisseur des tégumens, comme cela s'est vu quelquefois sur des sujets atteints d'une fièvre de mauvaise nature, il faudrait employer les moyens auxquels on a ordinairement recours dans la gangrène de cause interne.

Il y a, sinon identité parfaite, au moins extrême analogie entre l'action des sinapismes et celles des vésicatoires préparés avec les mouches cantharides. Cependant leurs effets ne sont pas absolument les mêmes : les uns et les autres produisent quelque temps après leur application, de l'irritation, de la douleur, de l'inflammation, des ampoules ou vessies remplies de sérosité, et une excitation générale ; mais tous ces effets sont amenés beaucoup plus promptement par les sinapismes que par les vésicatoires. L'action de la

moutarde commence à se faire sentir presque immédiatement après son application, et dans certains sujets la douleur qu'elle cause est quelquefois si vive au bout d'une heure, qu'elle devient insupportable, et qu'on est obligé d'enlever le sinapisme. L'action des cantharides ne commence guère à se faire sentir que quatre ou cinq heures après l'application du vésicatoire, et la douleur qui en provient n'est jamais aussi vive que celle que cause la moutarde. L'inflammation de la peau produite par cette dernière substance est toujours beaucoup plus intense que celle qui est causée par les cantharides. Lorsque l'application de la moutarde est prolongée au-delà du temps nécessaire pour produire la simple inflammation de la peau, l'épiderme se détache, s'élève, et il se forme des vésicules ou phlyctènes remplies de sérosité; mais ces vésicules ne sont jamais aussi grandes que celles qui ont lieu par l'action des cantharides : dans ce dernier cas, il n'y a ordinairement qu'une seule vessie dont l'étendue est quelquefois énorme, pendant que les vésicules produites par la moutarde, quelle que soit la durée de son action, sont toujours multiples, peu considérables, et séparées par des intervalles où la peau est très-enflammée. Enfin, l'excitation générale causée par la moutarde est ordinairement beaucoup moins grande que celle qui est déterminée par les cantharides. Ajoutez à cela que la moutarde ne porte jamais son action sur la vessie, tandis que les cantharides donnent lieu quelquefois à une très-grande irritation de cet organe.

Il résulte de ce que nous venons de dire, que les sinapismes et les vésicatoires ne doivent pas être employés indifféremment, et qu'il est des cas

où les uns méritent la préférence sur les autres. Le choix doit être subordonné à la nature de la maladie pour laquelle on y a recours, à l'objet qu'on se propose en les employant, aux diverses circonstances qui accompagnent la maladie, et à celles qui se rattachent à l'âge, au tempérament du malade, etc. En général, on donne la préférence aux sinapismes lorsqu'on se propose d'exciter presque sur le champ une grande irritation à la peau, de produire une révulsion ou la dérivation d'un principe morbifique très-mobile fixé sur un organe intérieur. Aussi en fait-on usage avec succès pour rappeler la goutte au pied lorsqu'elle s'est portée sur un viscère.

FIN DU ONZIÈME ET DERNIER VOLUME.

~~~~~

# T A B L E

## DES MATIÈRES

CONTENUES DANS CE VOLUME.

---

### CHAPITRE PREMIER.

|                                                   |            |
|---------------------------------------------------|------------|
| <b>D</b> ES Maladies de la Main.                  | Page 1     |
| ARTICLE PREMIER. Du Ganglion.                     | <i>1b.</i> |
| ARTICLE II. Des Verrues.                          | 19         |
| ARTICLE III. Du Panaris.                          | 25         |
| ARTICLE IV. Des Vices de conformation des Doigts. | 44         |

### CHAPITRE II.

|                                              |            |
|----------------------------------------------|------------|
| Des Maladies du Pied.                        | 57         |
| ARTICLE PREMIER. Des Engelures.              | <i>1b.</i> |
| ARTICLE II. Des Cors aux pieds.              | 62         |
| ARTICLE III. De l'Ongle entré dans la chair. | 76         |

### CHAPITRE III.

|                                                                |            |
|----------------------------------------------------------------|------------|
| De la Rupture des Muscles et des Tendons.                      | 86         |
| ARTICLE PREMIER. Rupture des Muscles.                          | <i>1b.</i> |
| ARTICLE II. Rupture des Tendons.                               | 90         |
| Rupture du tendon d'Achille.                                   | 92         |
| De la Rupture du Tendon du Plantaire grêle.                    | 114        |
| De la Rupture du Ligament de la Rotule.                        | 116        |
| De la Rupture du Tendon des Muscles extenseurs de<br>la Jambe. | 122        |

## CHAPITRE IV.

|                        |     |
|------------------------|-----|
| Des Cornes de la Peau. | 127 |
|------------------------|-----|

## CHAPITRE V.

|                                                                                                                                           |              |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|
| De l'Amputation des Membres.                                                                                                              | 136          |
| ARTICLE PREMIER. Des Objets communs à toutes les Amputations.                                                                             | <i>Ibid.</i> |
| ARTICLE II. De l'Amputation des Membres en particulier.                                                                                   | 146          |
| De l'Amputation circulaire de la Cuisse.                                                                                                  | 147          |
| De l'Amputation à lambeau de la Cuisse.                                                                                                   | 173          |
| De l'Amputation circulaire de la Jambe.                                                                                                   | 175          |
| De l'Amputation de la Jambe à lambeau.                                                                                                    | 179          |
| De l'Amputation du Bras.                                                                                                                  | 181          |
| De l'Amputation de l'Avant-Bras.                                                                                                          | 184          |
| De l'Amputation des Os du Métacarpe et du Métatarse.                                                                                      | 187          |
| ARTICLE III. De l'Amputation dans les Articulations.                                                                                      | 190          |
| De l'Amputation dans l'Articulation des Phalanges des Doigts.                                                                             | <i>Ibid.</i> |
| De l'Amputation dans l'Articulation de la première Phalange avec l'Os du Métacarpe ou celui du Métatarse correspondant.                   | 193          |
| De l'Amputation dans l'articulation des Os du Métacarpe avec ceux du Carpe.                                                               | 198          |
| De l'Amputation dans l'Articulation du Poignet.                                                                                           | 201          |
| De l'Amputation du Bras dans son Articulation avec l'Omoplate.                                                                            | 204          |
| De l'Amputation dans l'Articulation des Phalanges des Orteils entre elles , et dans celle de la première Phalange avec l'os du Métatarse. | 218          |

|                                              |     |
|----------------------------------------------|-----|
| De l'Amputation des os du Métatarse.         | 219 |
| De l'Amputation partielle du Pied.           | 221 |
| De l'Amputation de la Cuisse dans l'Article. | 232 |

### CHAPITRE VI.

|                                                     |     |
|-----------------------------------------------------|-----|
| De la Saignée.                                      | 246 |
| ARTICLE PREMIER. De l'Artériotomie.                 | 247 |
| ARTICLE II. De la Phlébotomie.                      | 249 |
| De la Saignée du Bras.                              | 255 |
| Des Accidens qui peuvent suivre la Saignée du Bras. | 264 |
| De la Saignée du Pied.                              | 283 |
| De la Saignée du Cou ou de la Gorge.                | 286 |

### CHAPITRE VII.

|                                                         |            |
|---------------------------------------------------------|------------|
| De la Saignée locale ou capillaire.                     | 290        |
| ARTICLE PREMIER. De la Saignée locale par les Sangsues. | <i>Ib.</i> |
| ARTICLE II. De la Saignée locale par les Ventouses.     | 309        |

### CHAPITRE VIII.

|                                                                      |            |
|----------------------------------------------------------------------|------------|
| Du Séton, des Cautères, du Moxa, des Vésicatoires et des Sinapismes. | 321        |
| ARTICLE PREMIER. Du Séton.                                           | <i>Ib.</i> |
| ARTICLE II. Des Cautères.                                            | 330        |
| ARTICLE III. Du Moxa.                                                | 342        |
| ARTICLE IV. Des Vésicatoires.                                        | 361        |
| ARTICLE V. Des Sinapismes.                                           | 376        |

# TABLE ANALYTIQUE

## DU TRAITÉ

DES

## MALADIES CHIRURGICALES,

PAR M. LE BARON BOYER.

---

**PARIS,**

BÉCHET JEUNE, LIBRAIRE DE L'ACADÉMIE ROYALE DE MÉDECINE,  
place de l'École de Médecine, N° 4.

BRUXELLES, au Dépôt général de la Librairie médicale française,  
marché aux Poulets, N° 1213.

---

1828.



## AVANT-PROPOS.

UN des plus beaux monumens de la chirurgie française, le *TRAITÉ DES MALADIES CHIRURGICALES*, que l'on a sans cesse besoin de consulter, auquel ont recours à chaque instant ceux qui se livrent à la pratique de la chirurgie, et qui renferme tant de matériaux précieux répandus dans onze volumes, n'avait pas de table analytique qui indiquât sur-le-champ et d'une manière précise le tome, la page qui traitaient de l'objet sur lequel on cherchait à s'instruire. Dans le cours de mes études, j'avais fait cette table pour moi-même, et c'est à la sollicitation de quelques médecins que je me suis décidé à y mettre la dernière main et à le publier. Ce travail ne demande certes ni talent ni instruction : analyser brièvement aussi complètement que possible, citer fidèlement, c'était la seule difficulté, et pour la vaincre il ne fallait que du temps et de l'attention.

Je m'estimerai heureux si ce travail est de quelque utilité à mes confrères, et si M. le baron Boyer, notre maître à tous, ne le juge pas trop indigne de son livre.

## AVERTISSEMENT.

Comme il a paru trois éditions des six premiers volumes du TRAITÉ DES MALADIES CHIRURGICALES, j'ai voulu que la table pût servir pour toutes les éditions. En conséquence, lorsque la pagination a été changée, j'ai fait connaître cette mutation en indiquant plusieurs fois le tome et la page; par exemple : article *Méliceris*, pour montrer que dans la première édition cette affection avait été traitée tom. II, pag. 348, et que dans la seconde elle l'avait été dans le même tome, mais à la page 411, j'ai écrit, II, 348, II, 411, et ainsi du reste. Toutes les fois donc que l'on trouvera indiquée une double pagination, c'est que le numéro de la page aura été changé dans la seconde ou dans la troisième édition.

---

---

# TABLE ANALYTIQUE

## DU TRAITÉ

DES

### MALADIES CHIRURGICALES.

---

#### A

**ABCÈS.** — Définition. — Distingués des épanchemens purulens, des empyèmes, des vomiques, des bubons. — Sont le produit d'une inflammation. — Idiopathiques. — Par congestion. I, 52.

*Abcès idiopathiques, phlegmoneux, froids.* I, 52.

*Abcès phlegmoneux.*—Synonymie. — Essentiels. — Critiques. — Leurs symptômes, locaux, généraux.— Signes pathognomoniques de la réunion du pus en abcès. — Diagnostic indirect. — Danger de les abandonner à eux-mêmes. — Leur mode de formation.— Ils sont formés par l'écartement, et non par la destruction des tissus.— Moyens de favoriser leur développement. — Leur maturité. I, 53 et suiv. —

Ouverture des abcès. — Cas dans lesquels il faut confier leur ouverture à la nature. — Cas dans lesquels il importe de les ouvrir promptement.—Époque à laquelle on doit les ouvrir; règles à cet égard. — Quelquefois il faut les ouvrir avant qu'ils ne soient par-

venus à une entière maturité; règles à cet égard. I, 53 et suiv.

*Abcès phlegmoneux qui occupent la profondeur des membres;* leur diagnostic plus difficile, leur danger plus grand, fluctuation obscure: ouvrir cet abcès le plus tôt possible. I, 61. — Abcès profond de la cuisse survenu à la suite d'une fièvre putride, devenu mortel. I, 61 et suiv. — Moyens employés pour ouvrir les abcès. — Caustiques. — Instrumens tranchans. —Lieu d'élection pour l'ouverture des abcès. — Faire écouler le pus par une légère compression. — Direction, grandeur de l'ouverture. — Contre-ouvertures, leur utilité, le lieu qu'elles doivent occuper. — Précautions à prendre en ouvrant les abcès. — Ne point détruire les brides. I, 63 et suivantes. — Pansement des abcès. I, 66 et suivantes.

*Abcès froids.* — Définition. — Leur siège. — Ce en quoi ils ressemblent aux abcès par congestion; ce en quoi ils en diffèrent. — Dépendent toujours d'une cause interne. — Peuvent se former dans

- toutes les parties du corps. — Quelles parties ils affectent principalement. I, 70 et suiv. — Leur naissance. — Leur développement. — Leurs terminaisons. — Caractères spéciaux du pus qu'ils fournissent. — Nature du foyer de l'abcès. I, 72, I, 73. — Nature des tumeurs qui leur donnent naissance, et conduite du chirurgien à l'égard de ces tumeurs. I, 73. — Époque à laquelle se pratique leur ouverture. — Leur ouverture ne doit point être confiée aux soins de la nature. — Moyens mis en usage pour les ouvrir. — Pansement qui leur convient. — Préceptes particuliers relatifs à l'ouverture des vastes abcès froids. — Séton. — Ponction. I, 73 et suiv. — Histoires de maladies relatives aux abcès froids. I, 79 et suiv. — Peuvent être confondus avec un abcès par congestion. I, 80 et suiv. — Réclament un régime interne. I, 85.
- ABCÈS par congestion.** — Leur définition. — Définition exclusive adoptée par l'auteur. — Procèdent toujours de la carie des vertèbres. — symptômes précurseurs. — Symptômes locaux. — Leur siège ordinaire. — Caractères de la tumeur qu'ils forment. — Leur *diagnostic* différentiel. — Peuvent être confondus avec des abcès froids, histoires de maladies y relatives. I, 85 et suiv. — Rapidité de leur accroissement. — Ouverture spontanée. — Abondance de l'écoulement du pus, ses caractères, son altération consécutive. — Leur *pronostic* fâcheux. I, 90 et suiv. — *Traitement* prophylactique, interne et externe, réussit quelquefois. — En faire promptement l'ouverture, motifs de cette conduite. I, 93. — Méthodes diverses employées pour les ouvrir, potasse caustique, séton, ponction. — Mort du malade inévitable. I, 94 et suiv. — Histoires de maladies relatives aux abcès par congestion. I, 96 et suiv.
- ABCÈS.** — Peuvent se former dans la cavité des os longs. — Causes, symptômes, traitement. I, 398 et suiv., I, 400 et suiv.
- ABCÈS.** — En ont imposé quelquefois pour des anévrysmes. — Histoire rapportée par Dehaen. I, 109 et suiv., I, 110 et suiv.
- ABCÈS.** — De l'aisselle. (*Voy. Aisselle.*) De la marge de l'anus. (*Voy. Anus.*) Du foie. (*Voy. Foie.*) Du médiastin. (*Voy. Médiastin.*) Des plèvres. (*Voy. Plèvres.*) De la poitrine. (*Voy. Poitrine.*) Des reins. (*Voy. Reins.*) De la vessie. (*Voy. Vessie.*)
- ABCÈS INTERNES.** — Se montrent fréquemment chez les individus qui ont une suppression de la suppuration. — Sont la cause de la suppression de la suppuration. — Sont produits par une inflammation établie dans le lieu où ils se forment. — Se forment d'une manière fort insidieuse. — I, 317, I, 318.
- ABDOMEN.** (*Voy. Ventre.*)
- ABERNETHY.** — A le premier pratiqué avec succès la ligature de l'artère iliaque externe. II, 216 et suiv.
- ABOUCHEMENT DES VAISSEAUX.** — L'une des théories de la consolidation des plaies : discutée et réfutée par l'auteur. I, 206.
- ABSENCE DU VAGIN.** (*Voy. Vagin.*)
- ABSORBANS.** — Conseillés pour arrêter les hémorrhagies : ne sont efficaces qu'autant qu'on les soutient par la compression. I, 254.
- ACÉTATE DE PLOMB.** — Considéré comme répercussif. I, 44, I, 45.
- AFFAISSEMENT (des forces).** — Contre-indique l'ablation immédiate des membres violemment contus. I, 123, I, 124.
- AGARIC DE CHÊNE.** — Mis au nombre des substances absorbantes, vanté par les anciens comme très-propre à arrêter les hémorrhagies : n'a d'utilité dans ce cas que lorsqu'il est soutenu par la compression. I, 254.
- AGE.** — Modifie la marche et l'intensité de l'inflammation. I, 5.

**AGGLUTINATIFS** (*emplâtres*). — S'attachent facilement aux parties sur lesquelles on les applique : ne sont utiles que pour les plaies superficielles. — Leurs inconvéniens dans les plaies profondes. — Matières dont on les compose. — Taffetas d'Angleterre. — Diachylon gommé. Manière de les appliquer. — Manière de les enlever. — Sont utiles non seulement dans les plaies simples, mais encore dans celles qui suppurent. I, 198 et suiv.

**AGGLUTINATION** (*des plaies*). — (*Voy. Réunion.*)

**AIGUILLE** (*à cataracte*). — employée pour ouvrir les vastes abcès froids. I, 78, I, 81.

**AÎNE**. — Est le siège le plus ordinaire des abcès par congestion. I, 87.

**AIR**. — Produit des accidens graves quand il s'introduit dans les abcès froids et par congestion : moyen de prévenir son accès. I, 78 et suiv., I, 91 et suiv.

**AISSELLE** (*abcès de l'*). — S'observent très-fréquemment. — Sont plus ou moins considérables. — Tantôt aigus, tantôt chroniques. — Les phénomènes de la maladie sont les mêmes que dans les autres parties du corps. — Ils doivent être ouverts aussitôt que la fluctuation commence à s'y faire sentir. — L'instrument tranchant est presque le seul moyen dont on se serve pour ouvrir les abcès de l'aisselle. — Les grands abcès de cette partie laissent quelquefois des fistules très-difficiles à guérir. VII, 525 et suiv.

**ALBUGO**. — Tache épaisse placée dans la substance de la cornée entre les lames qui la composent, et qui produit la cécité lorsqu'elle en occupe le centre. — Survient souvent pendant la période inflammatoire de l'ophtalmie aiguë grave. — Se développe quelquefois lentement chez les individus serophuleux ou infectés du virus vénérien. — *Traitement* : celui de l'ophtalmie aiguë quand l'albugo se développe

pendant la période inflammatoire : traitement topique, général. V, 599 et suiv., V, 402 et suiv.

**ALCALI VOLATIL FLUOR.** — (*Voy. Ammoniaque.*)

**ALCOOL** (*rectifié*) — L'un des styptiques les plus puissans. — Conseillé pour arrêter l'hémorrhagie. — Ne convient que quand l'effusion de sang est peu considérable. — Est fort irritant. I, 254, I, 255.

**ALIMENS**. — Doivent être interdits au malade quand l'inflammation est très-étendue, ou qu'elle occupe un organe important. I, 35, I, 36.

**ALUN CALCINÉ**. — Utile pour réprimer les chairs fongueuses des ulcères suite de brûlures. I, 171. — Conseillé pour exciter la surface des plaies qui suppurent, I, 236, I, 237.

**AMAUROSE** (*ou goutte sereine*) — Diminution ou perte de la vue produite par la faiblesse ou par la paralysie de la rétine ou du nerf optique. — *Causes*. Irritations ou inflammations de l'œil, contusions, suppressions d'anciens flux, répercussions. — *Signes diagnostiques*. Trouble et illusions de la vue, grandeur, immobilité de la pupille, immobilité de l'œil. — *Pronostic*. L'amaurose est toujours une maladie grave, dont la durée est incertaine et la terminaison souvent fâcheuse. V, 454 et s., V, 458 et suiv. — *Traitement*. — Si la maladie est symptomatique, diriger le traitement contre la maladie primitive. — Dans le cas d'amaurose idiopathique, combattre d'abord la cause présumée de la maladie. *Traitement* stimulant, vapeurs d'ammoniaque, baume de Fioraventi, fumée de tabac, fomentations aromatiques et spiritueuses, électricité, vésicatoires, moxa, scarifications : ouverture de l'artère temporale ; boissons avec l'arnica, etc. V, 462 et suiv., V, 466 et suiv.

**AMBULANT** (*érysipèle*). — Se porte avec rapidité d'un endroit à un autre.

— Se porte quelquefois du dehors sur un organe interne important à la vie. II, 9 et suiv.

**AMERS.** — Employés dans le traitement prophylactique des abcès par congestion. I, 92.

**AMINCISSEMENT DE LA PEAU.** — Est un obstacle à la guérison des plaies qui suppurent. — Moyens d'y remédier. I, 24.

**AMMONIAQUE.** — Conseillé à l'intérieur pour rappeler à la vie ceux qui sont engourdis par le froid. I, 133 et suiv. — Est le remède le plus efficace dans le traitement du tétanos. — Dose à laquelle on doit l'administrer. — Ses effets. — Histoires de maladies qui prouvent son efficacité. I, 295 et suiv., I, 303 et suiv. — Employé par Jussieu pour guérir une morsure de vipère. — Conseillé par l'auteur. — Manière de l'administrer. I, 431 et suiv., I, 434 et suiv.

**AMPUTATION DES MEMBRES.** — Circonstances dans lesquelles il faut recourir à l'amputation des membres, XI, 136 et suiv. — Quel que soit le membre que l'on ampute et le lieu de l'opération, on doit suspendre le cours du sang dans l'artère principale du membre pendant qu'on opère, et lorsque l'amputation est faite mettre un obstacle à la sortie du sang par l'extrémité des vaisseaux coupés. 137. — Ambroise Paré est le premier qui ait formellement recommandé de lier le membre pour arrêter l'hémorrhagie pendant l'opération: appareil employé par ce chirurgien. 137 et suiv. — Garot de Morel. 138. — Tourniquet à pelote employé par les modernes. 138 et suiv. — Tourniquet de J.-L. Petit. 140 et suiv. — Les chirurgiens modernes n'emploient que la main d'un aide intelligent pour arrêter le sang pendant l'opération. XI, 142 et suiv. — Moyens employés par les chirurgiens anciens pour arrêter le sang après les amputa-

tions. — Cautérisation. 143. — Ligature des vaisseaux inventée par Ambroise Paré; manière dont ce chirurgien la pratiquait. 143 et suiv. — Ligature immédiate, ligature médiante, circonstances dans lesquelles Paré préférait l'une à l'autre. XI, 144 et suiv. — Lorsque l'amputation est terminée, on procède à l'application de l'appareil. XI, 146.

**Amputation circulaire de la cuisse.** — Appareil nécessaire pour cette opération. XI, 147. — Doit être faite aussi bas que la maladie le permet. 147 et suiv. — Situation du malade. 148. — Disposition des aides. 149. — Procédé opératoire des anciens. 150 et suiv. — Modification apportée par J.-L. Petit. 151. — Rétraction des muscles, causes et effets de cette rétraction. 152 et suiv. — Procédé opératoire des modernes. XI, 155. — Manière de pratiquer la section de l'os. 157 et suiv. — Ligature des vaisseaux: manière de saisir, de lier les artères. 158 et suiv. — Réunion par première intention; cette méthode est adoptée généralement par les Anglais; manière de la pratiquer; ses inconvénients. 161 et suiv. — Mode de pansement des chirurgiens du continent, adopté et décrit par l'auteur. XI, 164 et suiv. — Situation du moignon lorsque le malade est reporté dans son lit. 165 et suiv. — Traitement général. 166. — Époque à laquelle on doit lever le premier appareil; manière de faire le second pansement. 167 et suiv. — Époque à laquelle tombent les ligatures. XI, 169. — Conduite du chirurgien dans le cas où il y a saillie avec ou sans dénudation. 169 et suiv. — Précautions à prendre avant d'en venir à la résection de l'os. XI, 172 et suiv.

**Amputation à lambeau de la cuisse.** — Il y a deux procédés pour pratiquer cette opération, l'un est celui de Ravaton, l'autre est celui

de Vermale; description de l'un et l'autre procédé. II, 175 et suiv.

—Manière de terminer l'opération. 174.—Le procédé de Vermale est préférable à celui de Ravaton; motif de cette préférence. 174.—L'amputation à lambeau ne prévient pas toujours la saillie de l'os. XI, 174 et suiv.

*Amputation circulaire de la JAMBE.*—

On ampute la jambe à quatre travers de doigt environ au-dessous de la tubérosité antérieure du tibia. XI, 175.—Appareil nécessaire pour cette amputation. 175.—Manière de suspendre le cours du sang dans le membre. 176.—Procédé opératoire; modification apportée par Béclard à la manière de scier le tibia. XI, 176 et suiv.—Ligature des vaisseaux, pansement de la plaie. XI, 176 et suiv.

*Amputation de la JAMBE à lambeau.*—

A été imaginée par Lowdham, chirurgien d'Oxford. XI, 175 et suiv.—Manière de pratiquer cette opération. 180 et suiv.—Cette méthode est tombée dans l'oubli. XI, 181.

*Amputation du BRAS.*—L'amputation

du bras, comme celle de la cuisse, doit être faite le plus bas possible, XI, 181.—Procédé opératoire généralement adopté pour la section des chairs et de l'os. 181 et suiv.—Cette amputation doit toujours, autant que possible, être pratiquée au-dessous de l'insertion du deltoïde à l'humérus; motifs de ce précepte. 183.—Amputation à lambeau conseillée et préférée par Louis, procédé opératoire. XI, 183 et suiv.

*Amputation de L'AVANT-BRAS.*—Doit

être faite le plus bas possible. XI, 184.—Procédé opératoire adopté généralement par les chirurgiens. 184 et suiv.—L'amputation à lambeau a été pratiquée à l'avant-bras de différentes manières; méthode la plus généralement usitée. XI, 186 et suiv.

*Amputation des os du MÉTACARPE ET DU MÉTATARSE.*—L'amputation dans la continuité de ces os est préférable à leur désarticulation, et on doit les pratiquer, toutes les fois que l'étendue de la maladie qui l'exige le permet. XI, 187.—Le procédé opératoire n'est pas le même pour tous les os du métacarpe et du métatarse. 187.—Procédé opératoire pour ces différens os. 187 et suiv.

*Amputation dans l'articulation des*

*DOIGTS.*—Les phalanges sont trop courtes pour être amputées dans leur continuité. XI, 190 et suiv.—Appareil nécessaire pour l'amputation de la seconde et de la troisième phalange. 191.—Procédé opératoire. 191 et suiv.

*Amputation dans l'articulation de la*

*première PHALANGE avec l'os du MÉTACARPE et celui du MÉTATARSE correspondant.*—On pratique cette opération par nécessité ou par choix. XI, 195.—Procédé opératoire. 195 et suiv.—Amputation de toutes les phalanges en même temps; procédé opératoire. XI, 195 et suiv.

*Amputation dans l'articulation des os*

*du MÉTACARPE avec ceux du CARPE.*—On ne doit pratiquer cette opération que lorsque la maladie qui la rend nécessaire ne permet pas d'amputer dans la continuité des os. XI, 198.—Procédé opératoire pour l'articulation du premier os du métacarpe dans son articulation avec le trapèze. 198 et suiv.—Procédé opératoire pour la désarticulation du cinquième os du métacarpe. 199 et suiv.—Procédé opératoire pour l'amputation dans l'articulation du second, troisième et quatrième os du métacarpe, XI, 200 et suiv.

*Amputation dans l'articulation du*

*POIGNET.*—Circonstances dans lesquelles cette amputation doit être pratiquée de préférence à celle de l'avant-bras. XI, 201.—Procédé opératoire. 201 et suiv.

*Amputation dans l'articulation du COUDE.* — Ne doit jamais être pratiquée. XI, 203 et suiv.

*Amputation du BRAS dans son articulation avec l'ÉPAULE.* — Cette opération ne doit être pratiquée que dans le cas où il est absolument impossible d'amputer le bras dans la continuité de l'humérus. XI, 204. — A été pratiquée pour la première fois par Morand; procédé suivi par ce chirurgien. 204 et suiv. — Procédé de Ledrau. 205 et suiv. — Procédé de Lafaye. — Ses avantages sur toutes les autres méthodes. XI, 208. — Procédé de Desault; n'est pas toujours praticable sur le vivant. 210 et suiv. — Procédé généralement suivi par les chirurgiens modernes: manière de comprimer l'artère axillaire, de tailler les lambeaux. 215 et suiv. — Procédé de Desault, modifié par Larrey. XI, 218.

*Amputation des os du MÉTATARSE.* — Ces os peuvent être amputés dans leur continuité ou dans leur articulation avec les os du tarse. XI, 219. — On ne doit recourir à la désarticulation de ces os que lorsque la maladie rend absolument impossible l'amputation dans leur continuité. 219. — Procédés opératoires suivis pour ces différens os. XI, 219 et suiv.

*Amputation partielle du PIED.* — Peut être pratiquée dans l'articulation des cinq os du métatarse avec les os du tarse, ou dans celle du scaphoïde avec l'astragale, et du cuboïde avec le calcanéum. XI, 221. — Garengot parle le premier de cette amputation. 221 et suiv. — Procédé de Lisfranc; est préférable au procédé de Chopart. XI, 222 et suiv. — Procédé de Chopart; amputation partielle du pied dans l'articulation de l'astragale avec le scaphoïde et dans celle du calcanéum avec le cuboïde; avantages et inconvéniens de ce procédé opératoire. 227 et suiv. — L'amputa-

tion du pied dans son articulation avec la jambe, et celle de la jambe dans l'articulation du genou sont rejetées par tous les praticiens. XI, 232.

*Amputation de la cuisse dans l'article.* — C'est la plus grave de toutes les opérations de la chirurgie; la possibilité en a été entrevue par Morand. XI, 232 et suiv. — A été pratiquée pour la première fois par Barbette; dans quelles circonstances. 234. — A été faite par Baffos sur un enfant de 7 ans. 235. — Procédé opératoire de Barbette. 235 et suiv. — Procédé opératoire de Larrey. 240 et suiv. — Modifications proposées par l'auteur, 241 et suiv. — Exposé des cas qui réclament impérieusement l'amputation de la cuisse dans l'article, XI, 242 et suiv.

AMPUTATION. Peut être pratiquée sur des tissus gangrenés, dans certains cas de gangrène sèche. I, 153. — L'amputation du membre blessé a été conseillée pour guérir le tétanos. I, 301 et suiv., I, 302 et suiv.

AMPUTATION (*dans les plaies d'armes à feu*). — Convient, toutes les fois qu'un membre a été totalement ou presque totalement emporté. — Lorsque la plaie étant considérable, il y aura fracas énorme des os: discussion de ce principe. — Doit être pratiquée dans le lieu d'élection, et toujours dans les parties saines. Opinion des auteurs sur la question de savoir si l'amputation doit être pratiquée sur-le-champ, ou différée. — Opinion de Faure: combattue par Boucher, discutée et rejetée par l'auteur. — Doit être pratiquée sur-le-champ: raisons de ce précepte. I, 399 et suiv. 401 et s. — Conseillée dans les plaies d'armes à feu toutes les fois que la consolidation des fragmens est empêchée par l'abondance et les qualités délétères de la suppuration. I, 416 et suiv. I, 418 et suiv.

AMYGDALES (*engorgement chronique*

des). — A été nommé improprement gonflement squirrheux. — Est l'effet d'une inflammation chronique de la gorge. — Est plus fréquent chez les enfans et chez les jeunes gens que chez les adultes et les vieillards. VI, 428, VI, 429 -- *Signes diagnostiques de la maladie.* 430. — *Traitement.* Les scarifications ont réussi quelquefois, mais sont le plus souvent insuffisantes. 431. — La ligature conseillée par plusieurs auteurs ne peut être employée que dans le cas où l'amygdale est supportée par un pédicule étroit. 431. — Les caustiques ont été employés quelquefois avec succès; mais leur application est incommode, difficile, douloureuse, et peut avoir de grands inconvéniens : manière de les employer. 432. — Cautére actuel, ses avantages, ses inconvéniens, moyens de le porter sur les touselles. VI, 433, VI, 434. — La rescision des amygdales est le moyen le plus sûr, le plus prompt et le plus efficace contre l'engorgement chronique de ces glandes : peut être faite avec un bistouri ou avec des ciseaux : bistouri imaginé par Caqué : par l'auteur : description et usage de la pince de Museux pour saisir l'amygdale tuméfiée. VI, 435 et suiv. — Manière d'employer les ciseaux et le bistouri; description des différens procédés opératoires usités pour l'ablation de ces glandes. 438 et suiv. — Hémorrhagie, son peu de danger, moyens de l'arrêter si elle devenait inquiétante. 441. — Prévenir et combattre l'inflammation qui suit ordinairement l'opération. — Extraction des calculs qui se forment quelquefois dans l'épaisseur des amygdales, dont la présence détermine l'engorgement squirrheux de ces glandes. VI, 442, VI, 443.

ANEL. Inventeur de la méthode d'opérer les anévrismes, qui consiste à lier le vaisseau au-dessus de la tumeur sans ouvrir cette dernière.

-- Opération qu'il pratiqua à Rome. — Sa méthode remise en vigueur par Molinelli et Desault. — Perfectionnée par Hunter. II, 143 et suiv.

ANÉVRISMALE (*varice*). Voyez Varice.

ANÉVRISME. -- Définition. — Distingué en anévrisme vrai, et en anévrisme faux primitif, consécutif ou variqueux. — Quelques auteurs ont encore voulu admettre l'anévrisme mixte. — Cette dernière variété doit se rapporter à l'anévrisme vrai ancien et volumineux : discussion sur ce point d'anatomie pathologique : expériences de Hunter, Hôme et Scarpa. II, 84 et suiv.

ANÉVRISME VRAI. Est une tumeur formée par le sang artériel, contenu dans une portion d'artère dont les tuniques sont dilatées. — La dilatation des trois tuniques n'est pas admise par tous les auteurs : est démontrée par un fait anatomique : n'existe plus dès que l'anévrisme a pris un grand développement. — Caractères anatomiques des tumeurs anévrismales et du coagulum qu'elles renferment. — Dilatation énorme des artères collatérales. II, 90 et suiv. — Symptômes de l'anévrisme vrai. — Tumeur d'abord peu volumineuse. — Battemens isochrones à ceux du pouls. — Douleur ordinairement peu sensible. — Accroissement rapide et subit de la tumeur. — Engorgement inflammatoire, amincissement, ulcération, rupture de la peau. — Distension, amincissement, refoulement, destruction des tissus environnans. — Explication des divers phénomènes qui accompagnent les tumeurs anévrismales. II, 96 et suiv. — L'anévrisme vrai est quelquefois multiple; il peut se montrer sur toutes les artères de l'économie. II, 102 et s. — Causes : effort latéral du sang contre les parois du vaisseau; affaiblissement des parois du vaisseau dépendant d'efforts, d'extension : contusions, courbures des artères. — Caractères spéciaux de l'anévrisme.

—A été pris pour un abcès par des chirurgiens peu expérimentés. — Abcès compliquant un anévrisme. — *Diagnostic* différentiel des tumeurs humorales et des anévrismes. II, 105, II, 106 et suiv. — *Pronostic*. — Est toujours fort grave. — Il existe des cas de guérison spontanée. — L'anévrisme est d'autant plus dangereux qu'il est placé plus près du tronc, qu'il existe moins de branches collatérales, que l'artère est située plus profondément, qu'il a amené plus de désordres dans les parties environnantes. II, 112 et suiv. — *Traitement*. — Doit tendre à l'oblitération du vaisseau. — *Traitement palliatif*: doit être employé pour les anévrismes que l'on ne peut opérer. — Méthode de Valsalva et d'Albertini, peu efficace dans la plupart des cas; compte pourtant quelques succès; doit être abandonnée toutes les fois qu'on peut tenter la compression ou la ligature de l'artère. II, 117 et suiv. — Compression de l'artère, manière de la pratiquer. — Ses avantages et ses inconvénients discutés. — Cas dans lesquels on peut l'employer. II, 123 et suiv. (*Voy. Compression*.) — Ligature; est le moyen le plus efficace pour guérir les anévrismes. — Se pratique de deux manières, par la méthode ancienne ou par celle dite de Hunter. — Méthode ancienne; placer un tourniquet sur l'artère principale, inciser dans la direction de l'artère malade jusqu'à la tumeur; ouvrir le sac anévrisimal, le débarrasser des caillots qu'il contient. — Introduire une sonde dans la cavité de l'artère, passer un fil autour du vaisseau, placer une ligature d'attente. — Serrer la première ligature à l'aide d'un nœud simple. — Constriction circulaire du vaisseau, son aplatissement. — Utilité des ligatures d'attente. — Lier le bout inférieur de l'artère. — Eviter de compr-

dre dans la ligature les nerfs qui avoisinent la tumeur. II, 131 et suiv. — Procédé de Bertrandi rejeté. II, 143. — Méthode d'Anel, rappelée par Molinelli, suivie par Desault, modifiée par Hunter. II, 143 et suiv. — Méthode de Hunter: consiste à lier le vaisseau beaucoup au-dessus de la tumeur. — Pratique, avec succès variés, par un grand nombre de chirurgiens. — A été modifiée par Searpa, par Jones, par Maunoir, par Dubois. — Examen de ces modifications. — Parallèle entre la méthode ancienne et la méthode de Hunter; préférence accordée par l'auteur à cette dernière dans la généralité des cas. — Circonstances dans lesquelles la méthode ancienne doit être plutôt suivie. II, 144, II, 145 et suiv. — Méthode de Brasdor, consistant à lier le vaisseau au-dessous de la tumeur; discutée par Desault; pratiquée par Deschamps et par Vernet; proscrite entièrement par l'auteur. II, 149, II, 157 et suiv. — Pansement nécessaire après l'opération; accidens, hémorrhagie, gangrène. II, 160, II, 162 et suiv.

**ANÉVRISME FAUX PRIMITIF.** — Définition. — Reconnaît pour cause la lésion d'une artère par un instrument piquant. — S'observe plus fréquemment dans les parties où les artères sont situées superficiellement. — *Signes diagnostiques*; jet de sang artériel; infiltration sanguine dans les tissus environnans. — *Pronostic* plus ou moins grave; accidens qui suivent la lésion d'une grosse artère. — Indication curative: procurer l'oblitération du vaisseau. — La compression sera tentée lorsque ce vaisseau sera d'un petit calibre et adossé à un os, dans tout autre cas elle ne peut que pallier le mal. — La ligature doit toujours être préférée; manière de la pratiquer. II, 156, II, 165 et suiv.

**ANÉVRISME FAUX CONSÉCUTIF.** — Défi-

nition. — Anatomie pathologique ; refoulement des parties environnantes ; caillot fibrineux ; foyer de sang liquide ; communication du vaisseau avec la poche anévriasmale.

— Mécanisme de la formation et du développement de l'anévrisme faux consécutif. — Son accroissement est moins rapide que celui de l'anévrisme vrai. — *Signes diagnostiques* : tirés des commémoratifs, de la plaie des tégumens, du caractère de la tumeur. — *Pronostic* : le même que pour l'anévrisme vrai. — L'anévrisme faux consécutif peut dépendre d'une cause interne, c'est-à-dire d'une lésion vitale des tuniques internes d'un vaisseau ; le pronostic est alors beaucoup plus grave, parce qu'il peut exister une diathèse anévriasmale. II, 165, II, 173, et suiv.

**ANÉVRISME VARIQUEUX.** — A été encore appelé varice anévriasmale. — Définition. — N'est connu que depuis le dernier siècle. — Causes et mécanisme de sa formation : plaie d'une artère communiquant dans une veine. — Reconnaît la saignée pour cause la plus ordinaire. — Se complique souvent d'anévrisme faux circonscrit et intermédiaire. — *Signes diagnostiques* tirés des commémoratifs, de la plaie des tégumens, de la situation de la tumeur et de ses battemens ; bruissement particulier. — *Signes diagnostiques* et différentiels de la complication d'un anévrisme faux circonscrit. — *Pronostic* moins fâcheux que celui des autres anévrismes. — *Traitement* palliatif : éviter les exercices pénibles, tenir le membre dans une position élevée. — *Traitement curatif* ; ligature du vaisseau. II, 175, II, 183 et suiv.

**ANÉVRISME EN PARTICULIER.** Des artères temporale, auriculaire postérieure, carotide, axillaire, brachiale, radiale, cubitale, fémorale, poplitée. (*Voy. ces mots*).

**ANÉVRISMES guéris par la compression**

*ou par l'opération* (observation d').

II, 204 et suiv., II, 233 et suiv.

**ANÉVRISME DOUBLE.** II, 276.

**ANÉVRISME DE POTT.** N'est autre chose qu'une tumeur fongueuse sanguine accidentelle. II, 322.

**ANÉVRISME (des corps caverneux).** (*Voy. Verge.*)

**ANGINE.** — Inflammation des glandes amygdales et du voile du palais. — Est une maladie fréquente qui règne quelquefois épidémiquement au printemps et en automne. VI, 405, VI, 406. — Les symptômes de l'angine tonsillaire varient suivant qu'elle est aiguë ou chronique, légère ou intense, et suivant qu'elle occupe les deux amygdales ou bien une seule ; symptômes de l'angine tonsillaire aiguë. 406 et suiv. — Durée de la maladie, ses terminaisons. 410. — *Signes* auxquels on reconnaît que la maladie doit se terminer par résolution. 410. — Par suppuration. 410. — Par induration. 411. — Par gangrène. 412. — *Le traitement* de cette phlegmasie varie suivant l'intensité de la maladie, l'embarras qu'elle détermine dans la déglutition et dans la respiration, et le mode de sa terminaison. — *Traitement* de l'angine benigne, de l'angine grave. 412 et suiv. — *Conduite à suivre* dans le cas où il se forme un abcès dans l'amygdale. 414 et suiv. — Scarifications conseillées pour procurer un prompt dégorgeement des parties. 416. — *Traitement* dans le cas où l'angine se termine par gangrène. VI, 417, VI, 418.

**ANGINE GANGRÉNEUSE OU MALIGNE.** — Inflammation gangréneuse de la gorge, accompagnée de tous les symptômes généraux d'une fièvre putride. — Cette angine est épidémique et paraît contagieuse. — Elle affecte principalement les personnes d'une constitution débile. VI, 418. — *Examen* des causes de l'angine maligne. VI, 419. — *Pro-*

drômes, invasion, symptômes locaux, généraux; durée, terminaisons de la maladie. VI, 420 et suiv. — Lésions anatomiques rencontrées à l'ouverture des cadavres. VI, 424, VI, 425. — *Traitement* général dirigé contre les complications de la maladie. VI, 425, VI, 426. — *Traitement* local antiphlogistique. 427. — Usage des purgatifs et des minoratifs après la guérison de la maladie. VI, 427. VI, 428.

ANGINE LARYNGÉE. (*Voy.* Laryngée.)

ANGINE LARYNGÉE OEDÉMATEUSE. (*Voy.* OEdème de la glotte.)

ANGINE TRACHÉALE. (*Voy.* Laryngée.)

ANKYLOSE. — Etat d'une articulation diarthrodiale, dans lequel les mouvemens des os qui la composent sont entièrement abolis ou extrêmement gênés. — Se distingue en vraie ou complète et en fausse ou incomplète. — Peut affecter plusieurs articulations, et quelquefois toute celles du corps ensemble. — *Causes* : l'immobilité d'une articulation long-temps continuée : une maladie de l'articulation : lorsque l'articulation est tenue long-temps immobile, la sécrétion de la synovie diminue, les surfaces articulaires perdent leur poli, les ligamens et les tendons contractent de la rigidité : si l'articulation s'enflamme, les surfaces articulaires contractent des adhérences entre elles, et des points osseux ne tardent pas à les unir. — L'ankylose qui survient à la suite des fractures tient toujours à l'immobilité dans laquelle est resté le membre, ou à l'inflammation qui s'est propagée jusqu'à l'articulation ; et non à l'épanchement du suc osseux dans la cavité articulaire, comme le croyait J.-L. Petit. — Les luxations, les plaies des articulations, l'hydropisie articulaire, et surtout les tumeurs blanches, sont les causes les plus fréquentes de l'ankylose. — Cette même maladie peut

survenir lorsque la peau et le tissu cellulaire qui environnent une articulation ont été détruits par la gangrène ou par une brûlure, et qu'il s'en est suivi l'adhérence des tendons. — Le même accident peut dépendre de l'encroûtement des ligamens par le phosphate calcaire. IV, 555 et suiv. — *Signes diagnostiques*. Impossibilité ou presque impossibilité de faire exécuter des mouvemens à une articulation. — On reconnaît qu'elle est complète aux commémoratifs suivans : fracture dans le voisinage de l'articulation : inflammation violente de la membrane synoviale, tumeur blanche. IV. 567 et suiv. — *Pronostic*. L'ankylose dépendante de la soudure des os à la suite d'une tumeur blanche, d'une plaie d'articulations, et en général de toutes les maladies articulaires dans lesquelles les os sont cariés, est absolument incurable. — L'ankylose fausse ou incomplète cède presque toujours aux secours de l'art. — Considérée en elle-même l'ankylose n'est pas dangereuse. IV. 569 et suiv. — *Traitement*. Se rapporte seulement à la fausse ankylose. — Rendre aux ligamens et aux muscles leur flexibilité et leur extensibilité naturelles à l'aide de fomentations émollientes, de douches d'eau chaude ou légèrement excitante, d'embrocations huileuses. — Quand les ligamens et les muscles commencent à être relâchés, faire exécuter des mouvemens gradués insensiblement à l'articulation ankylosée. — Utilité des moyens mécaniques pour allonger les muscles rétractés. IV, 470 et suiv.

ANODINS (*topiques*). — Cas dans lesquels ils sont particulièrement indiqués. Anodins les plus usités. — Doivent être employés avec prudence, causent quelquefois des accidens. I, 47, I. 48. — Appliqués sur la partie blessée ils ont paru avantageux dans le cas de tétanos. I, 302.

**ANTÉVERSION DE LA MATRICE.** Voy. Matrice.

**ANTHRAX *benin*.** — Est une tumeur inflammatoire et gangréneuse. — A son siège dans le tissu cellulaire sous-cutané et dans les tégumens. — Ressemble beaucoup au furoncle. — Peut affecter toutes les parties du corps. — Symptômes locaux, caractère particulier de la douleur, de la coloration. — Escarre. — Bourbillon large, profond, s'échappe par lambeaux par des ouvertures multiples. — Symptômes généraux quelquefois graves. — *Pronostic* en général peu fâcheux, relatif à l'intensité, à la profondeur, au siège, aux complications de la maladie. — *Traitement*: les antiphlogistiques sont inutiles et souvent préjudiciables. Evacuans, toniques. — Cataplasmes émoulliens, topiques maturatifs. — Excision de la peau. II, 50 et suiv.

**ANTHRAX *malin non pestilentiel*.** — Caractères spéciaux de la partie affectée de charbon. — Symptômes généraux nerveux très-graves. — Marche extrêmement rapide. — S'étend très-profondément dans les tissus. — *Le pronostic*, toujours extrêmement fâcheux, varie à raison de l'étendue, de l'intensité et de la marche de la maladie. — Est quelquefois la crise d'une fièvre de mauvais caractère. — *Traitement* interne: le même que celui des fièvres adynamiques et ataxiques: évacuans, toniques. — *Traitement* externe: cautérisation de la pustule gangréneuse; favoriser la chute de l'escarre à l'aide des émoulliens et des maturatifs. II, 54 et suivantes.

**ANTHRAX *malin pestilentiel*.** — Est un des symptômes de la peste. — Ne se montre guère que vers le milieu de la durée d'une épidémie pestilentielle. — Ne se manifeste jamais dans les parties où les bubons s'observent ordinairement.

— Symptômes locaux; accroissement progressif du bouton gangréneux: étendue de l'escarre. — Est souvent multiple. — Elimination de la partie gangrenée. — Même *traitement* que pour l'anthrax malin non pestilentiel. — L'extirpation de la tumeur est inutile et souvent dangereuse. — Les scarifications sont nuisibles. II, 61 et suiv.

**ANTIPHLOGISTIQUES.** — Font la base du traitement des inflammations. — Manière de les administrer. I, 57, I, 38.

**ANTISCORBUTIQUES.** — Conseillés dans le traitement prophylactique des abcès par congestion. I, 92. — peuvent être fort utiles pour arrêter les hémorrhagies chez les individus affectés de scorbut. — Histoires de maladies y relatives. I, 276, I, 277 et suiv.

**ANTISPASMODIQUES.** — Regardés comme très-efficaces dans le traitement du tétanos. I, 295 et suiv.

**ANUS (*rétrécissement congénital de l'*).** Ce rétrécissement peut exister à des degrés fort variables. X, 2. — Ce vice de conformation est fort dangereux et nécessite de prompts secours. 2. — L'indication thérapeutiques est d'agrandir l'anus afin de rendre libre la sortie des excréments. 2. — On satisfait à cette indication en introduisant des corps dilatans, ou en pratiquant une incision: histoire de maladie rapportée par l'auteur. X, 2 et suiv.

**ANUS (*imperforation de l'*).** — Ce vice de conformation fait périr la plupart des enfans qui en sont atteints. X, 6. — Symptômes particuliers dont s'accompagne cette maladie. X, 7 et suiv.

— *Imperforation interne avec orifice apparent à l'extérieur.* — Dans ce vice de conformation l'ouverture de l'anus est bien conformationnée; mais l'obstacle qui retient les matières se trouve placé plus haut. X, 8. — Le péril est plus ou moins grand selon la si-

tuation et la nature de l'obstacle qui arrête les matières stercorales; procédé opératoire. 9 et suiv. — Il n'est souvent pas possible de pratiquer une incision convenable, et l'enfant ne tarde pas à périr. X, 11 et suiv.

— *Imperforation par une membrane qui couvre l'anus.* Dans cette espèce d'imperforation, l'anus est organisé comme dans l'état naturel; mais une membrane plus ou moins épaisse en ferme exactement l'ouverture. X, 12. — Cette imperforation est la moins fâcheuse de toutes, on la guérit aisément en pratiquant de bonne heure une incision sur la membrane. X, 13 et suiv.

— *Imperforation sans aucune trace d'ouverture, l'anus étant fermé par la peau.* L'épaisseur de cet obstacle est tantôt plus, tantôt moins considérable, suivant que l'anus est bouché par la peau seule, ou par la peau et du tissu cellulaire, ou par une espèce de prolongement charnu. X, 14. — Ce vice de conformation est le plus souvent mortel; le chirurgien doit à tout hasard pratiquer une incision dans le lieu de l'ouverture présumée de l'anus. X, 16 et suiv.

— *Imperforation de l'anus avec ouverture du rectum dans la vessie.* X, 17. — On trouve dans les auteurs un grand nombre d'observations de cette espèce. 18 et suiv. — Ce vice de conformation est absolument incurable, il serait dangereux de pratiquer une opération. X, 19 et suiv.

--*Imperforation de l'anus avec ouverture du rectum dans le vagin.*-- Cette espèce d'imperforation n'est pas toujours mortelle. Les auteurs en rapportent de nombreux exemples. X, 20 et suiv. Conduite du chirurgien dans cette circonstance. X, 21.

— *Imperforation de l'anus avec obli-*

*tération du rectum.*—Faits de ce genre cités par divers auteurs. X, 22. — *Imperforation sans intestin rectum.*—Faits de ce genre rapportés par les auteurs. X, 23 et suiv.

--*Imperforation de l'anus naturel accompagné d'un anus extraordinaire.*

— Dans ce vice de conformation, l'intestin qui tient lieu du rectum aboutit à un des points de la circonférence du bas-ventre, où il fait fonction d'anus. — Faits de ce genre rapportés par les auteurs. X, 24 et suiv. — Considérations générales sur l'imperforation de l'anus. 25 et suiv. — Anus artificiel pratiqué par Littre et par Duret; procédé mis en usage par ces auteurs, 26 et suiv. — Modification apportée par Callisen. X, 29 et suiv.

ANUS (*abcès de la marge de l'*). Ces abcès sont très-fréquens; ils se distinguent en gangréneux, phlegmoneux et tuberculeux. X, 99 et suiv.

*Abcès gangréneux de la marge de l'anus.* — Leur développement est quelquefois spontané, d'autres fois ils ont pour cause des corps irritans. X, 100. — L'ouverture de ces abcès doit être faite aussitôt que la tumeur commence à s'amollir et présente de la fluctuation à sa partie moyenne. X, 100 et suiv.

*Abcès phlegmoneux à la marge de l'anus.* — Se déclarent quelquefois à la suite d'une maladie aiguë dont ils semblent être la crise; le plus souvent on ne peut saisir la cause qui les a déterminés. X, 101. — Marche, symptômes de cette affection. 101. — Disposition anatomique de ces abcès. 101 et suiv. — Ils doivent être promptement ouverts, et aussitôt que la fluctuation commence à être sensible; manière d'ouvrir et de panser ces abcès, 102 et suiv. — Signes auxquels on reconnaît que la maladie ne doit pas se terminer par une fistule: conduite du chirurgien dans le cas

où la maladie se terminerait par une fistule. X, 105 et suiv.

*Abcès tuberculeux à la marge de l'anus.*

—Dépendent presque toujours de la perforation de l'intestin, produite elle-même par l'inflammation d'une hémorroïde interne; le plus souvent il dégénère en fistule; traitement de ce genre d'abcès. X, 107 et suiv.

**ANUS** (*fistules à l'*). — Elles succèdent constamment à un abcès formé dans le voisinage de cette partie. X, 108. — Ces fistules sont de deux espèces, savoir: les fistules stercorales et les fistules non stercorales. 108. — Ont été encore divisées en complètes et incomplètes, 108. — Plusieurs auteurs ont révoqué en doute l'existence des fistules à l'anus sans perforation de l'intestin: observation de l'auteur à ce sujet, 109 et suiv. — La fistule stercorale complète se présente sous plusieurs formes et a reçu à raison de ces formes des dénominations particulières. X, 110. — Signes diagnostiques des fistules stercorales complètes. 111. — On peut les confondre avec certaines espèces de fistules urinaires: *diagnostic différentiel*. 111 et suiv. — Elles ne sont pas susceptibles de guérir spontanément; mais dans le plus grand nombre des cas elles peuvent être traitées par les moyens chirurgicaux. 112 et suiv. — Signes auxquels on reconnaît la fistule stercorale borgne interne. X, 113. — Les principaux moyens conseillés pour la guérison des fistules complètes et incomplètes, sont les injections, les suppositoires emplastiques, les caustiques, la ligature, l'excision et l'incision, 113 et suiv. — Inutilité des injections, 114. — Les suppositoires emplastiques ne conviennent que dans les fistules récentes superficielles. 114. — Les caustiques sont maintenant généralement abandonnés. 114. — L'excision vantée par les chirurgiens

anciens, est proscrite aujourd'hui. 115. — La ligature et l'incision sont aujourd'hui les deux seuls procédés que l'on suive, 115. — Procédés de Foubert et de Desault pour la ligature. X, 115 et suiv. — L'incision est dans tous les cas préférable aux autres méthodes: elle consiste à fendre toutes les parties comprises entre le trajet fistuleux, l'intestin et l'anus inclusivement. 117. — Instrumens dont on se sert pour cette opération; manière de la pratiquer. 118 et suiv. — Modifications apportées au procédé opératoire lorsque l'orifice interne de la fistule est placé à une certaine hauteur. 119 et suiv. — Indications particulières selon les différentes complications des fistules. 120 et suiv. — Mode de pansement consécutif à l'opération. X, 121 et suiv. — Traitement des fistules non stercorales qui succèdent à un abcès formé dans le tissu cellulaire graisseux qui environne l'anus. X, 124 et suiv.

**ANUS** (*fissure de l'*). — Cette maladie n'a point été décrite jusque dans les temps modernes. X, 125 et suiv. — Observée et décrite pour la première fois par l'auteur. 127. — Attaque presque exclusivement les adultes. — Les hémorroïdes en sont la cause la plus ordinaire. 128. — Début, marche, symptômes de la maladie. 128 et suiv. — Cette affection est constamment accompagnée de la constriction spasmodique des sphincters de l'anus. X, 131. Elle peut être congénitale, 132. — Traitement; histoire de maladies relatives à la gerçure de l'anus, avec constriction spasmodique des sphincters. X, 134 et suiv.

**ANUS** (*affections vénériennes de l'*).  
*Voy. Rectum (affections vénériennes du).*

**ANUS CONTRE NATURE.** — Ouverture de la paroi abdominale par laquelle les matières fécales s'échappent en totalité. VIII, 181. — Se forme

le plus ordinairement après la gangrène de l'intestin dans le cas de hernie ; est quelquefois aussi la suite de plaies pénétrantes dans l'abdomen avec issue de l'intestin, ou d'un abcès dans lequel une portion qui a contracté des adhérences avec la paroi du ventre se trouve comprise. 182 et suiv. — Nature des matières fécales qui s'échappent par l'anus contre nature. 183 et suiv. — Appareils et bandages imaginés pour empêcher les matières fécales de s'épancher au dehors. 183 et suiv. — L'influence de l'anus contre nature sur la nutrition est différente suivant la partie du canal intestinal où il se trouve. 185 et suiv. — De tous les accidens auxquels sont exposées les personnes qui rendent leurs excréments par un anus contre nature, le plus fâcheux et le plus fréquent est le renversement ou la chute de l'une ou des deux portions de l'intestin ; mécanisme de ce renversement, et accidens qu'il détermine ; moyens d'y remédier. VIII, 187 et suiv. — Le cat est le premier qui ait eu l'idée de tenter la guérison de l'anus contre nature ; relation de ce fait. 198 et suiv. — La suture ne peut être dans ce cas d'aucune utilité. 201. — Méthode proposée par Desault ; fait rapporté par le même auteur à l'appui de cette méthode. VIII, 201 et suiv.

**APHTES.** — Tubercules blanchâtres, superficiels, ronds, de largeur variable, occupant les lèvres, les gencives, la partie interne des joues, la langue, le palais, la luette, les amygdales, le pharynx, l'œsophage, l'estomac et le canal intestinal. — Ne doivent pas être confondus avec les petits ulcères superficiels qui se développent sur la membrane muqueuse de la bouche. VI, 463. *Aphes des adultes.* — Règnent endémiquement chez quelques peuples du Nord. — Signes précurseurs, symptômes locaux et généraux

de la maladie. 464 et suiv. — Le traitement est général et local ; le traitement général est subordonné à la maladie pendant laquelle les aphtes paraissent. — Dans le traitement local on doit avoir pour objet de faciliter la séparation et la chute des croûtes aphteuses. VI, 467, VI, 468. — *Aphes des nouveau-nés.* — Cette maladie a encore reçu le nom de muguet, blanchet, etc., etc. — Examen de l'influence des causes prédisposantes et efficientes de la maladie. — Caractères diagnostiques, symptômes locaux et généraux du muguet benin et du muguet malin ou gangréneux. — *Traitement prophylactique.* — Soustraire les enfans aux causes capables de produire la maladie. — Examen des remèdes locaux et de leur modification. — Traitement général ; indications curatives. VI, 474 et suiv.

**APONÉVROSES.** — Ne jouissent pas d'une propriété contractile. — Compriment les parties tuméfiées et en déterminent l'engorgement et la gangrène. I, 111 et suiv. — Doivent être incisées, débridées, dans les cas d'engorgemens inflammatoires considérables. I, 114 et suiv.

**APPAREIL.** — Assemblage des objets nécessaires pour pratiquer une opération, et des choses propres au pansement. — Se compose des instrumens, de la charpie et de ce que l'on prépare avec cette substance, des emplâtres, des compresses, des bandes, des bandages, des lacs et des machines. V, 6 et suiv.

**APPAREIL COMPRESSIF.** — Employé pour arrêter les hémorrhagies. — Sa description. — Est moins convenable dans certains cas que le tourniquet. — Ne doit être appliqué que lorsqu'il existe un point d'appui solide pour l'artère. I, 260. — I, 261.

**APPAREIL (grand).** Voy. Vessie (calculs de la).

**APPAREIL (haut).** Voy. Vessie (calculs de la).

APPAREIL (*petit*). Voy. Vessic (*calculs de la*).

APPAREIL (*premier*). — Époque à laquelle on doit le lever. — Moins douloureux à lever qu'on ne l'imagine. I, 232 et suiv.

AQUEUSE (*humeur*). (Voy. Humeur aqueuse.)

ARMES A FEU (*plaies d'*). (Voy. Plaies d'armes à feu.)

ARQUEBUSE (*plaies d'*). (Voy. Plaies d'armes à feu.)

ARTÈRES. — Se froncent, s'allongent, se rompent inégalement dans les plaies par arrachement, ce qui empêche l'hémorrhagie d'avoir lieu, I, 420, I, 422. — Leurs tuniques interne et musculuse ne sont susceptibles que d'un léger degré d'extension, II, 95. — Leur membrane interne peut s'enflammer et s'ulcérer, II, 96. — Toutes les artères peuvent être affectées d'anévrisme, II, 102. II, 103. — Leur ulcération peut devenir la cause d'anévrismes faux spontanés, II, 173. II, 181.

ARTÈRES (*contusion des*). — Est suivie quelquefois d'un anévrisme faux primitif. — Affaiblit les parois vasculaires, I, 442. I, 343.

ARTÈRES (*ligature des*). V. Ligature.

ARTÈRES (*plaies des*). *Division transversale complète du vaisseau*. Rétraction peu considérable des bords de l'artère. — Contraction des parois du vaisseau, diminution de son calibre. — Oblitération spontanée des petites artères. — Mode d'oblitération des grands vaisseaux. — Opinion de J.-L. Petit, de Pouteau. I, 247 et suiv.

ARTÈRES (*plaies latérales des*). — S'effectuent de trois manières. — N'empêchent pas la circulation de continuer dans le vaisseau. — S'agrandissent par la rétraction des fibres artérielles. — S'oblitérent spontanément par un caillot, suivant J.-L. Petit; histoire de maladie y relative. I, 250 et suiv.

ARTÈRE (*ranine*). — Son hémorrhagie

doit être arrêtée par la cautérisation. I, 256, I, 257 et suiv. — *Temporale, occipitale, tibiale antérieure, pédieuse, radiale*, leur hémorrhagie peut être arrêtée par la compression latérale. — *Intercortale, honteuse interne*, leur hémorrhagie ne doit être arrêtée que par la compression latérale. I, 260 et suiv.

ARTÉRIOTOMIE. (Voy. Saignée.)

ARTICULATIONS (*plaies simples des*). — Par instrumens piquans. — *Signes diagnostiques*. — Situation, direction de la plaie, écoulement de synovic. — *Pronostic* ordinairement n'est nullement fâcheux; il survient quelquefois des accidens graves par suite de l'inflammation de l'articulation. — *Traitement*. Réunir par première intention: topiques résolutifs, repos absolu. IV, 407 et suiv.

ARTICULATIONS (*plaies simples des*). — Par instrumens tranchans. — *Signes diagnostiques*: solution de continuité des parties molles au niveau d'une articulation: issue de la synovie au moment de la blessure, et lorsqu'on comprime la partie. — *Pronostic*. Peu fâcheux lorsque la plaie a été promptement réunie. — *Traitement*. Réunion immédiate, situation du membre relative au lieu de la fracture. — *Bandage* roulé autour de l'articulation. IV, 410 et suiv.

ARTICULATIONS (*plaies compliquées des*). — Peuvent se compliquer, comme toutes les plaies, de la présence d'un corps étranger, d'hémorrhagie, de douleurs vives, de paralysie, de convulsions, de tétanos et d'inflammation des parties molles. — Complication de l'inflammation de la membrane synoviale. — *Causes*: mouvemens imprimés à la partie, altération générale des humeurs, état saburral des premières voies: impression de l'air sur les surfaces articulaires: lésion des cartilages et des os; application de médicamens âcres sur les sur-

faces articulaires ; tamponnement de la plaie ; écarts de régime. — *Signes diagnostiques* : douleur profonde plus ou moins vive, gonflement, chaleur de l'articulation, suppuration séreuse, fièvre inflammatoire violente, délire : suppuration plus abondante, abcès, clapiers purulens, fièvre hectique, diarrhée colliquative ; dans quelques cas plus favorables, diminution de la suppuration ; ankylose. — *Pronostic*. Toujours fâcheux : amputation souvent nécessaire, si les accidens inflammatoires et l'abondance de la suppuration compromettent les jours du malade. — *Traitement*. Saignées générales et locales, diète, boissons émoullientes, topiques émoulliens et anodins, ouverture des abcès aussitôt que la fluctuation est manifeste, contre-ouvertures pour empêcher le croutissement et la résorption du pus : injections détersives pour entraîner le pus altéré. — Dans le cas où un vice scrophuleux aurait carié les surfaces articulaires, les abcès ne seraient ouverts qu'à la dernière extrémité. — Histoires de maladies y relatives. IV, 415 et suiv.

**ARTICULATIONS** (*corps étrangers qui se forment dans les*). — Corps durs, arrondis, cartilagineux, qui se forment dans l'intérieur des capsules articulaires. — N'ont point été observés par les anciens : Ambroise Paré, Péchelín, Monro, sont les premiers qui en aient fait mention. — Ces corps peuvent être multiples ; Haller en a rencontré une vingtaine dans l'articulation de la mâchoire inférieure. — Leur volume et leur forme est aussi variable que leur nombre. Le plus souvent ils sont libres dans l'articulation, quelquefois ils sont adhérens par un filet ligamenteux plus ou moins long. — Leur consistance et leur composition intime est également fort variable. — *Causes*. Fort incertaines : selon Monro ils proviennent

de fragmens des cartilages articulaires : selon d'autres ils sont formés par l'agrégation de molécules d'une substance contenue dans la synovie. — *Diagnostic* rarement difficile ; douleurs plus ou moins vives dans l'articulation, avec ou sans gonflement des parties molles environnantes ; violente douleur au moment où le corps étranger s'engage entre les deux surfaces articulaires ; sensation d'un corps dur, saillant, plus ou moins volumineux, qui se déplace avec facilité et se montre principalement du côté interne de l'articulation. — *Pronostic* généralement peu grave ; la maladie n'est dangereuse que par l'opération qu'elle nécessite le plus souvent. — *Traitement*. Indications curatives : fixer le corps étranger dans un endroit de l'articulation où il ne cause aucune gêne, et lorsque cela est impossible l'extraire par une incision faite aux tégumens et à la capsule. — 1<sup>re</sup> indication, compression et immobilité de l'articulation, le corps étranger se trouvant placé dans une position convenable. — 2<sup>e</sup> indication. Manière de pratiquer l'incision et d'extraire le corps étranger. — Réunion de la plaie par première intention. — Repos absolu du membre. — Dans le cas où l'inflammation de l'articulation deviendra violente, on emploiera les saignées générales et locales, la diète, les topiques émoulliens et anodins. IV, 431 et suiv.

**ARTICULATIONS.** (*Hydropisie des*) Voy. Hydropisie.

**ARTICULATIONS.** (*Tumeurs blanches ou fongueuses des*) Voyez Tumeurs blanches.

**ARTICULATIONS CONTRE NATURE.** — Ont lieu quand les deux fragmens d'un os sont unis entre eux par une substance celluleuse et ligamenteuse. III, 94 et suiv. III, 95 et suiv. — Peuvent avoir de véritables surfaces articulaires. — S'observent le

plus fréquemment au bras. — Moyens proposés pour obtenir la réunion immédiate des fragmens. — Frottement des surfaces des fragmens conseillé par Celse, blâmé par l'auteur. — Résection des deux extrémités osseuses, indiquée et prescrite par les anciens ; pratiquée avec succès par Withe, et sans succès par l'auteur : est une opération grave et dangereuse. — Séton. (*Voy. ce mot.*)—L'amputation est quelquefois nécessitée quand le malade est dans l'impossibilité de se servir de son membre. III, 102 et suiv. III, 103 et suiv.

ASCITE. *Voy. BAS-VENTRE. (Hydropisie du)*

ASPHYXIE LOCALE. — Diffère de la gangrène. — Peut durer plusieurs jours sans amener la mort de la partie.—Histoire rapportée par la Motte. — Survient après la ligature de l'artère principale d'un membre. — Signes différentiels de la gangrène. I, 104, I, 105.

ASTRINGENS. — Leur mode d'action. — Peuvent arrêter les hémorragies fournies par les artères très-petites. I, 253.

ATTELLES. — Lames de bois, de carton ou de fer-blanc, destinées à maintenir des fractures réduites. — Doivent être assez solides pour résister à l'action des causes qui tendent à opérer le déplacement. — Peuvent être faites en carton ou en fer-blanc dans les fractures des petits enfans. — Leur longueur doit être au moins égale à celle de l'os fracturé, ou s'étendre à tout le membre. — Leur nombre est relatif à la largeur et à la grosseur du membre. — En général elles doivent environner presque toute la grosseur du membre. — Doivent être appliquées sur le bandage dont le membre est recouvert, assujetties ou maintenues au moyen de bandes ou de rubans de fil. — Coussins et remplissages que l'on doit placer entre le membre et les attelles pour

qu'elles s'accommodent à la forme du membre.—Attelles à extension continuelle. (*Voy. extension continuelle.*) III, 49 et suiv.

ATHÉROMATEUSES (Tumeurs). — Peuvent se développer sur la membrane interne des artères, et causer les anévrismes dits spontanés. II, 173. II, 181.

ATHÉRÔME. — Nom donné aux loupes enkystées qui contiennent une matière d'un blanc grisâtre, grumelée, d'une consistance analogue à celle de la bouillie. II, 343 et suiv. II, 406 et suiv.—Peut être guéri par des injections irritantes dans la cavité du kyste. II, 352, II, 415.

ATROPHIE DES TESTICULES. *Voyez TESTICULES.*

ATTRITION.—Effet des corps contondans mus par la poudre à canon.—Son mécanisme. — Forme qu'elle donne aux plaies. — Empêche le plus souvent l'hémorragie. — Désorganise les chairs et leur donne une couleur spéciale. I, 357 et suiv. I, 359 et suiv.

AUDITIF (*Oblitération du conduit*). — Cette oblitération est souvent congénitale et se fait à l'aide d'une membrane.—On doit inciser cette membranc, la percer avec un trois-quarts, ou même la cautériser si elle était trop voisine du tympan.—Cette oblitération tient quelquefois à l'absence totale du conduit : la maladie est alors irrémédiable. — D'autres fois, le conduit auditif se trouve bouché dans une portion de son étendue, par l'adhérence innée ou accidentelle de ses parois. — On doit détruire les adhérences à l'aide du trois-quarts, et laisser la canule quelque temps dans la plaie. VI, 7 et suiv.

AUDITIF (*Étroitesse du conduit*). — Est un obstacle à l'audition : n'est curable què lorsqu'elle tient à l'épaississement des parois. VI, 9.

AUDITIF (*Aplatissement du conduit*). — Est incurable ; introduction d'une

- canule à pavillon dans ce canal. VI, 9.
- AUDITIF** (*Corps étrangers dans le conduit*). — Se forment dans le conduit auditif ou viennent du dehors. — Les premiers sont le résultat de l'accumulation et de l'épaississement du cérumen, et s'observe le plus souvent chez les vieillards. — Les autres sont liquides ou solides. — Ils déterminent souvent des accidens graves, des douleurs intolérables, du délire, l'inflammation, la suppuration, la carie de l'oreille, etc. — *Traitement*: faire l'extraction des corps étrangers: divers procédés mis en usage pour parvenir à ce but; divers instrumens modifiés selon la nature des corps étrangers. VI, 10 et suiv.
- AUDITIF** (*Inflammation de la membrane muqueuse du conduit*). *Causes*: Les excitans directs et indirects. — *Symptômes*: Chaleur, rougeur, gonflement, tintement d'oreilles, douleur insupportable, flux puriforme. *Traitement*: saignées générales et locales, instillation de liqueurs émollientes dans le conduit auditif. VI, 18, VI, 19.
- AUDITIF** (*Ulérations dartreuses et scrofuleuses du conduit*). — Doivent être traitées comme les maladies auxquelles elles sont dues. VI, 19, VI, 20.
- AUDITIF** (*Polypes du conduit*). — Prennent rarement naissance au fond du conduit. — Ressemblent à ceux de la membrane pituitaire. — Se reconnaissent avec une grande facilité. — Ne sont jamais une maladie dangereuse. — *Traitement*: ligature, instrumens tranchans, arrachement, cautère, caustiques. — Circonstances qui doivent déterminer le chirurgien vers tel ou tel mode opératoire. VI, 21 et suiv.
- AUDITIF** (*Écoulement purulent du conduit*). — Est plus ou moins dangereux, suivant le lieu d'où il vient, les causes qui le produisent, et les parties de l'organe qui sont affectées. — Chez les enfans cet écoulement est ordinairement salutaire, et ne doit point être supprimé, à moins qu'il ne fasse craindre une altération profonde de la membrane du tympan. — Le pus a quelquefois sa source dans des abcès formés sur la région mastoïdienne et dans le tissu cellulaire qui environnent la parotide. — Causes, nature, traitement de ces abcès. — Le pus qui s'écoule par l'oreille vient quelquefois de la caisse du tambour qui communique avec le conduit externe; la membrane du tympan est alors perforée ou détruite. — On reconnaît que le pus vient de la caisse du tympan, aux signes qui caractérisent ordinairement la perforation de cette membrane. VI, 27 et suiv.
- AUDITIF** (*Nerf*). — Peut être endurci, desséché, atrophié; comprimé par une exostose, une tumeur stéatomateuse, squirrheuse, fongueuse, un épanchement sanguin ou purulent. — Effets de cette compression et moyens d'y remédier. VI, 55 et suiv.
- AURICULAIRE POSTÉRIEURE** (*Anévrisme de l'artère*). — A été observé dans l'épaisseur de la conque de l'oreille, et amena des accidens graves. — Est fort difficile à guérir. — L'artère devra être comprimée contre le crâne. II, 184. II, 192.
- AVANT-BRAS** (*Fracture de l'*). — Dénomination réservée à la fracture simultanée des deux os de l'avant-bras. — S'observe assez fréquemment. — Est produite directement ou par contre-coup. — Le déplacement a constamment lieu suivant la longueur et suivant la direction du membre. — *Diagnostic* facile: déformation, douleur, impuissance, mobilité des fragmens, crépitation. — *Pronostic*: n'a rien de fâcheux. — *Traitement*: la réduction est très-facile: compresses étroites placées en avant et en ar-

rière, vis-à-vis l'espace interosseux, bande roulée tout autour du membre et fortement serrée sur l'avant-bras. Attelle antérieure et postérieure que l'on assujettit à l'aide des bandes. Traitement relatif aux complications. Emploi du bandage de Seultet dans le cas de plaie. III, 212 et suiv. III, 214 et suiv.

**AVANT-BRAS (Luxations de l').**—Peuvent avoir lieu en arrière, en devant et sur les côtés. La luxation en devant ne peut s'effectuer qu'autant que l'apophyse olécrane se fracture. La luxation en arrière est plus fréquente. Les luxations latérales sont de toutes les plus difficiles, à cause de l'étendue et de la disposition des surfaces articulaires.—Mécanisme de la luxation en arrière : elle s'accompagne constamment de la rupture des ligamens latéraux, et quelquefois de celle du ligament annulaire du radius : il existe dans certains cas rupture de l'artère brachiale et du nerf médian.—*Signes diagnostiques* : flexion plus ou moins grande de l'avant-bras, immobilité ou mobilité extrême ; saillie formée en avant par la partie inférieure de l'humérus, et en arrière par l'apophyse olécrane.—*Pronostic* : généralement la réduction est facile, et la maladie n'est pas très-grave quand la luxation a été réduite de bonne heure. Mais on doit porter un fâcheux pronostic quand la luxation est accompagnée de déchirure des parties molles, de rupture de l'artère brachiale et du nerf médian.—*Traitement* : réduction ordinairement facile. Extension, contre-extension, coaptation, selon la méthode indiquée.—Quand la luxation est ancienne, il ne faut pas s'obstiner à vouloir la réduire si l'on éprouve trop de résistance.—S'il y a issue des extrémités articulaires, on pratiquera la réduction, et on emploiera le trai-

tement des plaies compliquées.—Dans le cas d'issue des os et de rupture des vaisseaux et des nerfs, on devra pratiquer sur-le-champ l'amputation.—Bandage en 8 de chiffre, pour maintenir la luxation réduite.—*Traitement antiphlogistique* dans le cas d'engorgement inflammatoire. IV, 212 et suiv.

—*Luxation en avant.*—N'a jamais été observée par l'auteur.—S'accompagne toujours de fracture de l'olécrane, de rupture des ligamens.—*Pronostic* toujours fâcheux ; il est à craindre que l'ankilose ne survienne.—*Traitement* : la réduction faite, le bras sera placé à angle droit. IV, 227, IV, 228.

—*Luxations latérales.*—Elles sont fort rares, soit à cause des mouvemens du membre, soit à cause de la largeur et de la solidité des surfaces articulaires.—Elles ne peuvent être produites que par une cause extrêmement puissante.—Ces luxations sont le plus souvent incomplètes, et s'accompagnent toujours de la rupture de tous les ligamens, et souvent de celle des muscles qui se portent de l'humérus à l'avant-bras et à la main.—Le *diagnostic* est toujours très-facile. Saillie formée d'un côté par l'humérus, et de l'autre par les os de l'avant-bras ; distorsion des muscles biceps et triceps.—*Pronostic* : les luxations complètes sont toujours extrêmement graves ; les incomplètes n'offrent le plus souvent aucun danger, dans le cas même où elles seraient méconnues et non réduites.—*Traitement* : la réduction est toujours facile, et n'a besoin que d'efforts extensifs peu considérables. On appliquera le bandage en 8 de chiffre, le bras sera tenu dans la demi-flexion, et entouré de compresses imbibées dans une liqueur résolutive.—S'il survient une inflammation violente, on emploiera le traitement antiphlogistique. IV, 229 et suiv.

**AVANT-BRAS.** — Luxation des os de l'avant-bras entre eux. *Voy. Radius et cubitus.*

**AVANT-BRAS** (*Amputation de l'*) — (*Voy. AMPUTATION.*)

**AXILLAIRE** (*Anévrisme de l'artère*). — Peut être vrai ou faux. — *Diagnostic* difficile. — A été guéri par Sabatier, par la méthode de Valsalva. — L'opération a été pratiquée sans succès par Desault et Pelletan, et avec succès par Hall et par Keate. On doit toujours suivre la méthode de Hunter. II, 199 et suiv.

## B.

**BAILLON.** — Doit être mis entre les dents des malades affectés de tétanos. I, 294.

**BAINS.** — Remède employé ordinairement contre le tétanos : efficace lorsqu'il est long-temps continué. I, 296. I, 297. — Bain froid vanté par Barrère et par Wright, comme très-efficace dans le traitement du tétanos. — Employé communément dans les Indes-Occidentales. — Doit-être secondé par l'usage des antispasmodiques et des cardiaux. — Est moins efficace dans le tétanos traumatique. I, 297 et suiv. I, 298 et suiv. — Bains d'huile tiède conseillés par les anciens dans le traitement du tétanos. I, 297. — Bains alcalins vantés par Wenzel dans le traitement de la même affection. — Histoires de maladies y relatives. I, 308 et suiv.

**BALLE.** — Est restée pendant onze mois dans le bras sans produire d'accidens. I, 353. I, 354.

**BALLE.** — Instrument contondant poussé par la poudre à canon. — S'arrête dans les chairs ou les traverse. — Change de forme et de direction selon les parties qu'elle rencontre. — Fracture les os de différentes manières. — S'enclave quelquefois dans l'extrémité d'un os long ou entre deux os. I, 351. I, 353 et suiv. — Caractères des plaies faites

par les balles. I, 357. I, 359 et suiv. — Peut sortir spontanément de la plaie. I, 272. I, 274 et suiv. L'extraction doit en être faite dès le premier moment de la blessure. I, 374. I, 376. Extraction des balles non enclavées et enclavées. I, 377. I, 379 et suiv.

**BALSAMIQUES.** — Servent à préserver le moignon de la pourriture, lorsque l'amputation a été pratiquée dans des tissus gangrenés. I, 153. — Employés autrefois pour favoriser la consolidation des plaies : leur emploi est inutile. II, 207.

**BANDAGES.** — Nom donné à plusieurs tours de bande placés sur une partie, ou à plusieurs morceaux de linge unis les uns aux autres, et disposés différemment, suivant l'usage auquel on les destine. — Ont des noms particuliers, tirés de leur figure, de leur direction, de leurs usages. — Sont carrés, triangulaires, étoilés, circulaires, rampans, contentifs, compressifs, expulsifs, unissants, etc. — Doivent être médiocrement serrés et appliqués toujours exactement. V, 13.

**BANDAGES.** — L'un des moyens employés pour maintenir les fractures réduites. — Ne servent que fort peu à remplir cette indication. — Bandage roulé : se fait avec une bande roulée à un chef. Manière de l'appliquer. Ses inconvénients : est peu efficace pour s'opposer au déplacement. — Bandage à 18 chefs ; manière de le construire et de l'appliquer ; ne mérite aucune préférence sur le bandage roulé. — Bandage de Scultet ; est composé de bandes séparées en nombre variable ; manière de le disposer et de l'appliquer ; est beaucoup plus avantageux que le bandage roulé, et que le bandage à 18 chefs, surtout pour les fractures compliquées de plaies. III, 42 et suiv. III, 43 et suiv.

**BANDAGRS DES HERNIES.** — Leur des-

cription, leur mode d'application. VIII, 33 et suiv.

**BANDAGES DES PLAIES.** — Leur but. — Leur composition est relative à la structure des parties et aux mouvemens dont elles sont susceptibles. — Préférables aux machines. — Rendus plus simples par les connaissances anatomiques. I, 189. I, 190.

**BANDAGES UNISSANS OU INCARNATIFS.** — Cas dans lesquels ils conviennent. — Peuvent être nuisibles. — Leur construction varie suivant la situation et la direction de la plaie. — Description du bandage unissant des plaies longitudinales; manière de l'appliquer; son mode d'action. — Description du bandage unissant des plaies transversales; manière de l'appliquer. — Son mode d'action. I, 190 et suiv.

**BANDAGES AGGLUTINATIFS.** — Voyez agglutinatifs.

**BANDETTES (agglutinatives).** — Doivent être employées plutôt qu'un morceau d'emplâtre. I, 199. I, 200. — Des bandettes enduites de cérat doivent être appliquées à la circonférence des plaies pour empêcher la charpie d'adhérer et de détruire la cicatrice. I, 237. — Les bandettes agglutinatives sont efficaces pour rapprocher les bords des plaies qui suppurent. — Manière de les appliquer. — Elles déterminent quelquefois un érysipèle boutonneux. I, 237. I, 238.

**BANDES.** — Pièces de linge beaucoup plus longues que larges, destinées à entourer les parties et à contenir la charpie, les compresses et les autres pièces d'appareil. — Varient en longueur et en largeur, selon le volume des parties, et le but qu'on se propose en les appliquant. — Se roulent à un globe ou à deux globes, selon l'espèce de bandage que l'on veut faire. V, 12.

**BASSIN (Carie des os du).** — Quand la carie du sacrum survient, c'est presque toujours par la face pel-

viennne, ce qui donne lieu à des dépôts par congestion au périnée, à la marge de l'anüs, etc. — La carie affecte aussi souvent la crête de l'os iléon; sa tubérosité et celle de l'ischion. — *Traitement*: la conduite à tenir est absolument la même que pour la carie des vertèbres et les abcès par congestion. (Voy. ces mots). Cautérisation dans le cas de carie de la face postérieure du sacrum. Histoires de maladies y relatives. III, 530 et suiv. III, 535 et suiv.

**BASSIN (Écartement des os du).** A lieu naturellement dans les derniers temps de la gestation et à l'époque de l'accouchement. — Peut être porté au point de permettre des mouvemens très-manifestes. — Devient une maladie grave quand il est porté trop loin. — Survient quelquefois spontanément par suite de l'altération des cartilages par le vice scrofuleux. — *Signes diagnostiques*: douleurs dans la région pubienne, dans les aines, vers les articulations ilio-sacrées; ces douleurs deviennent d'autant plus vives que la grossesse est plus avancée, et que la femme fait plus d'exercice; progression difficile, souvent impossible; mobilité des os innominés, crépitation dans le cas d'altération serofuleuse des surfaces articulaires; différence dans la longueur respective des deux membres pelviens. — *Pronostic* peu grave quand l'écartement dépend de la gestation; très-grave quand il est causé par une altération serofuleuse de l'articulation. — *Traitement*: lorsque la maladie est produite par la grossesse, il faut d'abord calmer la douleur et l'irritation à l'aide des émoulliens et des antiphlogistiques, puis ensuite établir la compression autour du bassin et prescrire le repos. — Dans le cas où la maladie dépend d'un vice serofuleux, les remèdes employés contre les tumeurs blan-

ches des articulations devront être surtout employés. IV, 129 et suiv.

**BASSIN** (*Luxation des os du*). — Peut être produite, quoique très difficilement, par l'action des causes externes. — Ces luxations sont toujours incomplètes à cause de l'étendue des surfaces articulaires. — *Causes* : violence extrême exercée sur les os du bassin, sur la région du sacrum surtout. — *Signes diagnostiques* : station impossible ; difficulté très-grande de mouvoir les extrémités inférieures ; douleur vive répondant aux articulations des os du bassin ; différences de niveau des deux os du pubis ; mobilité des os. — *Pronostic* : toujours très-grave à raison des complications que l'action de la cause entraîne toujours. — *Traitement* : tenter le remplacement des os ; combattre et prévenir les accidens inflammatoires qui peuvent survenir. IV, 144 et suiv.

**BAS-VENTRE**. (*Plaies non pénétrantes du bas-ventre par instrumens piquans.*) Ces plaies n'offrent rien de fâcheux lorsqu'elles sont peu profondes, qu'elles ne divisent aucune artère et ne blessent aucun nerf. VII, 404. — Il est rare que des corps étrangers compliquent ces plaies : s'il en existait on en tenterait sur-le-champ l'extraction. 405. — Elles sont bien rarement compliquées d'hémorragie ; traitement de cette complication. 406. — Un des accidens les plus graves qui puissent compliquer les plaies non pénétrantes produites par des corps piquans, c'est l'inflammation ; lieu où elle se manifeste plus spécialement ; ses symptômes ; moyens employés pour les combattre. 407 et suiv. — Cette inflammation est fréquemment suivie d'abcès dans les parois de l'abdomen. Signes auxquels se reconnaissent ces abcès. Ils doivent être ouverts promptement, et plutôt avec la pierre à cautère qu'avec le

bistouri ; raisons de ce précepte chirurgical, 409 et suiv. — *Traitement des fistules qui suivent l'ouverture de ces abcès*. VII, 410.

**BAS-VENTRE**. (*Plaies non pénétrantes faites par des instrumens tranchans.*) Sont en général moins dangereuses que celles qui sont produites par les corps piquans. VII, 410. — Elles diffèrent entre elles relativement à leur étendue, à leur profondeur, à leur direction, au lieu qu'elles occupent, aux accidens qui les compliquent et à ceux qui leur succèdent. 411 et suiv. — Un des points les plus importans dans le traitement des plaies non pénétrantes produites par des instrumens tranchans, est de donner une position favorable au rapprochement des lèvres de la plaie. 412. — Il arrive souvent qu'une hernie se forme consécutivement dans le lieu même de la cicatrice. VII, 413 et suiv.

**BAS-VENTRE**. (*Plaies pénétrantes produites par des instrumens piquans.*) Ces plaies, toujours fort graves, sont le plus souvent compliquées : 1° d'inflammation du péritoine ; 2° de la lésion des parties intérieures ; 3° de l'épanchement de quelque liquide ; 4° de l'épanchement d'air ; 5° de la présence d'un corps étranger. VII, 417 et suiv. — L'inflammation du péritoine s'observe très-souvent ; son danger, sa terminaison par suppuration. 418. — Caractères spéciaux, *signes diagnostiques* différentiels : danger relatif et absolu de la lésion des différens viscères contenus dans l'abdomen. VII, 419 et suiv. — Divers liquides peuvent s'épancher dans l'abdomen à la suite des plaies pénétrantes, et produire des symptômes particuliers. Le sang et les matières fécales sont ceux qui s'épanchent le plus souvent ; l'urine et la bile quelquefois, et l'air dans quelques cas. 427. — Mécanisme de l'épanchement du sang dans la cavité de l'abdomen ; symptômes particuliers

de cet épanchement ; sa gravité ; son traitement. 427 et suiv. — Les épanchemens de bile et d'urine produisent à peu près les mêmes symptômes et avec la même rapidité ; gravité du pronostic ; lésions anatomiques trouvées à l'ouverture des cadavres. VII, 454 et suiv. — L'épanchement d'air a lieu plus rarement que ceux dont il vient d'être question ; il a lieu lorsque l'estomac ou l'intestin a été divisé , et que le défaut de parallélisme de la plaie, des tégumens et de celle des intestins , empêche la sortie des gaz au dehors. — Il se complique ordinairement d'épanchement stercoral , et alors est mortel. VII, 455. — Les plaies qui intéressent les parties contenues, sont plus graves à raison de leur profondeur, des vaisseaux et des nerfs qui ont été offensés, et des fonctions de la partie blessée. 437. — Le traitement varie à raison de beaucoup de circonstances ; l'indication générale est de prévenir et de combattre les accidens qui accompagnent ces plaies ; moyens de prévenir l'inflammation. 437 et suiv. — L'épanchement du sang et des divers liquides contenus dans les viscères de l'abdomen. 428 et suiv. — Les plaies pénétrantes par instrumens piquans sont rarement compliquées de corps étrangers , surtout quand elles ont lieu à la partie antérieure de l'abdomen ; il est fort difficile de les reconnaître et dangereux d'en vouloir obtenir la sortie. 442 et suiv. — Quelquefois on en a vu sortir par l'anus. VII, 443 et suiv.

**BAS-VENTRE.** (*Plaies pénétrantes par instrumens tranchans*). — Sont toujours très-faciles à reconnaître. Peuvent être compliquées des mêmes accidens que les plaies par instrumens piquans. VII, 444. — L'inflammation du péritoine est un des accidens les plus fréquens de ces plaies. 444. — Elles sont accompagnées des mêmes symptômes

que celles qui sont faites par des instrumens piquans , lorsqu'elles sont compliquées de la même manière. 445. — Le pronostic est en général extrêmement grave , relatif toutefois au danger de la complication elle-même. 445 et suiv. — Ces plaies sont presque toutes compliquées de la sortie des viscères mobiles renfermés dans le ventre. 447. — Réduction des intestins ; procédé de réduction ; opérations préliminaires ; instrumens dont le chirurgien doit se servir ; pansemens subséquens. VII, 447 et suiv. — Les plaies pénétrantes par instrumens tranchans, sont quelquefois compliquées de la sortie d'une portion de l'épiploon. — Réduction de cet organe. — Accidens qu'entraîne son adhérence aux lèvres de la plaie. — Conduite que doit tenir le chirurgien lorsque l'épiploon est étranglé dans la plaie , et que la réduction ne peut être faite. 456 et suiv. — On doit renoncer à la ligature de l'épiploon. 460. — Nature et cause des accidens que l'adhérence de l'épiploon avec la plaie amène par la suite. VII, 461 et suiv. — Conduite du chirurgien dans le cas de plaie de l'intestin (*voy. estomac, intestin*). VII, 463 et suiv. — Lorsqu'on a réduit les parties sorties , on doit s'occuper de la réunion de la plaie de la paroi abdominale ; cette opération a reçu le nom de *gastroraphie* (*voy. ce mot*). VII, 473 et suiv.

**BAS-VENTRE** (*Contusion du*). — La contusion des parois de l'abdomen, lorsqu'elle n'est pas accompagnée de celle des viscères abdominaux, ne produit ordinairement aucun accident, et n'offre aucune indication particulière. VII, 479 et suiv.

**BAS-VENTRE** (*Plaies contuses du*). — Ces plaies, faites par des instrumens ordinaires, sont simples ou compliquées ; traitement des plaies simples et des complications. VII, 480 et suiv. — Les plaies d'armes à

feu des parois de l'abdomen qui n'intéressent que les parties molles, ne présentent pas toujours des indications et des symptômes particuliers, 481. — Les plaies non pénétrantes dans lesquelles la colonne vertébrale est intéressée, sont plus ou moins graves, suivant le degré de lésion des vertèbres et de la moelle; ces plaies exigent des incisions profondes et étendues en divers sens pour débrider les aponeuroses, et extraire les corps étrangers, 481 et suiv. — Les corps contondans qui frappent l'abdomen peuvent léser les viscères de cette cavité sans y pénétrer, ou en y pénétrant. VII, 484. — Les corps contondans qui agissent sur l'abdomen sans pénétrer dans cette cavité, étendent toujours leur action à plusieurs viscères, et entraînent presque toujours la mort. 484 et suiv. — L'inflammation d'une portion du tube intestinal produite par une contusion sur le bas-ventre, peut donner lieu consécutivement à l'épaississement des parois de l'intestin, et au rétrécissement de son diamètre; observation de Braillet y relative. 486 et suiv. — Les corps contondans qui agissent sur les viscères du bas-ventre en pénétrant dans cette cavité, sont le plus ordinairement des corps mis en mouvement par les armes à feu. VII, 493 et suiv. — Les plaies que produisent ces corps diffèrent beaucoup entre elles, à raison des organes qui sont intéressés, de la grandeur et de la profondeur de la lésion, de la présence du corps vulnérant, et de ceux qu'il a entraînés avec lui dans la plaie. 495. Signes auxquels on reconnaît la contusion ou la perforation de l'intestin. 496 et suiv. — Dangers de la lésion des organes contenus dans le bassin. 498. — *Traitement* de ces diverses plaies. 496 et suiv. — Indications spéciales que présentent les plaies d'armes à feu qui in-

téressent le rectum. VII, 501. — On ne doit rechercher les corps étrangers que lorsqu'il n'y a aucun risque de blesser en même-temps les viscères. VII, 502 et suiv.

**BAS-VENTRE** (*Erysipèle du*). — Ne présente aucune indication particulière. VII, 504.

**BAS-VENTRE** (*Phlegmon du*). — Ne diffère pas de celui des autres parties du corps. — On doit faire de bonne heure l'ouverture des abcès. — Phénomènes particuliers de l'inflammation de la couche celluleuse qui réunit le péritoine aux muscles abdominaux; collections purulentes énormes qui en sont la suite. — Il serait imprudent de confier à la nature l'ouverture de ces abcès. VII, 505 et suiv. — L'inflammation qui a son siège dans le tissu cellulaire qui unit le péritoine aux muscles psoas et iliaque, a été nommée dans ces derniers temps psoïtis ou psoïte (*Voy. ce mot*). — Durée, marche, terminaison, traitement de ce phlegmon. VII, 509 et suiv.

**BAS-VENTRE** (*Furoncle, Anthrax, Squirrhes, Loupes du*). — Ne présentent aucune indication particulière. VII, 512 et suiv.

**BAS-VENTRE** (*Dépôt laiteux ou lymphatique du*). — On a donné ce nom à certains engorgemens du tissu cellulaire de l'abdomen auxquels les femmes nouvellement accouchées sont sujettes. — Les femmes dont l'accouchement a été pénible ont plus à craindre ces engorgemens que les autres. VII, 514. — Se terminent le plus souvent par suppuration. — Le pronostic de ces engorgemens est subordonné à leur situation et à leur intensité. 515. — Dans le *traitement* de cette maladie on doit avoir en vue de favoriser la résolution de l'engorgement, et lorsque cette terminaison n'est pas possible, de hâter la formation du pus, et de lui donner issue lorsqu'il est formé. VII, 516 et suiv.

**BAS-VENTRE** (*Hydropisie du*). — Il y a deux espèces d'hydropisies du bas-ventre : dans l'une la sérosité est épanchée dans la cavité du péritoine (ascite) ; dans l'autre elle est contenue dans un kyste formé accidentellement (hydropisie enkystée). VIII, 400.

**BAS-VENTRE** (*Hydropisie ascite du*). Cette hydropisie est la plus commune de toutes, et peut avoir lieu à toutes les époques de la vie. VIII, 400. — Elle est tantôt essentielle ou primitive, tantôt secondaire ou symptomatique. 400 et suiv. — Caractères particuliers sous lesquels se présente cette tumeur ; symptômes généraux concomitans. 401 et suiv. — Le *diagnostic* de l'ascite présente rarement de grandes difficultés ; il se tire de la tuméfaction du ventre et de la fluctuation qu'on y observe. 404. — Peut être confondue avec la grossesse et certaines affections de l'utérus ; *diagnostic* différentiel. 404 et suiv. — Elle se distingue toujours fort aisément de la tympanité. 406 et suiv. — Il est extrêmement difficile dans un certain nombre de cas de la distinguer de l'hydropisie enkystée. 407. — Lorsque le traitement interne de l'ascite a été sans effet, il faut débarrasser l'abdomen du liquide qu'il contient, par la ponction ou paracentèse. — Utilité de cette opération. 407 et suiv. — La ponction doit être pratiquée aussitôt que la collection séreuse est assez considérable pour qu'on ne soit pas exposé à blesser les parties intérieures. VIII, 409 et suiv. — Description du trois-quarts, instrument employé pour pratiquer la ponction. 410. — Situation du malade pour l'opération. 410. — Lieu d'élection où doit être faite la paracentèse. 411. — Procédé opératoire. 412 et suiv. — La quantité de sérosité qu'on tire du ventre par la ponction est extrêmement va-

riable et peut être considérable. 417. — Il est extrêmement rare que la ponction soit suivie d'hémorragie ; manière d'arrêter cette hémorragie si elle avait lieu. 417 et suiv. — Moyens divers proposés pour empêcher la récurrence de l'ascite. 420. — Injections irritantes proposées par Brunner ; succès obtenu par Warrick. 421 et suiv. — Mouchetures employées pour évacuer le liquide qui distend le tissu cellulaire des membres. VIII, 423 et suiv.

**BAS-VENTRE** (*Hydropisie enkystée du*). — On appelle hydropisie enkystée celle qui est formée par la sérosité contenue dans un sac ou kyste particulier. VIII, 425. — Cette maladie se forme très-souvent dans les ovaires, et principalement dans le gauche. 425 et suiv. — Elle n'a pas toujours son siège dans l'ovaire même, et elle se trouve quelquefois sous la membrane qui l'enveloppe. 426. — Caractères anatomiques de ces sortes de kystes. VIII, 426 et suiv. — L'hydropisie de l'ovaire est remarquable, surtout par la lenteur de sa marche et par sa durée. 427. — *Signes diagnostiques* tirés du développement graduel des tumeurs et des lésions de fonctions qui en sont la conséquence. 428 et suiv. — Le *diagnostic* est très-difficile, tant que les tumeurs n'ont pas encore acquis un développement considérable. 430. — L'hydropisie enkystée de l'ovaire est presque toujours incurable, et peut exister long-temps sans aucun danger. 431. — La résorption du liquide et son expulsion par les urines et par les selles, se remarquent quelquefois. 432. — Les médicamens internes n'ont en général aucune efficacité dans le traitement de cette affection. VIII, 433. — La ponction du kyste est souvent tout-à-fait inutile, et peut être suivie de très-grands dangers. 433 et suiv. — On ne doit jamais pratiquer la

ponction de l'ovaire dans le but de ralentir les progrès de la maladie. 434 et suiv. — La paracentèse a été quelquefois suivie de la guérison de l'hydropisie enkystée de l'ovaire; mais ce cas est extrêmement rare. 436 et suiv. — Procédé de Ledran, consistant à pratiquer une incision à la partie la plus déclive de la tumeur, et à y introduire une tente. Cette pratique est condamnée par l'auteur. VIII, 437 et suiv.

**BECC-DE-LIÈVRE.** — Division contre nature d'une des lèvres. — Est congénital ou accidentel. — Le bec-de-lièvre congénital n'attaque jamais que la lèvre supérieure. — La division de la lèvre peut être double. — Se complique souvent de l'écartement des os maxillaires, de la saillie des dents. VI, 184 et suiv. — *Traitement* : le traitement consiste à convertir le contour de la division en une surface saignante dont les bords, maintenus dans un contact parfait, puissent se réunir. — Age auquel on doit tenter l'opération du bec-de-lièvre congénital. VI, 187, VI, 188. Précautions à prendre avant d'en venir à l'opération. VI, 189, VI, 190. — Vésication et suppuration des bords de la plaie tentées pour réunir le bec-de-lièvre; ce procédé est condamné par l'auteur. VI, 190, VI, 191. — Avantages de la résection des lèvres de la plaie; instrumens que l'on doit préférer pour cette résection; procédé opératoire. VI, 191 et suiv. — Emplâtres agglutinatifs, bandage incarnatif, employés pour maintenir les bords de la plaie en contact; ces moyens sont blâmés par l'auteur, la suture lui paraît devoir être exclusivement adoptée. VI, 193 et suiv. — Genre de suture qui convient à cette opération; choix des aiguilles. VI, 195 et suiv. — Instrumens employés pour l'opération du bec-de-lièvre. — Situation du malade. — Procédés opé-

ratoires. — Manière de pratiquer la suture entortillée. — Pansement: Bandage contentif. VI, 196 et suiv. — Situation et traitement du malade après l'opération; époque à laquelle on doit enlever les aiguilles. VI, 203 et suiv. — Modifications apportées à l'opération dans le cas de bec-de-lièvre double. VI, 205 et suiv.

**BEURRE D'ANTIMOINE.** — Manière de l'appliquer sur les parties. — Son mode d'action. I, 448. — I, 450. — Préféré aux autres caustiques pour le traitement des plaies par morsure d'animaux venimeux et enragés. I, 428. — I, 431. — I, 447. — I, 450.

**BILIAIRES (Calculs).** — Concrétions solides formées par la bile épaissie, et par une matière concrecible, huileuse, analogue au blanc de baleine. — Se trouvent tantôt dans la substance du foie, tantôt dans les conduits, tantôt dans les réservoirs de la bile. VII, 566. — Ils sont de forme, de couleur et de volume variables. 567 et suiv. — Ils peuvent rester long-temps et en grand nombre dans la vésicule du fiel sans causer d'accidens. 569. — Les pierres biliaires anguleuses, inégales, arrêtées dans les voies biliaires, causent souvent la colique hépatique; remèdes employés contre ce symptôme. VII, 569 et suiv.

**BISTOURI à lame étroite,** préféré à l'aiguille à cataracte pour l'ouverture des abcès froids. I, 77. — I, 78. — Manière de tenir le bistouri selon les différentes incisions que l'on pratique. V, 51 et suiv.

**BOERRHAAVE.** Sa théorie de l'inflammation discutée. I, 7 et suiv.

**BOISSONS.** — Antiphlogistiques, doivent être administrées en grande quantité pendant le cours des inflammations graves. I, 58. — Acides, irritent en hiver l'organe pulmonaire. I, 38. — Délayantes, conseillées dans la fièvre qui ac-

- compagne la pourriture d'hôpital. I, 330. — Spiritueuses, acides, toniques, conseillées dans la pourriture d'hôpital. I, 330 et suiv.
- BOMBE** (*Eclats de*). Leur mode d'action sur les parties. I, 355. — I, 356.
- BOUCHE** (*Imperforation de la*). — Cette maladie qui peut être congénitale, demande les plus prompts secours, et sur-le-champ on doit pratiquer une incision horizontale sur le sillon qui marque le lieu où l'ouverture de la bouche doit être. — On devra détruire aussi les adhérences vicieuses des lèvres. — Le rétrécissement de la bouche ne doit pas être confondu avec l'occlusion partielle; il tient quelquefois à des cicatrices de brûlures, d'autres fois à la constriction spasmodique du muscle orbiculaire. — On remédie au rétrécissement qui résulte d'une brûlure ou de l'oblitération d'une tumeur considérable, en fendant transversalement les commissures, et en s'opposant à leur réunion. VI, 182 et suiv.
- BOUCHER**. — Rapporte un cas de guérison d'épilepsie par l'opération du trépan. V, 143. — Rapporte un grand nombre d'exemples de plaies d'armes à feu, avec fracas considérable des os, qui ont guéri sans amputation. I, 403. — I, 405. — Pense que l'amputation doit être pratiquée sur-le-champ dans les plaies d'armes à feu, lorsqu'elle est jugée nécessaire; combat l'opinion de Faure. I, 405. — I, 407.
- BOULE DE MARS**. — Employé comme résolutif dans le traitement des contusions. I, 345. — I, 346.
- BOULET**. — Instrument contondant mis en mouvement par la poudre à canon. — Son mode d'action sur nos parties. I, 355. — I, 356.
- BOURBILLON**. — Voy. FURONCLE et ANTHRAX.
- BOURDONNETS**. — Petits corps globuleux composés de plusieurs brins de charpie qu'on roule entre les mains. — Servent pour absorber le sang ou le pus, pour remplir les plaies, pour s'opposer à la réunion de leurs bords, ou les tamponner en cas d'hémorragie. — Doivent être liés quand on les introduit dans le fond d'une plaie profonde. V, 9.
- BOURGEONS CHARNUS**. — Époque à laquelle ils apparaissent. — Leur état est toujours en rapport constant avec les qualités du pus. I, 210. — I, 212. — Ont été regardés à tort comme une véritable régénération des chairs. — Sont le résultat de l'inflammation du réseau vasculaire. — N'offrent aucunes traces de fibres. I, 216. — I, 217.
- BRACHIALE** (*Anévrisme de l'artère*). — Est ordinairement faux et déterminé par une cause externe. — *Diagnostic* très-facile. — *Traitement* par la compression et par la ligature. — Procédé opératoire pour opérer l'anévrisme. — Méthode de Hunter. — Méthode ancienne. II, 204 et suiv.
- BRAS** (*Luxation du*). — Voy. HUMÉRUS.
- BRAS** (*Fracture du*). — Voy. HUMÉRUS.
- BRAS** (*Amputation du*). — Voy. AMPUTATION.
- BRAS** (*Saignée du*). — Voy. SAIGNÉE.
- BRASDOR**. — Sa méthode pour l'opération de l'anévrisme, consistant à lier le vaisseau au-dessous de la tumeur. — Discutée par Desault. — Pratiquée par Vernet et par Deschamps. — Entièrement proscrire par l'auteur. II, 149 et suiv. — II, 157 et suiv.
- BRIDES** (*des abcès*). — Leur nature. — Ne doivent point être détruites. I, 65. — I, 66.
- BRONCHOTOMIE**. — Consiste à faire une ouverture au conduit de la respiration, pour donner passage à l'air intercepté par une cause quelconque, ou pour extraire un corps étranger qui s'est introduit dans ce conduit. — Cette dénomination

s'emploie aussi pour désigner la section du larynx. VII, 124 et suiv. — Description de l'opération de la laryngotomie. 128 et suiv. — (*Voy.* LARYNGOTOMIE. — Description du procédé opératoire mis en usage pour la trachéotomie. 135 et suiv. — Introduction d'une canule pour favoriser la respiration. 135 et suiv. — Description et usages du trois-quarts de Decker. 136. — Bronchotôme de Bauchot, sa description, ses usages. 137 et suiv.

## C.

CADUCITÉ. — Cause fréquente de la gangrène sèche. I, 147.

CAILLOT. — Se forme à l'ouverture d'une veine blessée, et s'oppose à l'hémorragie. I, 144. — Se forme après la ligature des artères. — Son étendue. — Contracte des adhérences avec les parois artérielles. — Opinion de Petit, de Ponteau. — Oblitère également les plaies latérales des artères, et, dans ce cas, offre peu de solidité. I, 249 et suiv. — Fait confirmatif rapporté par Petit. I, 252. — Remplit les poches anévrismales anciennes. — Est formé de couches superposées de fibrine. II, 92.

CAL. — Moyen d'union des solutions de continuité des os. — Attribué par les anciens à l'épanchement d'une matière gélatineuse inorganique, nommée suc osseux. — Est constitué, suivant Duhamel, par le périoste qui se gonfle, s'ossifie, et forme une virole autour de la fracture. — Formé, suivant Haller et Dethleef, par l'épanchement de la lymphe qui s'épaissit et s'organise. — Formé, suivant Bordenave, par un mécanisme analogue à celui que la nature emploie pour réunir les parties molles divisées. — Phases successives par lesquelles passe le cal. III, 86 et suiv.; III, 87 et suiv.

CALCANÉUM (*Fractures du*). Ont lieu le

plus souvent par l'action musculaire. — Elles s'effectuent entre l'articulation avec l'astragale et l'extrémité postérieure. — Le déplacement est toujours médiocre et quelquefois nul. — *Signes diagnostiques* : chute sur la pointe des pieds, impossibilité de se relever; douleur; intervalle entre les fragmens. — *Pronostic* : nullement fâcheux. — *Traitement* : réduction très-facile : difficulté à maintenir les fragmens en contact : procédés pour remplir cette dernière indication : pantoufle de J.-L. Petit : bandage extensif du pied : attelle antérieure de Monro : consolidation facile et rapide. III, 384 et suiv.; III, 387 et suiv.

CALLOSITÉS (*des fistules*). Sont le résultat d'un engorgement inflammatoire terminé par induration. I, 34.

CALCULS BILIAIRES. — *Voy.* BILIAIRES.

CALCULS DE LA MATRICE. — *Voy.* MATRICE.

CALCULS STERCORAUX. — *Voy.* RECTUM (*Corps étrangers dans le*).

CALCULS DE L'URÈTRE. — *Voy.* URÈTRE (*Calcul de l'*).

CALCULS URINAIRES. — *Arrêtés ou formés hors des voies naturelles de l'urine.* IX, 502. — Ils peuvent être sortis des canaux que parcourt l'urine, ou des réservoirs dans lesquels elle séjourne, ou bien s'être formés dans les parties mêmes où ils sont situés, lorsque l'urine y parvient. IX, 502. — Signes auxquels se reconnaît la présence des calculs engagés dans le tissu cellulaire. 503. — Les calculs vésicaux pénètrent quelquefois dans le rectum ou dans le vagin. 503. — Les plaies de la vessie, en déterminant des fistules ou des infiltrations urinaires, amènent quelquefois la formation des calculs dans le tissu cellulaire, et dans le trajet des fistules : mécanisme de cette formation. 504 et suiv. — Les indications curatives sont d'extraire le corps étranger,

de rétablir le cours naturel de l'urine, d'empêcher qu'elle ne filtre de nouveau hors des conduits : moyens de remplir ces indications. 505 et suiv. — Lorsque le calcul s'est formé dans l'ouraue, il est nécessaire d'en faire l'extraction : procédé opératoire dans cette circonstance. IX, 506 et suiv.

**CALCULS situés entre le gland et le prépuce.** — Cet accident s'observe principalement chez les enfans dont l'ouverture du prépuce est trop étroite : mécanisme de cette formation. IX, 507 et suiv. — Signes auxquels on reconnaît l'existence de ces calculs. 508. — Opérations nécessaires pour en faire l'extraction. IX, 509.

**CALCULS DE LA VESSIE.** — Voy. VESSIE (*Calculs de la*).

**CALMANS.** — Recommandés à l'intérieur dans les inflammations exteines, accompagnées d'insomnie et d'agitation. I, 16; I, 57.

**CAMPBRE.** — Regardé comme très-efficace dans le traitement du tétanos. I, 295.

**CANAL DE STÉNON (Plaies du).** — Elles sont presque toujours faites par un instrument tranchant, et sont fréquemment suivies de fistule salivaire. — *Traitement* propre à prévenir l'établissement de la fistule et à la diriger à l'intérieur de la bouche. — Tumeur salivaire intermédiaire entre les deux bouts du canal divisé. Observations de Garnier et de Percy. — VI, 239 et suiv.

**CANAL DE STÉNON (Fistules du).** — Résultent de sa section totale ou partielle. — Caractères qui distinguent ces fistules de celles qui ont leur siège dans la glande parotide. VI, 268. VI, 269. — Parmi les moyens qu'on a proposés pour guérir les fistules du conduit salivaire, les principaux sont : la compression, la désobturation, la cautérisation, et la formation d'un conduit artificiel. — Procédés par la compres-

sion imaginés par Maisonneuve et Desault. VI, 269. VI, 270. — Procédés de Louis et de Morand, pour la désobstruction du canal. 271 et suiv. — Cas dans lesquels les caustiques peuvent être de quelque utilité ; manière de les employer. VI, 274 et suiv. — Etablissement d'un conduit artificiel, procédé de Roy. VI, 276. Modifications de Monro et de Desault. — Procédé de Deguise, modifications de Percy. VI, 277 et suiv.

**CANAL DE STÉNON (Obstruction et rétrécissement du).** — *Causes* de cette maladie; leur manière d'agir. — *Traitement* dirigé contre la cause : ouverture de la tumeur salivaire à l'intérieur de la bouche. VI, 281 et suiv.

**CANCER.** — Définition exacte impossible à cause de la variété des caractères de la maladie. — Est le résultat ordinaire de la dégénération du squirrhe. — Ses caractères. — S'observe généralement chez les individus des deux sexes. — Peut affecter tous les organes, principalement le sein, les testicules et l'utérus. — Se remarque chez les femmes lors de la cessation de la période menstruelle. — Présente de grandes différences dans les diverses parties où il se manifeste. — N'attaque ordinairement les ganglions lymphatiques que secondairement. — S'accompagne quelquefois de symptômes nerveux fort graves. — Est très-souvent héréditaire. — Survient chez quelques individus à la suite de causes occasionnelles les plus légères, et souvent sans causes appréciables. — Paraît dépendre d'une diathèse particulière. II, 353 et suiv. II, 291 et suiv. — Marche de la maladie. — Endurcissement du squirrhe : douleurs lancinantes et intermittentes : inflammation de la peau : homogénéité du tissu malade : ramollissement partiel de la tumeur : ulcération de la peau du squirrhe : dou-

leurs plus violentes : hémorragies : engorgement des ganglions lymphatiques : agrandissement des ulcères : dans quelques cas mortification et élimination de la tumeur : fièvre hectique : consommation : mort. II, 365 et suiv. ; II, 303. *Traitement* : l'extirpation est le seul moyen de traitement à mettre en usage. — La récidive a toujours lieu. — L'ablation de la tumeur ne doit être employée que lorsque la tumeur est circonscrite, qu'on peut l'enlever en entier, et que la maladie paraît entièrement locale. — L'instrument tranchant doit être préféré aux caustiques. — Procédé opératoire pour l'extirpation des tumeurs. — Traitement palliatif : opiacés narcotiques. — Questions diverses relatives au cancer. II, 371 et suiv. ; II, 309 et suiv.

CANCER DE LA MATRICE. *Voy.* MATRICE.

CANCER DU TESTICULE. *Voy.* TESTICULE.

CANCÉREUSE (*Diathèse*). — Rend les os très-fragiles. III, 22.

CANULES. — D'argent, de plomb, de gomme élastique, employées pour empêcher le rétrécissement et l'oblitération des ouvertures naturelles, à la suite des brûlures. I, 175.

CARIE. — A été confondue longtemps par les auteurs avec la nécrose. — Est tout-à-fait inconnue dans sa nature. — Affecte tous les os du corps, et principalement ceux qui ont peu de substance compacte. — Est plus ordinaire chez les enfans que dans un âge plus avancé. — Causes internes ou locales : contusions de l'os, plaies des articulations, inflammation du tissu de l'os. — Causes internes ou générales : les différens vices ou virus, les métastases, les crises des maladies graves, la masturbation. — *Signes diagnostiques* : inflammation et ulcération des parties molles ; situation de la maladie dans un os court et spongieux. Etat particulier de l'ulcère, altération de l'os

appréciable à l'aide de la sonde ; fongosités des chairs, tuméfaction de l'os, douleurs violentes, continues, profondes ; suppuration ténue, fétide, ichoreuse. — *Signes diagnostiques* de la carie profonde et cachée : 1° douleur fixe plus ou moins violente correspondant à un os de structure spongieuse ; 2° formation d'un abcès par congestion dans un lieu plus ou moins éloigné ; 3° ouverture de l'abcès devenant fistuleuse, fournissant une grande quantité de pus fétide, et altérant la santé du malade ; 4° issue de parcelles osseuses irrégulières et très-petites. III, 453 et suiv. III, 457 et suiv.

— *Pronostic* : la guérison spontanée est fort rare, et a lieu quelquefois par le changement de la carie en nécrose, ou par la cessation de l'inflammation dans la carie scrofuleuse ; les progrès de la maladie sont beaucoup plus rapides chez les enfans que dans un âge plus avancé : la carie est d'autant plus grave qu'elle est plus voisine des articulations, et qu'elle est située plus profondément. III, 468 et suiv. III, 472 et suiv.

— *Traitement* : combattre les causes qui peuvent déterminer la carie, telles que la vérole, le scorbut, les scrofules, etc. — *Traitement local* : topiques irritans, conseillés par Monro et par Fenou, adoptés par l'auteur comme très-efficaces : ablutions détersives et alcalines, eaux minérales, alcooliques, acides minéraux : application du feu, conseillée par les anciens, adoptée par l'auteur ; manière d'employer cette médication ; cas dans lesquels elle est contre-indiquée : résection des portions d'os cariées, cautérisation subséquente. *Traitement expectant* dans les cas où la carie reste stationnaire et ne compromet pas les forces du malade : cas dans lesquels l'amputation est nécessitée par les acci-

- dens qu'entraîne la maladie. III, 471 et suiv. III, 475 et suiv.
- CARIE** (*des os du crâne*). — S'observe assez fréquemment, et est souvent l'effet du virus vénérien. — A lieu le plus souvent à la région mastoïdienne. — La carie de la table externe offre simultanément l'affection de l'os et des parties molles. — La carie de la table interne débute par de la douleur, et s'accompagne souvent de symptômes nerveux extrêmement graves; bientôt il survient une tumeur interne qui ne tarde pas à s'abcéder. — *Pronostic* toujours fâcheux à cause du voisinage de la maladie avec le cerveau. — *Traitement*: quand la maladie n'affecte que la table externe du crâne, les topiques irritans suffisent pour en amener la guérison: l'amputation est conseillée dans le cas où la carie s'étend à toute l'épaisseur de l'os ou à la table interne seulement, à moins que la maladie n'ait son siège à l'apophyse mastoïde; dans ce cas, on pourrait faire usage du cautère actuel. — Ablation de la portion d'os cariée à l'aide de la rugine du trépan. III, 485 et suiv. III, 490 et suiv.
- CARIE** (*des côtes*). Attaque le plus souvent l'extrémité postérieure de ces os, et alors elle est compliquée fréquemment de carie des vertèbres correspondantes. — Quand elle s'unit au corps de ces os, elle s'accompagne souvent d'abcès internes ou externes qui entraînent des accidens fort graves dans certains cas. — *Traitement*: mettre l'os à nu, et enlever à l'aide d'une scie la portion cariée: si la carie n'est que superficielle, les topiques irritans seront mis alors en usage. III, 528 et suiv. III, 533 et suiv.
- CARIE** (*du coccyx*). — S'observe quelquefois. — Les pièces de l'os ne tardent pas à se séparer, et l'on en fait l'extraction sans difficulté. III, 534. III, 539.
- CARIE** (*de la cavité cotyloïde*). Voy. LUXATION SPONTANÉE DU FÉMUR.
- CARIE** (*de la colonne vertébrale*). Produit des abcès par congestion. — Dépend d'une cause morbifique, de la masturbation; ne s'accompagne pas toujours d'abcès par congestion. — Lésions anatomiques rencontrées à l'ouverture des corps. — Produit le mal vertébral de Hott. I, 86. I, 87. Voy. VERTÈBRES (*carie des*).
- CARIE** *du sacrum*. Voy. SACRUM.
- CARIE** *du sternum*. Voy. STERNUM.
- CARIE** *du bassin*. Voy. BASSIN.
- CARONCULE LACRYMALE**. Voy. ENCANTHIS.
- CAROTIDE PRIMITIVE** (*Anévrisme de l'artère*). — Est le plus souvent vrai ou faux spontané, rarement faux primitif ou consécutif. — *Diagnostic* très-difficile. — A longtemps été regardé comme au-dessus des ressources de l'art. — L'opération par la méthode de Hunter a été conçue par Scarpa, exécutée par Astley Cooper, par Birken, etc. — Ne doit être entreprise que lorsque la tumeur est située vers la partie supérieure du col. — Les battemens continuent dans la tumeur après la ligature. — La ligature de cette artère a été pratiquée avec succès par Travers, pour guérir une tumeur fongueuse de l'orbite. II, 184 et suiv. II, 193 et suiv.
- CARPE** (*Fracture des os du*). — Ne peut avoir lieu que par écrasement. — Le traitement doit être le même que celui des plaies contuses de la main. — Quand le désordre est trop grave, et qu'il y a imminence de gangrène, l'amputation est nécessaire. III, 232. III, 234.
- CARPE** (*Luxations des os du*). — Ne peuvent se luxer entre eux que très-difficilement. — Le grand os est celui dont la luxation est la plus fréquente. — Elle s'observe plus souvent chez la femme que chez l'homme. — La luxation du grand

- os se reconnaît aux signes suivans : tumeur dure, circonscrite sur le dos de la main ; cette tumeur augmente par la flexion, et diminue dans l'extension. — La réduction est toujours facile, mais on ne peut que très-difficilement la maintenir réduite. IV, 264 et suiv.
- CARTILAGE (de l'oreille).** Nécrosé à la suite d'une pression long-temps continuée. I, 126.
- CARTILAGES.** — Sont détruits par les tumeurs anévrismales situées dans leur voisinage. II, 99.
- CASTRATION.** Voy. TESTICULES.
- CATAPLASMES (résolutifs, émolliens).** — Sont moins avantageux que les fomentations dans les cas où la peau est elle-même enflammée. — *Emolliens* : manière de les composer ; ceux que l'on doit préférer relativement aux parties. — Précautions à prendre avant de les appliquer. — Manière de les étendre, de les contenir. — Durée de leur application. I, 45 et suiv. — Favorisent la réunion du pus des phlegmons du foyer. I, 56. — *Maturatifs, attractifs*, conseillés dans certains cas. I, 48 et suiv.
- CATARACTE.** — A été désignée sous les noms de *suffusion, hypochyma, goutte obscure.* — *Causes* : ophthalmies violentes, lésions de l'œil. — S'observe plus fréquemment dans la vieillesse que dans l'enfance et l'âge mûr. — Est quelquefois congénitale. — *Signes diagnostiques* : changement de couleur de la pupille ; lenteur du développement de la maladie ; opacité du cristallin ou de son enveloppe. — *Pronostic* toujours grave ; nécessité de recourir à l'opération. V, 498 et suiv. V, 502 et suiv. — *Traitement* : l'opération est le seul moyen de guérison. — Cas dans lesquels cette opération est contreindiquée ; époque à laquelle on doit pratiquer l'opération. — Les deux yeux doivent être opérés en même temps quand les deux sont affectés de cataracte. — Deux méthodes sont employées : l'abaissement du cristallin ou son extraction. V, 504 et suiv. 509 et suiv. — Préparations qu'il est nécessaire de faire subir au malade avant l'opération. V, 517 et suiv. 521 et suiv. — *Description de l'opération de la cataracte par l'extraction du cristallin.* Procédé de Daviel, instrumens dont il se servait. V, 518 et suiv. — Procédé de Lafaye, ses instrumens, sa méthode opératoire. V, 520 et suiv. 524 et suiv. — Modifications apportées par Wenzel dans les instrumens et dans le manuel de l'opération ; méthode opératoire généralement adoptée ; premier pansement, traitement subséquent. V, 521 et suiv., 525 et suiv. — *Description de l'opération de la cataracte par le déplacement du cristallin.* Instrumens et procédé opératoire de Scarpa : modifications que la nature de la cataracte apporte à l'opération ; pansemens et traitement subséquens. V, 535 et suiv. 540 et suiv. — Parallèle des deux méthodes, discussion des avantages et des inconvéniens de ces procédés ; cas dans lesquels l'un doit être préféré l'autre : l'extraction est généralement préférée par l'auteur. V, 537 et suiv. 542 et suiv.
- CATARRHE (de la vessie).** — V. VESSIE (*catharre de la*).
- CATHÉRÉTIQUES.** — Conseillés pour irriter les surfaces des plaies qui suppurent. I, 226. I, 237.
- CATHÉTER.** — V. RÉTENTION D'URINE.
- CATHÉTÉRISME.** — Voyez RÉTENTION D'URINE.
- CAUSTIQUES.** — Employés pour ouvrir les abcès. — Ne doivent jamais être employés pour ouvrir les abcès phlegmoneux. I, 63. — Sont préférables au cautère actuel dans le traitement local des plaies par morsure d'animaux venimeux. I, 428. I, 431. — Dans celui des plaies par morsure d'animaux enragés. I, 447. I, 449.

**CAUTÈRE ACTUEL.** — Utile pour prévenir la gangrène. I, 116. — Empêche la terminaison par gangrène des érysipèles. II, 22. — Nécessaire pour arrêter les progrès de la pourriture d'hôpital. I, 352, I, 353.

**CAUTÈRES.** — Moyens employés par les chirurgiens pour désorganiser les parties. — Sont actuels ou potentiels. — *Actuels.* (*V.* plus haut. *V.* moxa). — *Potentiels* ont pris plus particulièrement le nom de caustiques. (*V.* caustiques.) — Par leur action chimique ils détruisent l'organisation des parties sur lesquelles on les applique. — Les caustiques employés le plus fréquemment sont la potasse solide, le nitrate d'argent fondu, le beurre d'antimoine, le nitrate de mercure, l'arsenic, l'alun calciné, etc., etc. V, 29 et suiv.

**CAUTÈRE.** — Petit ulcère rond établi par le chirurgien, et dont on entretient la suppuration. XI, 350. — Les cautères peuvent être ouverts dans toutes les parties du corps où la peau est unie aux parties sous-jacentes par une couche de tissu cellulaire d'une certaine épaisseur. 350 et suiv. — Lieu d'élection où l'on doit placer le cautère, au bras, à la cuisse, à la jambe. 331 et suiv. — Les cautères peuvent être faits par incision ou par cautérisation. 332 et suiv. — Il y a deux manières d'ouvrir les cautères avec l'instrument tranchant. XI, 333 et suiv. — Procédés pour ouvrir les cautères avec le feu ou les caustiques. 334 et suiv. — Premier pansement. 336. — Manière d'entretenir la suppuration du cautère. 337 et suiv. — Guérison des cautères, ses inconvénients. 340. — Utilité de cette médication. XI, 341 et suiv.

**CAUTÉRISATION.** — Conseillée pour arrêter les hémorrhagies. — Se pratique de deux manières. — Le fer rouge est préférable aux caus-

tiques. — Inconvénient de la cautérisation. — Est seule praticable dans certains cas. — Histoire de maladie y relative. I, 255 et suiv. — Le cautère actuel forme une escharre plus sèche.

**CAUTÉRISATION.** — Vantée par les auteurs pour le traitement des tumeurs blanches. — Manière de la pratiquer indiquée par Percy. — Tracer avec de l'encre la direction que doit suivre le cautère. — Le cautère étant rougi à blanc, effleurer légèrement la peau à plusieurs reprises, et éviter de croiser les raies de feu. — Couleur de l'escharre, son élargissement progressif, sa chute. IV, 520 et suiv.

**CAVERNEUX (corps).** — Prétendue régénération des corps caverneux après l'amputation de la verge. I, 219. I, 220.

**CEINTURE DARTREUSE.** — *V.* zona.

**CEINTURE DE FEU.** — *V.* zona.

**CELLULAIRE (tissu).** — Est le siège spécial de l'inflammation dans tous les organes. I, 2. — Son inflammation se termine le plus ordinairement par induration. I, 34. — Se gangrène très-facilement, surtout quand il est en contact avec l'urine. I, 108.

**CÉRAT DE GALIEN.** — Utile dans le traitement des brûlures au 2<sup>e</sup> degré. — Cas dans lesquels il doit être préféré au cérat de Goulard. I, 169.

**CÉRAT DE GOULARD.** — Vanté dans le traitement des brûlures au 2<sup>e</sup> degré. I, 169.

**CERCLE INFLAMMATOIRE.** — Annonce les efforts de la nature pour séparer les parties mortes d'avec les parties vives. — L'amputation des membres gangrenés ne doit jamais être pratiquée avant qu'il ne soit établi. *Voyez* gangrène.

**CERVEAU (lésion du) par des instrumens piquans.** — Ces instrumens ne font pas une simple piqûre au crâne; l'os est toujours fendu, et quelquefois le corps vulnérant en détache des fragmens qu'il enfonce

plus ou moins profondément dans le cerveau. — Les effets des plaies du cerveau faites par un corps piquant, varient selon la portion de ce viscère qui a été frappée, et la profondeur à laquelle l'instrument a pénétré. — Les plaies qui attaquent la base du cerveau, le cervelet et la moelle allongée, sont décidément mortelles. — Elles offrent moins de danger quand elles attaquent la partie supérieure des hémisphères cérébraux. — Les accidens consécutifs, c'est-à-dire l'inflammation du cerveau et l'épanchement de sang, ajoutent encore au danger. — Ces cas peuvent se compliquer de corps étrangers, c'est-à-dire, ou du corps vulnérant lui-même, ou de la présence de quelques esquilles. — *Traitement* : extraire les corps étrangers avec les instrumens, ou à l'aide du trépan. V, 78 et suiv.

**CERVEAU (lésion du) par des instrumens tranchans.** — Les plaies qui résultent de l'action des corps tranchans sont plus ou moins graves, suivant leur situation, leur profondeur, la grosseur et le nombre des vaisseaux coupés, la facilité que trouve le sang à sortir du crâne par la blessure même, ou par une ouverture faite à l'aide du trépan. — Lorsque les plaies sont situées à la partie supérieure du cerveau, si les humeurs s'écoulent librement elles peuvent guérir aussi aisément que celles de la plupart des autres viscères. — Elles sont beaucoup plus graves lorsqu'elles sont situées à la partie latérale de la tête. — *Indications curatives* : 1<sup>o</sup> favoriser l'issue du sang qui s'échappe des vaisseaux cérébraux divisés; 2<sup>o</sup> prévenir ou combattre l'inflammation du cerveau et des méninges. V, 84 et suiv.

**CERVEAU (lésions du) par des corps contondans.** — Les corps contondans poussés par la poudre à canon, sont les seuls qui puissent

entrer dans le crâne et blesser le cerveau en blessant sa substance immédiatement. Ces plaies diffèrent beaucoup entre elles par rapport à la partie du cerveau dans laquelle la balle a pénétré, par rapport à la longueur du trajet qu'elle a parcouru, à sa sortie du cerveau ou à sa présence dans cet organe. — *Traitement* : favoriser l'issue de la suppuration, extraire les corps étrangers, prévenir l'inflammation du cerveau et de ses membranes. — Manière d'explorer et d'extraire les balles enfoncées dans la tête. V, 86 et suiv.

**CERVEAU (commotion du).** — Ebranlement du cerveau, causé par les corps contondans qui blessent cet organe et ses membranes sans le toucher immédiatement. — Les degrés de la commotion sont proportionnés à la résistance du crâne et à la violence du coup. — La commotion du cerveau est toujours plus grande, proportion gardée, quand les os n'ont point été divisés. — *Effets de la commotion* : altération du cerveau et des méninges, d'où résultent les épanchemens sanguins, l'inflammation et la suppuration; l'altération des fonctions cérébrales caractérisée par l'anéantissement ou le désordre des facultés, la difficulté des mouvemens. — *Pronostic* en général très-grave, à moins qu'il n'y ait aucune lésion organique du viscère. — *Indications curatives* : prévenir l'engorgement des vaisseaux, l'épanchement et l'inflammation. — Faire sortir le cerveau de l'état d'affaïssissement dans lequel l'ébranlement l'a jeté. V, 89 et suiv.

**CERVEAU (inflammation traumatique du cerveau et des méninges).** — *Causes* : contusions, commotions, plaies, fractures du crâne, présence de corps étrangers dans la substance cérébrale ou à la surface des méninges. — L'inflammation

de la dure-mère et du cerveau lui-même, survient quelquefois dans le cours d'un érysipèle phlegmoeux du cuir chevelu. — *Signes diagnostiques* : 1<sup>re</sup> période. Douleur de tête bornée à la partie qui a été frappée, s'étendant bientôt à toute la tête : langueur, abattement moral, nausées, vomissemens, vertiges, fièvre. — 2<sup>e</sup> période. Céphalalgie plus vive, exaltation de la sensibilité, délire, symptômes ataxo - adynamiques. — 3<sup>e</sup> période. Insensibilité, agitation automatique, convulsions, paralysie, coma, respiration stertoreuse, mort. — *Complications de la maladie* : embarras gastrique, fièvre bilieuse, érysipèle. V, 117 et suiv. — *Pronostic* : toujours très-grave. — Lorsque la maladie est intense, elle se termine toujours par la mort. — Le pronostic varie en raison du siège et des complications de la maladie. — *Caractères anatomiques* : matière ordinairement séro-purulente entre le crâne et la dure-mère, suppuration de cette membrane, dans le cerveau pus blanc, ichoreux, séreux ou mêlé de caillots de sang. V, 126 et suiv. V, 127 et suiv.

— *Traitement* : varie dans les diverses périodes de la maladie, est subordonné à l'intensité des symptômes, aux complications, au tempérament du malade, et aux circonstances accidentelles qui ont produit cette affection. — Dans le début de la maladie on insistera avec énergie sur les émissions sanguines, les légers purgatifs et les lavemens irritans : vésicatoire sur le cuir chevelu ; ouvrir largement la partie du cuir chevelu qui est tuméfiée. — Vomitifs et antiphlogistiques combinés dans le cas de complication de fièvre bilieuse. — Trépanation dans le cas de compression cérébrale, pour évacuer le liquide que contiennent les méninges : signes auxquels se recon-

naît le lieu de l'épanchement. V, 129 et suiv.

**CHALEUR.** — Phénomène constant de l'inflammation. — Peu manifeste au thermomètre. — Présente beaucoup de variétés suivant le tissu, selon la nature de la phlegmasie. I, 17. I, 18.

**CHALEUR.** — Détermine la gangrène des parties asphyxiées par le froid. I, 151. I, 152.

**CHARBON.** — *V.* anthrax.

**CHARBON.** — Utile pour empêcher la prompté décomposition des parties mortifiées. I, 118.

**CHARBONNEUX (virus).** — Est essentiellement contagieux lorsqu'il est appliqué à l'extérieur. — Ne peut déterminer d'accidens lorsqu'il est appliqué à l'intérieur. — Faits confirmatifs rapportés par Morand et par Thomassin. — Faits contradictoires rapportés par Eneaux et Chaussier. II, 67 et suiv.

**CHARPIE.** — Assemblage de plusieurs brins de fil qu'on retire d'un linge en l'effilant. — Les fils doivent être mêlés dans toutes les directions. — Confectionnée par des personnes atteintes de maladies contagieuses, elle peut prendre des qualités nuisibles. — Exposée à des effluves dangereux, elle peut se charger de miasmes et les communiquer aux plaies sur lesquelles on l'applique. — *Charpie brute* : celle dont les fils ne présentent d'autre arrangement que celui qu'ils prennent en les mêlant au hasard. — *Charpie râpée* : duvet que l'on enlève en raclant le linge avec un couteau. — On compose avec la charpie, des plumasseaux, des bourdonnets, des mèches, des tentes, des pinceaux. V, 8 et suiv. (*V.* ces mots.)

*Charpie sèche.* — Est le meilleur moyen de préserver les plaies du contact de l'air. I, 228. — A des qualités légèrement stimulantes. I, 235. — Est utile pour arrêter les hémorragies lorsqu'elle est soutenue par la compression. I, 254.

- CHAUSSIER ET ENBAUX.** — Citent des faits propres à prouver que le virus charbonneux introduit à l'intérieur peut produire la gangrène de l'estomac. II, 69.
- CHYLE.** — Son épanchement dans l'abdomen par la rupture du réservoir de Pecquet. II, 3.
- CICATRICES (des plaies simples).** — Sont organisées. — Leur organisation démontrée. — Sont d'abord d'un rouge obscur, restent d'une couleur différente de celle de la peau. — On doit s'attacher à les rendre le moins apparentes possible. I, 208. — Sont toujours moins larges que la plaie elle-même. I, 216.
- CICATRICE (des plaies qui suppurent).** — Définition. — Époque à laquelle elle se forme. — Commence toujours par la circonférence. — Se forme quelquefois en différens points de la surface des plaies. — Est formée par le dessèchement de l'extrémité des vaisseaux et l'exciccation du tissu cellulaire. — Est consolidée par un suc nourricier. — Acquiert de jour en jour plus de consistance. — Est plus ou moins solide, plus ou moins enfoncée. — Sa couleur: I, 225 et suiv.
- CICATRICE (des brûlures).** — Toujours difforme, est très-difficile à obtenir. — Adhère aux parties dénudées. — Fait adhérer entre elles les parties contiguës. — Entraîne la perte des mouvemens des membres. — Précautions à prendre par le chirurgien pour la rendre moins difforme et moins dangereuse. I, 171 et suiv.
- CICATRISATION DES PLAIES.** — Ce qu'on entend par ce mot. — Est toujours l'ouvrage de la nature. — N'est pas toujours possible; motifs de cette impossibilité. — Mécanisme par lequel elle s'effectue tout-à-fait ignoré. — S'accomplit plus aisément chez les enfans que chez les adultes et les vieillards. — Médicamens proposés pour la favoriser, inutiles. — Remèdes généraux mis en usage de nos jours pour l'obtenir plus facilement. I, 204 et suiv.
- CIGUE.** -- A joui d'une grande célébrité pour le traitement du squirrhe. — Son efficacité n'a point été consacrée par l'expérience. — Manière de l'administrer. II, 288. II, 350 et suiv.
- CIGUE (emplâtre de).** -- Concourt à procurer la résolution des glandes extérieures enflammées. I, 49. — Détermine des érysipèles miliaires. II, 10.
- CILS (chute des).** — Ses effets. — L'œil devient plus sensible à la lumière, les paupières sont agitées par un clignotement perpétuel. -- Causes: cohésion de la chassie, ulcération des paupières, variole. — Traitement: dirigé contre la cause. V, 279. V, 280 et suiv.
- CILS (direction vicieuse).** -- V. Trichiasis.
- CIRSOCÈLE.** — Vay. Varicocèle.
- CLAPIERS.** — Ce qu'on doit entendre par ce mot. — S'opposent à la guérison des abcès. — Sont quelquefois fort nombreux. — Moyens de les évacuer, de les fermer. I, 68 et suiv.
- CLAVICULE (fractures de la).** -- Sont très-fréquentes. — Peuvent résulter également d'une cause médiate ou d'une cause immédiate. — Les fractures par cause médiate ont lieu ordinairement dans les chutes sur le moignon de l'épaule. — Le fragment externe, par l'effet même de la chute, peut léser les nerfs et les vaisseaux, et même se faire issue à travers les tégumens. — La fracture immédiate est produite par une violente contusion, qui peut avoir lésé les vaisseaux et les nerfs du plexus brachial. — Le déplacement a toujours lieu, excepté quand la fracture a son siège entre l'apophyse coracoïde et l'acromion. — Diagnostie: extrêmement facile: douleur, rotation du bras en dedans, impossibilité de porter le bras à la tête, dépression de l'épaule, saillie des fragmens, crépitation.

— *Pronostic* : cette fracture est ordinairement peu grave, et peut même se consolider sans le secours des médecins : dangereuse si le plexus brachial a été endommagé. — *Traitement* : difficulté extrême à maintenir la fracture réduite : le bandage en 8 de chiffre est insuffisant, en ce qu'il ne soutient pas le poids de l'extrémité supérieure : la croix de Heister, le corset de Brasdor, et la courroie de Bruninghausen, partagent tous les inconvéniens du bandage en 8 de chiffre. Bandage de Desault, modifié par l'auteur, remplit seul toutes les indications relatives au traitement de la fracture de la clavicule. — Dans le cas où l'engorgement inflammatoire ou d'autres causes empêcheront le malade de supporter le bandage, on soutiendra le bras à l'aide d'une écharpe, et ce traitement seul est souvent suffisant. III, 171 et suiv. III, 173 et suiv.

**CLAVICULE** (*luxations de la*). — Elles peuvent s'effectuer, soit à l'extrémité sternale, soit à l'extrémité scapulaire de l'os. IV, 154 et suiv.

**CLAVICULE** (*luxations de l'extrémité sternale de la*). — Considérations anatomiques qui rendent raison du peu de fréquence de ces luxations. — Peuvent s'effectuer de trois manières : en devant, en arrière et en haut. La luxation en avant est la seule qui ait été bien constatée. — Cette luxation est causée par une violence extérieure et soudaine, dont l'effet a été de porter fortement l'épaule en arrière ; la luxation est bien plus souvent le résultat de cette cause chez les enfans que chez les adultes. — La luxation en arrière ne peut avoir lieu que par l'action d'une violence extrême exercée sur l'extrémité de l'os, et dans ce cas elle s'accompagne le plus souvent de fracture comminutive. — *Signes diagnostiques* : dépression de l'épaule qui semble appuyée plus près sur les parois de

la poitrine, changement de direction de la clavicule, tumeur devant le sternum au-dessous du niveau de l'autre articulation sternoclaviculaire, dépression correspondant à la cavité que l'os a abandonnée, inclinaison de la tête et du cou vers le côté de la luxation. —

*Pronostic* : nullement fâcheux. — *Traitement* : réduction de la luxation ; procédé opératoire ; il est très-difficile de maintenir la fracture réduite ; opportunité de l'application du bandage de Desault pour la fracture de la clavicule. IV, 154 et suiv.

**CLAVICULE** (*luxations de l'extrémité humérale de la*). — S'observent très-rarement. — Ont lieu en haut et en bas. — Une chute sur le moignon de l'épaule est la cause la plus fréquente de la luxation en haut. — *Signes diagnostiques* : saillie plus ou moins considérable formée par l'extrémité humérale de la clavicule ; faculté de faire disparaître cette saillie en faisant exécuter certains mouvemens à l'épaule et au bras. — *Pronostic* : très-peu fâcheux ; dans le cas même où la luxation n'est pas réduite, la douleur se dissipe bientôt, les ligamens se consolident, et par la suite le membre peut exécuter tous ses mouvemens. — *Traitement* : la réduction est très-facile ; procédé opératoire pour l'effectuer. — Il est fort difficile de maintenir la luxation réduite. Le bandage de Desault pour la fracture de la clavicule remplira bien cette indication. IV, 164 et suiv.

**CLIMATS.** — Modifient la marche et l'intensité de l'inflammation. I, 5.

**CLITORIS** (*vices de conformation du*). X, 400 et suiv.

**CLOU.** — Voy. Furoncle.

**COAPTATION.** — Opération par laquelle on replace les fragmens osseux ou les surfaces articulaires des os dans leur situation naturelle. — Doit être

- dirigée selon le mode de déplacement des os. III, 36 et suiv.
- Coccyx (fractures du).** — Ne s'observent presque jamais. — Ont lieu seulement chez les personnes avancées en âge dont les pièces du coccyx sont soudées entre elles et avec le sacrum. — *Diagnostic* : mobilité des fragmens ; douleurs aiguës dans les mouvemens des extrémités inférieures. — *Traitement local et général antiphlogistique.* III, 160. III, 162.
- Coccyx (luxation du).** — Est produite par la dilatation que le passage de la tête de l'enfant exige de la part de la vulve et du périnée dans l'accouchement. — Cette cause produit rarement la luxation. — Les coups, les chutes sur le coccyx, peuvent enfoncer cet os du côté du rectum. — *Signes diagnostiques* : contusion, douleur vive vers le sommet du sacrum, s'étendant dans toute la région sacrée, augmentant surtout lorsque le malade va à la garde-robe. — Quelquefois il survient un abcès au fond duquel on distingue les pièces de l'os nécrosées. — *Traitement* : toutes les indications se réduisent à combattre l'irritation et à prévenir l'inflammation ; repos absolu, topiques relâchans, émolliens, aoudins. IV, 148 et suiv.
- COLLIQUATIF (dévoisement).** — Est la conséquence de l'ouverture des abcès par congestion. I, 91.
- COLOPHANE.** — Employée par quelques chirurgiens pour empêcher l'exhalation sanguine à la surface des plaies récentes. — Ses inconvéniens. I, 228.
- COMMOTION.** Effet ordinaire des plaies d'armes à feu. — Altère les fonctions nerveuses. — Se propage quelquefois jusqu'au cerveau. — Est souvent accompagnée de stupéfaction. I, 356. I, 357. — Contre-indique l'amputation immédiate des membres contus. I, 123. I, 124.
- COMPRESSES.** — Pièces de linge, simples, doubles, etc., plus ou moins longues et larges, qu'on emploie pour couvrir et contenir la charpie qui a été mise sur une plaie. — Se divisent en simples et en composées. — Compresses simples : ne sont faites que d'une seule pièce de linge. — Compresses composées : formées d'un morceau de linge plié en un ou plusieurs doubles. — Compresses graduées : faites d'une seule pièce de linge qui étant pliée plusieurs fois sur elle-même, se trouve plus épaisse sur un point de sa largeur que sur l'autre. — Compresses expulsives, fendues. — Précautions à prendre en les appliquant. V, 11.
- COMPRESSION.** — Détermine la gangrène des parties saillantes comprimées par des bandages, par le poids du corps. — N'est pas la seule cause de la gangrène dans les fièvres graves. I, 125 et suiv.
- COMPRESSION.** — Détermine souvent la gangrène ; par quel mécanisme. — Locale, produit la gangrène humide. — Générale, produit la gangrène sèche : observation y relative. I, 135 et suiv.
- COMPRESSION.** — L'un des moyens les plus efficaces pour arrêter l'hémorragie d'une grosse artère. — Ce en quoi elle consiste. — Distinguée en compression latérale et en compression directe. I, 257, I, 258. — *Compression latérale.* — Définition. Peut être établie en deux endroits. — Agit en soutenant le caillot qui doit oblitérer l'artère, ou en aplatissant le vaisseau. — Est médiate ou immédiate. — Ne convient que pour les artères qui ont un point d'appui solide. — Manière de l'exercer. — Compresses graduées. — Tourniquet. — Conditions nécessaires pour qu'elle soit efficace. — Accidens qu'elle peut déterminer. — La pratiquer autant que possible entre le cœur et l'ouverture du vaisseau. — Doit être continuée pendant long-temps si le temps est relatif à la grosseur

du vaisseau. — Convient exclusivement dans les lésions des artères intercostales, honteuse, interne. I, 258 et suiv.

— *Compression directe.* — Son mode d'action est moins efficace que la compression latérale et que la ligature : cas dans lesquels elle doit être exclusivement adoptée. I, 265, I, 264.

**COMPRESSION DES ARTÈRES** (*pour la guérison de l'anévrisme*). — A été pratiquée au-dessus et au-dessous de la tumeur anévrismale, et sur la tumeur elle-même. Conditions de cette compression pour qu'elle soit efficace. — Ses inconvénients lorsqu'elle est pratiquée au-dessus de la tumeur : elle agit en interceptant le cours du sang dans la poche anévrismale, et en permettant à ce liquide de se coaguler. — Doit être pratiquée toutes les fois que la situation de la maladie le permet, et lors même que l'anévrisme est récent et très-volumineux. — A été pratiquée avec succès sur la tumeur même : cette méthode est condamnée par l'auteur. — A été faite à l'aide d'un bandage expulsif ; cette méthode n'a réussi que dans le cas d'anévrisme variqueux. — Doit toujours être secondée par un régime convenable. — Instrumens employés pour l'exercer. II, 125 et suiv.

**CONGÉLATION.** — Est une cause fréquente de la gangrène. — Comment elle s'opère. — Ses effets sur les organes. — Son traitement consacré par l'expérience : éviter la chaleur ; appliquer de l'eau froide, de la neige sur la partie congelée. — Même méthode de traitement pour les congélations générales. I, 129 et suiv.

**CONJONCTIVE** (*phlyctènes de la*). — Petites vésicules aqueuses qui se développent sur la partie antérieure du globe de l'œil, et paraissent avoir leur siège dans le tissu cellulaire qui unit la conjonctive

aux membranes propres de cet organe. — Sont ordinairement produites par l'ophtalmie. — Sont situées, tantôt sur la sclérotique, tantôt sur la cornée. — Ne causent aucun danger. — *Traitement* : topiques résolutifs. — Incision des phlyctènes. V, 384 et suiv. V, 387 et suiv.

**CONJONCTIVE** (*œchymose de la*). Est ordinairement la suite d'une contusion. — Se forme quelquefois tout-à-coup sans cause connue. — *Traitement* : lotions astringentes. V, 390 et suiv. V, 395 et suiv.

**CONJONCTIVE** (*varices de la*). — Occupent presque toujours la portion de cette membrane qui recouvre le globe de l'œil. — Elles sont ordinairement la suite de l'ophtalmie et surtout des ophtalmies répétées, ou de l'ophtalmie chronique. — *Traitement* : collyres astringens et aromatiques, boissons adoucissantes et laxatives ; ablation des vaisseaux variqueux. V, 391 et suiv. V, 394 et suiv.

**CONJONCTIVE** (*œdème de la*). — *Causes.* Les mêmes que celles de l'anasarque, et de toutes les hydropisies partielles, contusions, plaies, ophtalmies. — Occupe le plus souvent les deux yeux, et s'accompagne d'un gonflement quelquefois énorme de la membrane muqueuse. — Cette maladie est rarement dangereuse. — *Traitement* : lotions aromatiques et astringentes, diurétiques, purgatifs. V, 395 et suiv. V, 396 et suiv.

**CONSTRICION** (*circulaire des artères*). — Blâmée par quelques auteurs. — A peu d'inconvénients. — Présente autant d'avantages que l'aplatissement du vaisseau. II, 139.

**CONTAGION** (*de la pourriture d'hôpital*). — Prouvée par les observations de Pouteau et par celles de l'auteur. I, 322. — *De la pustule maligne* ; prouvée par les faits. II, 66.

**CONTRACTIONS TÉTANIQUES.** — Sont accompagnées de douleurs vives. — Sont ordinairement rémittentes.

- Sont souvent déterminées par les efforts du malade. I, 290.
- CONTRE-EXTENSION.** — Est une action opposée à l'extension, qui empêche que le membre ou tout le corps n'obéisse à l'effort extensif. — Doit être appliquée sur le membre qui s'articule avec le fragment supérieur. III, 35 et suiv.
- CONTRE-OUVERTURE.** — Opération souvent nécessaire pour extraire les balles dans les plaies d'armes à feu. — Cas dans lesquels cette opération est nécessaire. — Manière de la pratiquer. I, 375, I, 377.
- CONTRE-OUVERTURES.** — Leur utilité dans les abcès considérables. — Le lieu qu'elles doivent occuper. I, 65 et suiv.
- CONTUSES (plaies).** Voy. Plaies contuses.
- CONTUSION.** — Est une cause assez fréquente de la gangrène, qu'elle produit de deux manières. — Violente, elle détruit entièrement l'organisation des chairs. — Produit la gangrène en affaiblissant l'action organique des chairs. — En déterminant des engorgemens inflammatoires considérables. — Étend profondément son action. I, 120 et suiv.
- CONTUSION sans plaies.** — Est quelquefois produite par les corps sphériques lancés par la poudre à canon. — Ne dépend pas de la percussion de l'air. — Lésions qui la caractérisent. — Peut même s'accompagner de fracture. — *Indications curatives* : variables selon l'étendue des désordres. I, 416 et suiv. I, 419 et suiv.
- CONTUSION.** — Distinguée des plaies contuses. — Sa définition. — Mode d'action du corps contondant. — Déchire les parties sous-jacentes plutôt que la peau. — Ecchymose. — Effets de la contusion variables suivant certaines circonstances. — S'étend quelquefois jusqu'aux nerfs, aux muscles, aux os, aux organes intérieurs. —
- Terminaison variable; tumeurs sanguines, inflammation, gangrène. — *Pronostic* : relatif aux causes et aux effets de la contusion. — *Traitement* : résolutifs, émolliens, incisions. I, 338 et suiv.
- CORDIAUX.** — Conseillés dans le cas de délitescence de l'inflammation. I, 48.
- CORDON SPERMATIQUE.** (*infiltration du*). Voy. hydrocèle celluleuse.
- CORNÉE (pustules de la).** — Petites tumeurs qui se forment entre les lames les plus superficielles de cette membrane. — S'ouvrent à la surface de l'œil, et rendent une petite quantité d'un liquide blanchâtre et puriforme. — Se manifestent presque toujours à la suite ou vers le déclin de l'ophtalmie aiguë. — *Pronostic* : n'est grave que lorsque les pustules occupent le centre de la cornée. — *Traitement* : ouverture de la pustule, cautérisation à l'aide de la pierre infernale, lotions émollientes. V, 395 et suiv. V, 398 et suiv.
- CORNÉE (nuage de la).** — Tache superficielle demi-transparente, placée sur la cornée. — *Causes* : ophtalmie chronique, constitution lymphatique. — *Pronostic* : n'est grave qu'autant qu'il intercepte le passage de la lumière. — *Traitement* : remèdes locaux astringens et aromatiques; excision des vaisseaux variqueux de la conjonctive. V, 397 et suiv. V, 400 et s. (V. Leucoma albogo).
- CORNÉE.** (*ulcères de la*). — Sont distingués en superficiels et en profonds. — *Ulcères superficiels.* — *Causes* : l'action d'un instrument qui a soulevé ou détaché une des lames externes de la cornée, brûlure, phlyctène, pustule. — *Signes diagnostiques* : tache grisâtre très-peu déprimée. — *Pronostic* : nullement grave; la guérison est le plus souvent spontanée. — *Traitement* : collyres et injections détersives, injections et lotions astringentes.

gentes, cautérisation avec le nitrate d'argent. — *Ulcères profonds.* — Succèdent presque toujours à un abcès qui s'est formé entre les lames de la cornée, ou bien dépendent d'une affection serofuleuse, vénérienne, dartreuse. — *Signes diagnostiques:* couleur brune et cendrée excavation considérable, suppuration, inflammation de la conjonctive. — *Pronostic:* l'ulcère abandonné à lui-même ne guérit pas spontanément, et détermine le plus souvent la perforation de la cornée. — *Traitement:* cautérisation avec le nitrate d'argent; manière de la pratiquer, excision des fongosités qui environnent l'ulcère. V, 403 et suiv. V, 405 et suiv.

**CORNÉE (fistules de la).** — Sont ordinairement la conséquence de l'ulcération de la cornée. — Sont de deux sortes : les unes aboutissent par l'une de leurs extrémités à la surface de l'œil, les autres dans la chambre antérieure. — *Signes diagnostiques:* ouverture plus ou moins large de la cornée, issue de l'humeur aqueuse. — *Pronostic:* toujours très-grave, surtout dans les fistules complètes. — *Traitement:* injections détersives, incision du trajet fistuleux dans le cas de fistules incomplètes. — *Traitement* expectant dans le cas de fistules complètes. V, 408 et suiv. V, 411 et suiv.

**CORNÉE (abcès de la).** — Se développent entre les lames de la cornée. — *Causes:* plaies, contusions, corps étrangers, ophthalmie intense. — *Signes diagnostiques:* douleur, inflammation, tache blanchâtre dans l'épaisseur de la cornée. — *Traitement:* antiphlogistiques dès le début, incision de la cornée. V, 412 et s. V, 415 et suiv.

**CORNÉE (staphylôme de la).** — Affection dans laquelle une portion ou la totalité de la cornée, fait au devant de l'œil une saillie plus considérable que dans l'état ordinaire, et trouble ou détruit entiè-

rement la vue. — Plus fréquent chez les enfans que chez les adultes. — *Causes:* variole, ophthalmie, plaies, contusions. — *Diagnostic:* toujours très-facile; cette maladie n'est jamais susceptible de guérison complète. — *Traitement:* évacuation des humeurs de l'œil, placement d'un œil artificiel. V, 421 et s. V, 424 et suiv.

**CORNES DE LA PEAU.** — Excroissances dures, coniques, dont la substance est analogue à celle des ongles, et qu'on voit naître quelquefois en certains endroits du corps de l'homme. XI, 127. — Faits de ce genre rapportés par différens écrivains. 127 et suiv. — Les hommes sont moins sujets que les femmes aux excroissances cornées. 131 et suiv. — On pense que ces cornes sont produites par le prolongement et l'induration de l'épiderme et du corps muqueux. 132. — Elles se détachent quelquefois spontanément, mais leur chute est rarement suivie d'une guérison complète. 133 et suiv. — La peau sur laquelle elles sont implantées peut devenir le siège d'une affection cancéreuse. 134. — Les caustiques ont été employés pour détruire la peau de la base de ces excroissances, et en déterminer ainsi la chute. XI, 135.

**CORPS CAVERNEUX (anévrisme des).** Voy. Verge.

**CORPS CAVERNEUX (ganglions des).** Voy. Verge.

**CORPS CAVERNEUX (nœuds des).** Voy. Verge.

**CORPS CAVERNEUX (Tumeurs des).** Voy. Verge.

**CORPS ÉTRANGERS.** — Compliquent souvent les piqûres. — Moyens de les reconnaître et de les extraire. I, 338. I, 339. — Compliquent très-fréquemment des plaies d'armes à feu. — Dérangemens qu'ils peuvent éprouver; primitivement et consécutivement. I, 358 et suiv. I, 360 et suiv.

**CORPS ÉTRANGERS (dans le rectum).** Voy. Rectum.

**CORPS ÉTRANGERS** ( *dans l'urètre* ). *Voy.*

Calculs urinaires.

**CORPS FIBREUX** ( *de la matrice* ). *Voy.*

Matrice.

**CORS AUX PIEDS.** *Voy.* Pieds.

**CORYZA.** — Inflammation de la membrane pituitaire. — *Causes* : les vicissitudes atmosphériques, la rétropulsion d'un exanthème, d'un flux habituel etc. — *Symptômes* : catarrhe nasal, douleurs frontales, éternumens, larmolement. — *Pronostic* : généralement peu grave si ce n'est chez les vieillards. — *Traitement* : nul quand la maladie est légère : antiphlogistiques, émouliens. VI, 80 et suiv.

**CÔTES** ( *fractures des* ). — Sont assez rares pendant l'enfance. — Ont lieu le plus souvent vers la partie moyenne de l'os. — Les fragmens sont saillies ou en dehors ou en dedans. — La cause fracturante agit ordinairement jusque sur le poumon, et détermine des accidens assez graves. — *Signes* : gêne dans le mouvement de la respiration, douleur vive, déplacement peu considérable, crépitation. — *Pronostic* : fractures des côtes supérieures plus graves que celles des côtes inférieures : ne sont dangereuses que par la lésion des organes sous-jacens. — *Traitement* : compresses sur le lieu de la fracture dans le cas de saillie des fragmens au dehors, et dans le cas contraire, compresses vers les extrémités de la côte fracturée : bandage de corps bien serré : traitement général relatif aux accidens qu'entraîne la lésion concomitante des viscères thoraciques ou abdominaux. III, 145 et suiv. III, 147 et suiv.

**CÔTES** ( *luxation des* ). — Cette luxation a été regardée comme impossible par J.-L. Petit et par Duverney. Buttet en admet la possibilité et en indique les signes diagnostiques. — Opinion de l'auteur, qui pense que ces prétendus cas de luxation n'étaient autre chose que

des fractures. — C'est à tort qu'on a donné ce nom à la désarticulation des côtes par suite de la destruction d'une de leurs extrémités. — Il n'existe jusqu'ici aucune observation authentique de luxation de l'une ou l'autre extrémité des côtes. — Cependant les prolongemens cartilagineux des 6<sup>e</sup>, 7<sup>e</sup>, 8<sup>e</sup>, 9<sup>e</sup> côtes, peuvent glisser l'un sur l'autre, et une luxation peut s'opérer de cette manière. IV, 122 et suiv.

**COU** ( *plaies du* )  *par instrumens piquans* . — Sont simples ou compliquées. — N'exigent aucun traitement lorsqu'elles sont simples. — Peuvent être compliquées de corps étrangers, d'hémorrhagie, d'inflammation, d'emphysème, et d'accidens causés par la lésion des nerfs et de la moelle de l'épine. — *Signes diagnostiques.* — *Pronostic.* — *Traitement* de ces diverses complications. VII, 2 et suiv.

— *Plaies par instrumens tranchans.* — Ces plaies diffèrent entre elles selon leur direction, leur situation et les parties qu'elles intéressent. — *Indications curatives* particulières pour les plaies longitudinales et transversales du cou relatives à leur situation. VII, 12. VII, 13. — Les plaies transversales à la partie extérieure du cou sont, en général, beaucoup plus dangereuses que celles des autres régions, à cause de sa proximité des gros vaisseaux, des voies alimentaires et aériennes. — *Diagnostic, pronostic, traitement* des plaies, selon qu'elles sont situées au-dessus ou au-dessous de l'os hyoïde, suivant qu'elles s'accompagnent d'hémorrhagie, d'emphysème, d'inflammation, de lésion du larynx, du pharynx, de l'œsophage, des gros vaisseaux, de la trachée, de la bouche. VII, 14 et suiv.

— *Plaies par des instrumens contondans.* — Ces plaies peuvent être faites par un corps contondant ordinaire, ou par un corps poussé

par la poudre à canon. — Les plaies contuses simples n'offrent aucune indication particulière. — Les plaies d'armes à feu diffèrent beaucoup entre elles à raison de la grosseur et de la forme des instrumens qui les ont faites, et surtout à raison des parties qu'elles intéressent. — Ces plaies n'intéressent quelquefois que les muscles, et ne doivent point alors être traitées autrement que celles des autres régions du corps. — Souvent aussi elles ont lésé les vertèbres, la moelle de l'épine, les nerfs, le larynx, la trachée-artère, le pharynx, l'œsophage, les gros vaisseaux. — *Pronostic et traitement* de ces sortes de plaies, indications particulières qu'elles peuvent présenter. — Prévenir et traiter les accidens consécutifs qu'elles entraînent souvent. VII, 27 et suiv.

**Cou (érysipèle du).** — Est ordinairement joint à celui de la face. — On le traite comme l'érysipèle des autres régions du corps. VII, 34, 35.

**Cou (phlegmon du).** — Se termine presque toujours par suppuration. — L'abcès qui en résulte mérite une attention particulière. — On doit laisser ces abcès s'ouvrir spontanément, à moins qu'ils ne menacent de fuser dans la poitrine. VII, 35, 36.

**Cou (furoncle, anthrax, pustule maligne du).** — Suivent la même marche et exigent le même traitement que ceux des autres parties du corps. VII, 36.

**Cou (loupes du).** — Ne diffèrent, ni par leur nature, ni par leur traitement, de celles des autres parties du corps. — On doit toujours tenter leur extraction. — Peuvent imposer pour un anévrisme lorsqu'elles sont situées à la partie antérieure du cou. VII, 36 et suiv.

**Cou (tumeur enkystée du).** — Il se forme quelquefois entre l'os hyoïde et le cartilage thyroïde, sur la

membrane qui les unit, derrière le muscle thyro-hyoïdien et le peaucier, une tumeur enkystée contenant une humeur visqueuse jaunâtre. — Abandonner, en général, le traitement à la nature. VII, 38 et suiv.

**Cou (engorgement des glandes lymphatiques du).** — Est tantôt symptomatique, tantôt essentiel. — Peut être symptomatique de l'irritation ou d'une maladie quelconque d'une partie dont les vaisseaux lymphatiques se rendent à ces glandes. — Est considéré comme essentiel lorsqu'il ne dépend ni de l'irritation ni d'une maladie de quelque une des parties dont les vaisseaux absorbans se rendent à ces glandes. — Il est tantôt squirrheux, tantôt scrofuleux. — *Diagnostique, pronostic, traitement* de ces tumeurs, soit symptomatiques, soit essentielles. — Traitement, local, général. VII, 57 et suiv.

**CRANE (lésions du) par des instrumens piquans.** — Peuvent percer le crâne en partie ou dans toute son épaisseur, et pénétrer même plus ou moins profondément dans le cerveau. — La piqûre bornée à la table externe, n'entraîne ordinairement aucun accident. — Lorsque les deux tables de l'os ont été traversées, il peut se former un épanchement sur la dure-mère, ou cette membrane peut s'enflammer. — *Traitement* : antiphlogistiques, trépanation en cas d'épanchement. V, 52 et suiv.

**CRANE (Lésions du) par des instrumens tranchans.** — Peuvent produire quatre espèces de divisions. — Hébra, marque légère et superficielle. — Eccopé, section droite ou perpendiculaire. — Diacopé, entaille oblique. — Aposképarnis-mos, perte de substance de l'os. — Ne pas réunir immédiatement les lèvres de la plaie extérieure. — Replacer les parties d'os qui tien-

- nent encore aux tégumens. — Traiter les complications. V, 54 et suiv.
- CRANE (lésions du) par des instrumens contondans.** — Les effets de l'action de corps contondans sont, la contusion, la dénudation, l'enfoncement sans fracture, la fracture et l'écartement des sutures. — La contusion sans dénudation peut être suivie de carie, de nécrose ou d'exostose. (*Voy. ces mots.*) — La dénudation est presque toujours suivie d'accidens graves, et nécessite souvent l'opération du trépan. V, 58 et suiv.
- CRANE (enfoncement sans fracture du).** — A été observé par quelques auteurs. — Démenti par l'auteur, qui l'attribue à une erreur de diagnostic. V, 61 et suiv.
- CRANE (fractures du).** — Résultat le plus ordinaire de la percussion violente du crâne par un corps contondant. — Différent entre elles à raison de l'endroit où elles arrivent, de leur direction, de l'écartement de leurs bords, et des circonstances dont elles sont accompagnées. — S'effectuent souvent par contre-coup dans un lieu éloigné de la partie frappée; mécanisme de ces sortes de fractures. — Ne sont dangereuses que par la commotion du cerveau et par l'épanchement de sang qu'elles produisent consécutivement. — *Signes diagnostiques sensibles* : intervalle que laissent entre eux les fragmens, quand le crâne est dénudé; son de pot cassé entendu par le malade au moment de la fracture; inégalités que présente le crâne lorsqu'il y a enfoncement. — *Signes rationnels* : éblouissement, étourdissement, perte de connaissance, assoupissement, déjections involontaires, saignement de nez, des oreilles. — *Signes consécutifs* : la plaie ne se cicatrise pas du côté de la fracture, laisse suinter une humeur sanieuse, et offre des chairs molles fongueuses. — Il existe dans le lieu de la fracture une petite tumeur; la fièvre se rallume de temps en temps. V, 63 et suiv.
- *Pronostic* : toujours fâcheux; mais il l'est plus ou moins, suivant le siège, l'étendue de la fracture, et les circonstances dont elle est accompagnée. — *Traitement* : trépanation conseillée par Quesnay pour tous les cas de fracture du crâne, blâmée par Desault, qui en borna l'emploi à quelques cas seulement, c'est-à-dire lorsqu'il y avait épanchement sanguin ou enfoncement de quelques fragmens qui compriment le cerveau. V, 73 et suiv.
- CRANE (écartement des sutures du).** — Effet assez rare de l'action des corps contondans sur la tête. — Est plus facile chez les sujets peu avancés en âge que chez les personnes âgées. — Est impossible chez les vieillards. — A toujours lieu par contre-coup. — Est toujours accompagnée de la rupture des vaisseaux et du détachement de la dure-mère. — Compression consécutive du cerveau par suite de l'épanchement du sang. — Tumeur oblongue suivant le trajet des sutures. — Inégalités senties à travers les tégumens. — *Traitement* : on doit toujours employer le trépan pour donner issue au sang qui comprime le cerveau. V, 76 et suiv.
- CRANE (épanchemens de sang dans le) à la suite de percussions sur la tête.** — Sont un effet fréquent des coups portés sur la tête, ou des chutes sur cette partie. — Il peut se former à la fois deux épanchemens, celui qui est l'effet de la commotion, et celui qui est produit par la fracture. — Se forment au moment même où les vaisseaux du cerveau sont déchirés, et augmentent insensiblement et quelquefois avec une grande rapidité. — *Signes diagnostiques* : assoupissement léthargique, respiration stertoreuse, pa-

ralysie d'un membre ou de la moitié du corps, mouvemens convulsifs, dureté et fréquence du pouls, etc. — Lorsque l'épanchement est peu considérable, il peut subsister plusieurs mois sans se manifester par des symptômes tranchés. V, 97 et suiv.

— *Pronostic* : est généralement grave et fâcheux. — Les épanchemens situés profondément dans la substance du cerveau, dans ses ventricules ou à sa base, sont promptement mortels : la guérison, qui arrive assez souvent, ne peut être expliquée que par la résorption du sang épanché. — *Indications curatives* : donner issue au sang épanché, en pratiquant une ouverture au crâne, et lorsque cela n'est pas possible, en favoriser la résorption. V, 117 et suiv.

CRÊTES DE COQ. Voy. Rectum (*affections vénériennes du*).

CRISTALLIN (*atrophie et protubérance du*). — Ces maladies sont très-peu connues, et n'ont été que très-imparfaitement décrites par les auteurs. V, 548 et suiv. V, 553.

CROUP. — Variété de l'angine laryngée et trachéale propre à l'enfance, et dont le caractère spécial est de tendre constamment à produire une fausse membrane sur les parties enflammées. — A reçu différens noms, tirés de ses symptômes. — N'a commencé à être connu que vers le milieu du 16<sup>e</sup> siècle. — Peut exister dans tous les pays, et se montrer particulièrement dans les lieux bas entourés de montagnes. VII, 91 et suiv. — *Symptômes* caractéristiques de la maladie, tirés du son de la voix et du mode de respiration. — Rapidité de la marche de la maladie. — Paroxysmes. — Suffocation. — Ejection de fausses membranes. 93 et suiv. — *Pronostic* : toujours très-grave. 97. — Lésions anatomiques trouvées à l'ouverture des corps. 98 et suiv. — *Traitement* : antiphlogistiques,

révulsifs, vomitifs. — Saignées locales et générales. — Sternutatoires, excitans diffusibles. — Bronchotomie : procédé opératoire. — Examen de ces diverses médications. VII, 101 et suiv.

CROUPISSEMENT DU PUS. — L'un des accidens consécutifs des plaies. — A quels caractères on le reconnaît. — Est ordinaire dans les fractures comminutives. — A lieu également dans les plaies profondes. — Moyen d'empêcher le croupissement du pus dans les plaies simples. — Moyen de l'empêcher dans les foyers : incisions, contre-ouvertures. — Ses effets sur l'économie. I, 312 et suiv.

CUBITALE (*anévrisme de l'artère*). — Est ordinairement produit par cause externe. — Doit être traité par la compression ou par la ligature, selon le lieu qu'il occupe, II 208.

CUBITUS (*fracture du*). — Est beaucoup plus rare que celle du radius. — A lieu directement ou par contre-coup. — Est peu susceptible de déplacement. — Se reconnaît facilement à la saillie des fragmens et à la crépitation. — N'est accompagnée d'aucun danger. — Doit être traitée comme celles du radius et de l'avant-bras. III, 222 et suiv. III, 224 et suiv.

CUBITUS (*luxation de l'extrémité inférieure du*). — Nommée autre fois luxation de l'extrémité inférieure du radius. — A été observée pour la première fois par Desault. — La luxation en arrière est la plus fréquente; celle en avant est fort rare, et n'a été observée qu'une fois par l'auteur. — *Causes* : mouvement forcé de pronation ou de supination, déterminé par l'action immédiate d'une violence extérieure appliquée à l'avant-bras ou à la main. La luxation en arrière peut avoir lieu aussi à l'occasion d'une chute sur le poignet. — *Signes diagnostiques* de la luxation en arrière :

- pronation forcée, croisement des deux os de l'avant-bras, flexion de la main et des doigts, saillie des tendons fléchisseurs, saillie de la partie inférieure du cubitus au-dessus du dos de la main. — Dans la luxation en devant, supination forcée, saillie du cubitus en devant. — *Pronostic* : peu fâcheux. Si la luxation n'est pas réduite, les mouvemens de pronation et de supination sont perdus sans retour. — *Traitement* : réduction facile, attelle ou bandage roulé pour prévenir les déplacemens consécutifs. — Histoire de luxation de la partie inférieure du cubitus, rapportée par l'auteur. IV, 247 et suiv.
- COISSE** (*amputation de la*). *Voy.* Amputation.
- COISSE** (*amputation dans l'articulation de la*). *Voy.* Amputation.
- CURETTE**. — Instrument propre à retirer les balles des plaies d'armes à feu. — Description de l'instrument. — Manière de s'en servir. I, 378, I, 380.
- CURETTE TIRE-BALLE**. — Inventée par M. Thomassin. — En quoi elle diffère de la curette ordinaire. — Ses avantages. — Manière de s'en servir. I, 379, I, 381.
- CYSTITE**. *Voy.* Vessie (*inflammation de la*).
- CYSTOCÈLE**. *Voy.* Hernie de la vessie.
- CYSTOTOME**. *Voy.* Vessie (*calculs de la*).
- D.**
- DARTRE MILIAIRE**. *Voy.* Zona.
- DARTREUX** (*vire*). — Est quelquefois héréditaire. — Est produit par l'altération des fonctions digestives, l'usage des alimens âcres, une température élevée. *Signes diagnostiques* : mortification et desquamation de l'épiderme. (*Dartre farineuse*. — Pustules d'où suinte une matière ichoreuse, âcre, qui se dessèche par le contact de l'air, et forme des croûtes. — Ulcérations irrégulières, larges, formées par la réunion de petites ulcérations. — Démangeaisons, cuisson brûlante. — Complique les plaies simples, et les fait dégénérer en ulcères dartreux. — *Pronostic* : guérison très-difficile et quelquefois dangereuse : récurrence presque certaine. — *Traitement* général; délayans savonneux, amers, mercuriaux; purgatifs, eaux minérales sulfureuses; traitement hygiénique. — *Traitement* local: sulfureux, alcalins, mercuriaux, préparations saturniennes, topiques irritans, vésicatoires. II, 486 et suiv. II, 421 et suiv.
- DÉBRIDEMENS**. — Essentiels, surtout dans les plaies d'armes à feu. — Manière de les pratiquer. I, 365 et suiv. *Voy.* Plaies d'armes à feu.
- DÉCHIRURE**. — Division dont les bords sont irréguliers, frangés, qui résulte ordinairement de l'action d'une puissance dont la direction est perpendiculaire au sens dans lequel s'opère la déchirure. — Est mise en usage pour l'arrachement des polypes, l'extirpation de certaines tumeurs. V, 50 et suiv.
- DÉCHIRURE** (*plaies par*). I, 335 et suiv. I, 338 et suiv.
- DÉGÉNÉRATION TERREUSE**. — Se rencontre fréquemment dans les artères, et peut être cause d'anévrysmes faux spontanés. II, 172. II, 181.
- DÉLIRE**. — Contre-indique l'ablation immédiate des membres violemment contus. I, 123. I, 124. — Est causé quelquefois par la vive douleur et par l'inflammation des plaies. I, 283.
- DÉLITESCENCE**. — Terminaison de l'inflammation. — Ce qu'on doit entendre par ce mot. — Son opportunité. — Son danger. I, 23. I, 24. — Éviter ce qui pourrait la déterminer. — Moyen de combattre les accidens qu'elle entraîne. I, 48. — Très-commune dans l'érysipèle. — Favorable dans le cas d'érysi-

pèle par cause externe. — Est souvent suivie de métastase. II, 13.

**DENTAIRE** (*fistule*). Voy. Jous.

**DENTS** (*éruption des*). — La première éruption des dents se fait quelquefois sans aucun dérangement de la santé. — Souvent elle est accompagnée de symptômes graves et alarmans. — Symptômes qui accompagnent cette éruption. — *Traitement* subordonné à la nature des accidens. — *Traitement général*: incision de la gencive. VI, 337 et suiv. — La seconde dentition est ordinairement accompagnée de symptômes plus graves que la première. — *Causes* de cette différence. — Phénomènes sympathiques déterminés par la sortie des dents. — *Traitement* dirigé contre les accidens concomitans, et contre les déviations que peuvent subir les nouvelles dents. VI, 340 et suiv.

**DENTS** (*fracture des*). — Ses causes les plus ordinaires. — Moyens d'y remédier, ou de parer aux accidens que cette fracture peut entraîner. VI, 343.

**DENTS** (*usure des*). — Est le résultat des frottemens réitérés qui ont lieu dans l'action de parler et surtout dans la mastication. — L'usure des dents est proportionnée à la saillie qu'elles font, et à la disposition des dents opposées. — Tant que l'usure n'est pas considérable, elle ne produit aucune douleur; mais quand elle fait de grands progrès, elle rend la mastication douloureuse, et devient une maladie qui réclame les secours de l'art. — *Traitement*. — Description de la consommation de la racine des dents chez les vieillards et chez les adultes: nature de la maladie. — *Traitement* qu'il convient de lui opposer. VI, 344.

**DENTS** (*carie des*). — Destruction graduelle de leur substance. — Les causes en sont tout-à-fait inconnues. — Dans quelques cas, la ca-

rie paraît se transmettre par le contact d'une dent malade. — Son origine, sa marche, ses symptômes.

— Variétés de carie admises par M. Duval. VI, 446 et suiv. — *Traitement*: ablation de la partie cariée, obturation de la cavité de la dent, extraction: difficultés de l'extraction relatives à la situation des dents, à la forme, à la direction de leurs racines, à l'état de la couronne. 350 et suiv. — Les instrumens pour l'extraction des dents se distinguent en trois espèces: ceux qui agissent sans appui sur un seul point de la dent, comme le crochet, le poussoir; ceux qui agissent sur deux points de la dent, comme les doigts, le davier, la pince droite et le bec de corbeau; les instrumens qui prennent un point d'appui sur les parties voisines, comme le levier à manivelle, ou le pélican simple ou composé. — Description de ces instrumens et leur usage. VI, 352 et suiv. — Accidens qui suivent l'extraction des dents, moyens d'y remédier. 356 et 357.

**DENTS** (*luxation des*). — Ce déplacement est presque toujours l'effet d'une percussion. — Le traitement consiste à ramener la dent luxée à sa direction naturelle, et à l'attacher aux dents voisines afin de prévenir un nouveau déplacement. VI, 357 et suiv.

**DENTS** (*ébranlement des*). — Tient toujours au mauvais état des parties destinées à les fixer dans leurs alvéoles. — Les causes sont locales ou générales: examen de ces causes et de leur mode d'action. — Le traitement sera relatif aux causes et aux accidens locaux qui ont produit la maladie, VI, 359.

**DENTS** (*douleur des*). — Est quelquefois un symptôme de la carie et de diverses autres maladies des dents; mais souvent aussi elle constitue une affection essentielle. — Examen des causes et de leur influence.

- *Traitement* très-varié relatif aux causes et aux complications. VI, 360, VI, 361.
- DENTS** (*limon, tartre des*). VI, 362.
- DENTS ARTIFICIELLES**. VI, 363.
- DÉNUDATION** (*des os*). — *Voy.* Os.
- DÉPERDITION** (*de substance*). S'oppose à la consolidation des plaies qui suppurent. I, 240.
- DÉPLACEMENT** (*des fragmens des os*). — A lieu selon l'épaisseur, la longueur, la direction et la circonférence de l'os. — Reconnaît pour causes, tantôt la force extérieure qui produit la fracture, tantôt le poids du corps qui pousse le fragment supérieur contre les chairs, tantôt le poids du membre. — La cause la plus puissante est l'action des muscles, de ceux surtout qui s'attachent au fragment inférieur. III, 11 et suiv.
- DÉPOT SANGUIN**. — *Voy.* Écchymose
- DÉPÔTS URINEUX**. — *Voy.* Urineux.
- DERME**. — Sa couleur jaune après les brûlures indique la désorganisation. I, 128.
- DESAULT**. — Son bandage de la clavicule remplit toutes les indications relatives au traitement de la fracture de cet os. III, 180 et suiv. III, 182 et suiv.
- DESCENTE** (*du vagin*). — *Voy.* Vagin.
- DESCENTE** (*de la matrice*). — *Voy.* Matrice.
- DESCENTES**. — *Voy.* Hernies.
- DÉTERSIFS**. — Doivent être employés de bonne heure dans le traitement des ulcères suite de brûlure. I, 171.
- DIABÈTES**. — Consiste dans une surabondante sécrétion d'urine légèrement sucrée ou miellée. — Ne doit point être confondu avec les autres flux d'urine non sucrée. VIII, 440. — Est une maladie peu commune; les jeunes gens y sont moins sujets que les adultes et que les vieillards. 441. — L'étiologie de cette maladie est extrêmement obscure. 441 et suiv. — Les caractères du diabète sucré se tirent de la quantité et de la qualité de l'urine, et des accidens que le malade éprouve. 442. — Quantité énorme d'urine rendue par les diabétiques. 443. — Caractères physiques, analyse chimique de l'urine. 443. — *Signes diagnostiques* de la maladie, symptômes locaux et généraux. 443 et suiv. — En général le diabète a une marche lente, souvent il dure plusieurs années. 445. — Le *diagnostic* de cette affection ne présente aucune difficulté. *Diagnostic différentiel*. 445. — Le diabète est une maladie très-grave, et qui fait souvent périr le malade: symptômes sur lesquels on doit fonder un heureux ou un fâcheux pronostic. 446. — Lésions anatomiques trouvées à l'ouverture des cadavres. 446 et suiv. — Dans le traitement du diabète le régime est l'objet le plus important. VIII, 447. — Régime gras; boissons vineuses peu abondantes. 447 et suiv. — On fait concourir plusieurs médications avec le régime animal. 448 et suiv. — Le traitement sera continué longtemps après la guérison. VIII, 449 et suiv.
- DIACHYLON GOMMÉ** (*emplâtre de*). — Le meilleur emplâtre agglutinatif que nous possédions. — Préférable au taffetas d'Angleterre. I, 198. I, 199. — Est considéré comme maturatif. — Manière de s'en servir. I, 51.
- DIAPHORÉTIQUES**. — Conseillés dans le traitement des inflammations en général. I, 37.
- DIASTASIS**. — Dénomination accordée à l'éloignement latéral de deux os longs, articulés entre eux par les côtés correspondans de leurs extrémités, et surtout aux lésions de ce genre qui intéressent les articulations immobiles. IV. 3. — *Voy.* Entorse.
- DIATHÈSE** (*anévrismale*). — *Voy.* Anévrismale.
- DIATHÈSE** (*cancéreuse*). — *Voy.* Cancéreuse.

**PATHÈSE (inflammatoire).**—Ce qu'on doit entendre par-là. I, 15.

**DIÉRÈSE.**— A pour but la division des parties dont la réunion est contraire à l'ordre naturel, ou forme un obstacle à la guérison d'une maladie. — Diérèse particulière, consiste dans la séparation des parties dont l'union est contre nature.—Diérèse commune, renferme toutes les opérations où l'on divise les parties pour parvenir à quelque fin : se pratique sur les parties dures et sur les parties molles du corps.—La diérèse des parties dures consiste à les trouver, les limer, les ruginer, les scier, les couper, les brûler ou les désorganiser.— Les différentes divisions des parties molles sont la piqure, la déchirure, l'incision, la moucheture, la scarification, la tailade, l'extirpation, l'amputation, l'arrachement, la brûlure et la désorganisation par les caustiques.— Moyens par lesquels on divise les parties en les désorganisant. — Cautères. (Voy. ce mot.) — Déchirure, incision (Voy. ces mots.) V, 28 et suiv.

**DIÈRE.**— L'un des moyens les plus propres à combattre l'inflammation en général. — Ce qu'en doit entendre par ce mot. I, 35 et suiv.

**DIFFORMITÉS DES OS.**—Dépendent du gonflement, de l'affaissement ou de la courbure des os. — D'une déviation lente et graduelle, sans aucune altération dans leur forme et dans leur volume. — Sont produites ou par des maladies des os ou par des habitudes vicieuses. IV, 578. IV, 579.

**DIFFORMITÉS DU COU.**— Causes : pesanteur de la tête qui la porte continuellement en avant; myopie, habitude de regarder les objets de très-près. — Caractères anatomiques : affaissement de la partie antérieure du corps des vertèbres.— Traitement.—Prophylactique : em-

pêcher les enfans de trop incliner la tête pour écrire ou pour travailler, les coucher dans un lit horizontal, sans chevet. — Mentonnière à ressort placée au-dessous de la mâchoire inférieure.—Prévenir la flexion latérale du cou chez les enfans, en les plaçant directement en face du jour. — Curatif : bandage mécanique qui ramène la tête du côté opposé à la flexion vicieuse. IV, 579 et suiv.

**DIFFORMITÉS DES ÉPAULES.**— *Élévation des deux épaules.* Cette difformité dépend presque toujours d'un vice de conformation, et peut être aussi l'effet de la seule habitude d'élever continuellement les épaules. — *Traitement* : éviter de suspendre les enfans par la lisière, et de les asseoir sur des sièges dont les appuis soient trop hauts.— *Élévation inégale des épaules.* — Cette difformité est produite, ou par une déviation de la colonne vertébrale, ou par l'habitude de se porter plutôt sur un côté que sur l'autre. *Traitement* : habituer l'enfant à faire porter également le poids du corps sur les deux pieds; usage d'un corset dont l'échancrure soit trop étroite du côté où l'épaule est abaissée. — *Déviation des épaules en avant.* — Produite par l'habitude que les enfans contractent de porter les bras en avant, et de les laisser tomber sur la partie antérieure du corps. On y remédie en obligeant les malades à porter des corsets construits de telle sorte que l'ouverture des manches les empêche de jeter les bras en devant. On peut se servir aussi de bretelles qui portent les épaules en arrière. IV, 583 et suiv.

**DIFFORMITÉS DE LA COLONNE VERTÉBRALE.**— Causes : un travail assidu qui exige la flexion constante du corps, l'habitude de porter de pesans fardeaux sur la tête ou sur les épaules, la débilité de la colonne vertébrale, le ramollisse-

ment du corps des vertèbres, la contraction spasmodique des muscles qui agissent sur la colonne vertébrale; le rachitis, la vérole, les scrofules, les diverses cachexies. — Ces déviations de l'épine s'observent plus souvent chez les jeunes filles que chez les garçons, et déterminent toujours des changemens de direction des côtes qui influent sur la forme de la poitrine, et des changemens dans les axes du bassin et dans sa configuration. — *Traitement* : les médicamens internes seront choisis parmi ceux qui peuvent combattre efficacement le vice qui cause l'altération des os et surtout le vice scrofuleux. — Moyens mécaniques mis en usage contre ces déviations, leur utilité. IV, 588 et suiv.

*Difformités des jambes.* — Les enfans faibles et cacochymes sont sujets, lorsqu'ils commencent à marcher, à la déviation des genoux en dedans ou en dehors. — La déviation en dedans est beaucoup plus fréquente, à cause de la disposition naturelle des surfaces articulaires et de la direction naturelle des os. — *Causes* : la faiblesse générale du corps et celle des genoux en particulier, la pression qu'exerce le corps sur les membres trop faibles pour le soutenir. — *Traitement* : ne faire marcher les enfans que lorsqu'ils n'ont besoin d'aucun secours étranger pour se tenir debout. — *Médicamens internes* : ceux qui conviennent à l'affection générale dont est atteint le malade. — *Remèdes externes* : bains, fomentations et cataplasmes aromatiques; attelle de bois placée sur la partie externe du membre, brodequin dont la semelle sera plus épaisse du côté vers lequel le genou s'incline; brodequin avec des attelles élastiques. IV, 603 et suiv.

*Difformités du pied.* — Sont congénitales ou accidentelles. — Le pied

peut se renverser sur les deux côtés (pied-bot), ou n'appuyer que sur la pointe (pied équin); le renversement en dedans est le plus fréquent. — *Causes* : fractures, luxations, abcès, laxité des ligamens, contraction spasmodique ou relâchement des muscles. — *Signes diagnostiques* : tantôt le bord externe du pied appuie un peu plus sur le sol que le bord interne, tantôt le renversement est plus considérable, et la malléole elle-même sert de point d'appui. La malléole interne est presque effacée et très-peu saillante, et semble portée en avant. Le dos du pied est saillant, la plante très-concave et sillonnée très-profondément dans toute sa longueur. — *Pronostic* : la maladie, peu dangereuse en elle-même, est d'autant plus difficile à guérir qu'elle est plus avancée, que le renversement est plus grand, et que les sujets sont plus âgés. — *Traitement* : bandage mécanique de Scarpa, ses avantages. — Soulier de l'auteur, sa description, son utilité. IV, 603 et suiv.

*Difformités des orteils.* — *Causes* : l'usage de chaussures trop étroites. — Flexion d'un des orteils; accidens que cette difformité détermine, précautions à prendre pour l'empêcher. — *Traitement* : la section du tendon fléchisseur a réussi à l'auteur. — Section du tendon extenseur dans le cas d'extension forcée d'un orteil. — Amputation de la phalange quand les pieds sont ankylosés et que la progression devient impossible. IV, 618 et suiv.

*DIGESTIFS.* — Employés par l'auteur dans le pansement des plaies qui suppurent. — Ne doivent pas être continués quand la suppuration est bien établie. I, 253 et suiv.

*DIPLOPIE.* — Affection dans laquelle les yeux transmettent au cerveau deux images distinctes du même

objet. — *Causes* : hypocondrie ; erreurs dans le régime, impression d'une trop vive lumière ; contusion de l'œil. — La durée de la maladie excède rarement un mois. — Sa terminaison est ordinairement heureuse. — *Traitement* : ventouses scarifiées, vésicatoires à la nuque ; purgatifs, boissons antispasmodiques, topiques aromatiques et stimulans. V, 486 et suiv. V, 490 et suiv.

**DIURÉTIQUES.** — Conseillés dans les inflammations en général. I, 57.

**DOIGT (considéré comme instrument).** — Doit être porté dans les abcès lorsqu'ils ont été ouverts, sans détruire les brides. I, 64 et suiv. — Sert à explorer s'il existe des corps étrangers dans la cavité des abcès. I, 66. — Est la meilleure sonde pour explorer les plaies d'armes à feu. I, 573. I, 575. — Peut servir pour extraire les balles des plaies peu profondes. I, 577. I, 579.

**DOIGTS.** — S'unissent vicieusement à la suite des brûlures. — Prévenir cette réunion. I, 172, I, 173.

**DOIGTS (luxation des).** — La première phalange de tous les doigts est susceptible de se luxer. Celle du pouce y est plus exposée que celle des autres. — Ces luxations peuvent avoir lieu en avant, en arrière et sur les côtés. — La luxation en avant et sur les côtés ne s'observe presque jamais, au contraire la luxation en arrière est très-fréquente. *Causes de la luxation en arrière* : extension forcée des doigts. — *Signes diagnostiques* : renversement de la phalange du côté de l'extension, saillie de la tête du métacarpien la partie antérieure de l'articulation, flexion de la dernière phalange. — *Pronostic* : la luxation, très-facile à réduire lorsqu'elle est récente ; devient très-promptement irréductible. — *Traitement* : extension, contre-extension, coaptation. — Topiques résolutifs, bandage en spica, échar-

pe ; antiphlogistiques s'il y a complication d'engorgement inflammatoire. — Luxations des phalanges. (*Voy. Phalanges.*) IV, 271 et suiv.

**DOIGTS (vices de conformation des).** — Ont rapport au nombre des doigts, à leur union ensemble, à leur union avec l'un ou avec l'autre face de la main, et à leur direction. XI, 44 et suiv. — Doigts surnuméraires, leur situation, leur forme ; ne doivent être extirpés que lorsqu'ils ne sont pas sur le même rang que les autres, et qu'ils ne jouissent pas des mouvemens communs. XI, 45 et suiv. — L'union des doigts entre eux est ou congénitale ou accidentelle. — *Traitement* dans l'un et dans l'autre cas. 48 et suiv. — Conduite du chirurgien dans le cas où les doigts sont collés immédiatement dans toute leur longueur contre la paume ou contre le dos de la main. 50 et suiv. — La direction vicieuse des doigts n'est presque jamais congénitale ; on y remédie en plaçant de petites attelles enveloppées de linge autour du doigt, et en les y fixant pendant quelque temps avec une bande. XI, 53 et suiv.

**DOULEUR.** — Un des principaux phénomènes de l'inflammation. — Ses variétés. I, 18 et suiv. — Très-violente dans la brûlure ; peut produire les convulsions et le tétanos. I, 162. I, 163. — Considérée comme complication des plaies, porte quelquefois un trouble notable dans l'économie. — *Ses effets.* — *Ses Causes* : 1° section incomplète ou déchirure des filets nerveux ; 2° présence de quelque corps étranger ; 3° présence d'un liquide épanché ; 4° une inflammation trop considérable ; 5° un mauvais mode de pansement. — *Traitement* : relatif aux causes. I, 278 et suiv.

**DOULEUR FIXE (dans un point de la tête, suite d'une percussion).** — Il arrive

quelquefois qu'après la guérison d'une blessure à la tête, il reste, à l'endroit même de la contusion ou de la plaie, une douleur fixe qui augmente de jour en jour, et résiste à tous les remèdes. — *Causes prochaines* : entièrement inconnues. — *Traitement* : si l'os est sain, il faut laisser agir la nature ; s'il offre une altération légère, il faut le mettre à nu à l'aide de la rugine. — On appliquera le trépan dans le cas de carie avec ramollissement, et dans le cas où la douleur persisterait après l'exfoliation d'une portion d'os nécrosée. V, 159 et suiv. V, 140 et suiv.

**DURE-MÈRE.** — Mise à nu par l'opération du trépan, elle acquiert quelquefois une consistance cartilagineuse et même osseuse. I, 221,

**DURE-MÈRE (tumeurs fongueuses de la).**

— Végétations sarcomateuses qui se développent sur la dure-mère. — Peuvent se former dans tous les points de l'étendue de cette membrane, mais plus particulièrement sous la voûte du crâne. — Sont quelquefois, mais rarement, multiples. — *Causes* : percussion sur la tête, vérole constitutionnelle. — *Symptômes* nuls quelquefois au commencement de la maladie ; amaigrissement, destruction des os du crâne, crépitation spéciale, tumeur rénitente à l'extérieur du crâne ; battements isochrones aux pulsations du cœur ; douleur ordinairement peu vive, quelquefois violente, périodique ; lésions des facultés intellectuelles, des mouvements. — La durée de la maladie est fort longue ; la mort arrive ordinairement subitement dans les convulsions ou dans le coma. — *Altérations pathologiques.* — Cette maladie ne doit point être confondue avec la hernie du cerveau ; manière de distinguer l'une de l'autre. — Ne doivent point être confondues avec les végétations de la dure-mère, suite de plaies de tête ou de carie du crâne.

— *Pronostic* : toujours fâcheux. — *Traitement* : incision, cautérisation, extirpation partielle, ligature ; inconvéniens graves de ces divers procédés. — Trépanation conseillée par l'auteur, ses avantages, ses inconvéniens. — L'opération est contre-indiquée par les symptômes nerveux qui indiquent le développement de tumeurs de même nature à la base du crâne. V, 184 et suiv.

**DYSENTERIE.** — Commune dans les pays chauds. I, 6.

**DYSPHAGIE.** — Consiste dans la gêne ou dans l'impossibilité de la déglutition. VII, 150.

— *Dysphagie spasmodique.* — S'observe principalement chez les sujets nerveux. — A lieu constamment dans le cours de l'hydrophobie. — Peut occuper une partie ou la totalité de l'œsophage. — Les symptômes peuvent être modifiés de mille manières par l'imagination. — Elle dure peu de temps et cède assez facilement à l'ingestion des boissons opiacées et antispasmodiques. VII, 150 et suiv.

— *Dysphagie paralytique.* — Est produite par la paralysie idiopathique ou symptomatique de l'œsophage. — L'invasion de la maladie est ordinairement subite. — *Symptômes* sous lesquels elle apparaît ordinairement. — La durée et la terminaison de cette affection présentent beaucoup de variétés. — Le traitement est le même que celui de toutes les autres paralysies. VII, 155 et suiv.

— *Dysphagie par vice organique de l'œsophage.* — Est la plus fréquente et la plus difficile à guérir. — Lésions anatomiques trouvées à l'ouverture des corps. — Vient toujours d'une manière lente et progressive. — Est le plus souvent incurable. — *Traitement* : frictions mercurielles, emploi des bougies et des sondes. VII, 162 et suiv.

**DYSURIE.** — Voy. Rétention d'urine.

E.

**EAU.** -- Froide, vinaigrée, contenant de l'acétate de plomb en dissolution, considérée comme répercussif, I, 44 et suiv. — Froide, utile dans le traitement de la brûlure au premier et au deuxième degré. — *Végéto-minérale de Goulard* ; utile dans le traitement de la brûlure au premier et au deuxième degré. VII, 166.

**Eau alumineuse.** — Employée par Ledrau dans le premier pansement des plaies. — Ses inconvénients. I, 228. — L'un des astringens les plus usités. — Est utile pour arrêter les hémorrhagies fournies par les artères peu volumineuses. I, 253.

**EAU DE LUCE.** — Employée avec avantage dans le traitement du tétanos par Fournier. — Histoires de maladies y relatives. I, 303 et suiv. I, 304 et suiv. — Employée par de Jussieu comme remède interne pour guérir une morsure de vipère. I, 431. I, 434.

**Ecartement (des bords des plaies).** — Sa première cause est l'épaisseur même de l'instrument. — Est dû à l'élasticité de la partie divisée, à sa tension au moment de la blessure, à l'irritabilité ou à la contractilité des parties. I, 179 et suiv.

**ECHYMOSE.** — Définition. — Ses caractères. — Est formée par le sang infiltré ou épanché dans le tissu cellulaire. — Son mode de résolution. — Couleur successive de la peau. — Mode de traitement de l'ecchymose proprement dite. — Des dépôts sanguins. I, 359 et suiv. I, 341 et suiv.

**Ectropion.** — Renversement des paupières en dehors. — Peut avoir lieu aux deux paupières ou seulement à une seule. — Causes : tuméfaction de la conjonctive, relâchement de cette membrane ; plaies, ulcères et brûlures des

paupières. — Le renversement, dans ce dernier cas, est toujours en raison directe de la perte de substance que la peau a éprouvée.

— *Traitement* : différent suivant la cause qui l'a produit. — Antiphlogistiques, émolliens, dans le cas d'inflammation de la conjonctive. — Cautérisation des fongosités de la conjonctive. — Topiques stimulans dans le cas d'atonie de la membrane muqueuse. — Ablation d'une partie de la membrane muqueuse. — Ablation d'une partie de la membrane muqueuse, dans le cas de cicatrices avec renversement de la paupière. — Manière de pratiquer cette opération. V, 269 et suiv. V, 270 et suiv.

**ELASTICITÉ.** — Est commune à toutes les parties du corps. — Présente des degrés différens dans chacune d'elles. — Est une des causes de l'écartement des bords des plaies. I, 179. — I, 180.

**ELÉPHANTIASIS (du scrotum).** — Voyez SCROTUM.

**ELEVATOIRES.** — Instrumens destinés à relever les pièces d'os enfoncées. — Sont de trois sortes : l'élevatoire simple, l'élevatoire triploïde, celui de J.-L. Petit, corrigé par Louis. — Leur forme, leur usage. V, 158 et suiv.

**EMOLLIENS.** — Utiles dans le cas où les répercussifs ne sont pas indiqués. — Leurs propriétés. — Leurs effets. — Manière de les employer. I, 45. I, 46. — Appliqués sur la partie blessée ont paru avantageux dans le cas de tétanos. I, 302. I, 303. Sont associés aux résolutifs avec avantage dans quelques cas. I, 49.

**EMPLATRE AGGLUTINATIF.** — Voy. Agglutinatif.

**EMPLATRES.** — Employés pour empêcher l'oblitération des ouvertures naturelles à la suite des brûlures. I, 173.

**EMPROSTOTONOS.** — Nom donné au tétanos lorsque la contraction occupe es muscles de la partie anté-

rieure du tronc. I, 285. I, 286.

**EMPYÈME** (*opération de l'*). — Consiste à faire une ouverture aux parois de la poitrine pour donner issue à un liquide épanché dans cette cavité. — Endroit de la poitrine dans lequel l'opération doit être pratiquée. VII, 315 et suiv. — Procédé opératoire. 317 et suiv. — Conduite que doit tenir le chirurgien, lorsque la poitrine est ouverte, suivant que le liquide qu'elle renferme est du sang, du pus ou de la sérosité. 319 et suiv. — Manière de faire les pansemens subséquens. VII, 321 et suiv.

**EMPIÈME**. — Epanchement de pus dans la poitrine. VII, 351. — Succède quelquefois à une plaie pénétrante de la poitrine, à la rupture d'une ou plusieurs vomiques ou même à un abcès du foie, enfin à une pleurésie. 352 et suiv. — *Signes diagnostiques* tirés de la fièvre, des caractères de la respiration, de la toux, de la conformation de la poitrine, de l'abdomen. VII, 356 et suiv. — Lésions anatomiques trouvées à l'ouverture des cadavres. 359 et suiv. — Abandonné à lui-même, l'empyème se termine quelquefois heureusement; mais le plus souvent il cause la mort. 362. — Diverses voies que suit le pus pour sortir de la cavité des plèvres. 362 et suiv. — Le pronostic varie suivant l'âge du sujet, les causes, la durée, les complications de la maladie. VII, 364. — *Traitement*: on doit avoir recours à la paracentèse du thorax. Manières diverses de pratiquer cette opération. ( *Voy. Empyème opération de l'*). Époque de la maladie à laquelle elle doit être pratiquée. 364 et suiv. — Ponctions successives, injections pratiquées par Morand. 366 et suiv. — Opération pratiquée sans succès par l'auteur. 368 et suiv. — Pansemens particuliers qui doivent suivre l'opération de l'empyème. 370 et suiv. — Le trai-

tement chirurgical de l'empyème doit être secondé par un régime et des médicamens internes appropriés à l'état du malade. — Le succès de l'opération est fort incertain. *Signes* qui doivent servir de base au pronostic. 372. — Diminution du volume des poumons et de la capacité de la poitrine. VII, 373 et suiv.

**ENCANTHIS**. — Dégénération quelquefois cancéreuse de la caroncule lacrymale. — La cautérisation de la tumeur serait inutile et dangereuse. — L'extirpation doit seule être tentée. — Manière de pratiquer cette opération. V, 285, V, 287.

**ENCÉPHALOCÈLE**. — Hernie du cerveau à travers une ouverture du crâne. — *Causes*: le défaut d'ossification chez les enfans, et chez les adultes: une déperdition de substance du crâne. — *Diagnostic*: tumeur arrondie, circonscrite, molle, élastique, réductible, sans changement de couleur à la peau, offrant des pulsations isochrones à celles du pouls. — *Pronostic*: n'a rien de fâcheux en lui-même. — *Traitement*: application d'un bandage compressif, d'une calotte en carton ou en cuir bouilli. V, 198 et suiv.

**ENCLAVEMENT** (*des balles dans la substance des os*). — Moyen d'extraire ces corps étrangers. I, 384 et suiv., I, 386 et suiv.

**ENCOMBREMENT** (*des salles*). — Cause la plus fréquente de la pourriture d'hôpital. I, 320 et suiv., I, 321 et suiv.

**ENEUX ET CHAUSSIER**. — Citent des faits qui prouvent que le virus charbonneux introduit dans les voies alimentaires, peut produire la gangrène de l'estomac. II, 69.

**ENGELURES**. — Consistent dans une inflammation de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané qui survient en hyver, et qui dépend de l'action locale du froid. XI, 57. — Les

pieds sont le siège le plus ordinaire des engelures, et elles affectent plus particulièrement les orteils et le talon. 57. — Symptômes caractéristiques de cette maladie. 58. — Dans les climats tempérés, les engelures n'exposent à aucun danger. 59. — Circonstances hygiéniques propres à préserver des engelures. 59 et suiv. — Remèdes topiques différens conseillés par les auteurs. XI, 60 et suiv.

**ENTORSE.** — Est le résultat d'un mouvement violent dans lequel une articulation a été forcée, sans que les os qui la composent aient subi de déplacement sensible. — La dénomination de *diastasis* a été réservée à l'éloignement latéral de deux os longs articulés entre eux par les côtés correspondans de leurs extrémités, et surtout à l'écartement des articulations immobiles. — L'entorse est plus fréquente dans les articulations ginglymoïdales que dans celles qui sont orbiculaires. — *Causes* : une action extérieure qui agit de manière à porter les mouvemens d'une articulation ginglymoïdale au-delà de leurs bornes naturelles. — *Signes diagnostiques* : violence extérieure; douleur plus ou moins vive dans l'articulation affectée, sans difformité, sans changement des rapports des surfaces articulaires, engorgement subit, ecchymose. — *Pronostic* : diffère suivant le degré de la maladie, la nature de l'articulation et la disposition particulière du sujet; est d'autant plus grave que l'articulation est plus serrée; dangereux chez les sujets scrofuleux. — *Traitement* : consiste, 1° à prévenir l'engorgement inflammatoire; 2° à le combattre quand il est survenu; 3° à favoriser la réunion des ligamens rompus; 4° à rétablir le ton, la force, la liberté des mouvemens dans l'articulation affectée. — 1<sup>re</sup> indication : plonger l'articulation dans de l'eau très-froide qui tient

de l'acétate de plomb en dissolution; l'immersion sera long-temps continuée : chez les femmes qui ont leurs règles, défensif composé d'alun, de suie et de blancs d'œufs. — 2<sup>e</sup> indication : saignée générale et locale, topiques émolliens et anodins; — 3<sup>e</sup> et 4<sup>e</sup> indications : usage des résolutifs, des légers toniques, des plantes aromatiques, des douches sulfureuses et des eaux minérales. — Compression dans le cas d'œdème de la partie affectée. — Lorsque l'entorse a dégénéré en tumeur blanche, on mettra en usage le traitement conseillé contre cette affection. IV, 3 et suiv.

**ENVIES.** — Sont quelquefois confondues avec les tumeurs fongueuses congénitales. II, 156. II, 295. — Voyez Taches de naissances.

**EPANCHEMENT PURULENT.** — Distingué des abcès. I, 52. — Survenu dans la poitrine à la suite d'un abcès de l'aisselle. I, 60.

**EPAULE (amputation dans l'articulation de).** — Voy. Amputation.

**EPIDERME.** — Ne peut s'enflammer. I, 4. — Se détache de la peau gangrenée. I, 111. — Son épaisseur garantit quelquefois de la brûlure. I, 160.

**EPILEPSIE à la suite d'une lésion à la tête par cause externe.** — Arrive rarement à la suite des lésions de l'encéphale par cause externe. — A quelquefois été avantageusement traitée par la trépanation, par le moxa. — Opinion de l'auteur sur ce point de thérapeutique. V, 141 et suiv. V, 142 et suiv.

**EPISTAXIS.** — Ecoulement de sang par le nez. — Ses causes. — Son traitement. — Description et usages de la sonde de Bellocq. VI, 93 et suiv.

**EPONGE.** — Mise au nombre des substances absorbantes propres à arrêter l'hémorrhagie. — N'a d'efficacité qu'autant qu'elle est soutenue par la compression. I, 254, I, 255

**ERGOT DE COQ.** — Enté sur la tête de

## Table analytique

- l'animal, et prenant de l'accroissement. I, 185.
- ERYSIPELE.** — Définition. — Peut affecter toutes les parties du corps. — Occupe plus spécialement le visage, le cou et les extrémités. — Se distingue en simple et en compliqué. — Peut se compliquer d'une fièvre quelconque, de phlegmon, d'œdème. — Caractères de l'érysipèle phlegmoneux, sa gravité, sa terminaison. — Caractères de l'érysipèle œdémateux, sa gravité, sa terminaison. — L'érysipèle est encore distingué en miliaire, pustuleux, périodique, fixe, ambulante. — Caractère de l'érysipèle miliaire. — Caractère de l'érysipèle pustuleux. (*Voy. Zona.*) — Caractère de l'érysipèle périodique, fixe, ambulante. II, 6 et suiv. — *Causes* : divisées en internes et externes. — *Causes externes* rares. — *Causes internes* : l'état saburral, etc. — *Causes occasionnelles* : passions, suppression de certaines évacuations humorales. II, 9 et suiv. — *Symptômes locaux* : caractère de la rougeur, de la douleur; phlyctènes. — *Symptômes généraux* : ceux de la fièvre qui complique l'érysipèle. — *Terminaisons* : délitescence, résolution, suppuration, gangrène. — La délitescence est très-commune; favorable dans le cas d'érysipèle par cause externe, est souvent suivie de métastase. — *Résolution* : mode de terminaison le plus heureux et le plus commun de l'érysipèle, ses caractères. — *Suppuration* : n'a lieu que dans l'érysipèle phlegmoneux; est une terminaison fâcheuse. — *Gangrène* : terminaison la plus fâcheuse de l'érysipèle, ses effets; dépend moins de la violence de l'inflammation que de la fièvre qui complique l'érysipèle. II, 11 et suiv. — *Pronostic* : variable suivant la cause, le siège, l'intensité et les complications de la maladie. — *Traitement* de l'érysipèle par cause externe : Emolliens, résolutifs, répercussifs, antiphlogistiques. — *Traitement* de l'érysipèle par cause interne : régime antiphlogistique, évacuans, vomitifs, purgatifs, toniques; doit être dirigé contre la diathèse qui entretient la maladie, contre la fièvre primitive qui la complique. — *Traitement topique*, variable selon les terminaisons de la maladie : irritant dans le cas de délitescence; résolutif quand la phlegmasie tend à résolution; émollient dans le cas de phlegmasie; tonique lorsque la gangrène va se déclarer. II, 15 et suiv.
- ERYSIPELE DE LA FACE.** — Est presque toujours produit par une cause interne. — Fièvre primitive; inflammation consécutive à la fièvre. — *Symptômes* : Accidens cérébraux. — *Traitement* : évacuant plutôt qu'antiphlogistique. — *Traitement local*, pharmaceutique, chirurgical. II, 25 et suiv.
- ERYSIPELE PUSTULEUX.** — *Voyez Zona.*
- ESCARRE.** — Ferme quelquefois l'ouverture d'un vaisseau. — S'oppose ainsi à l'hémorrhagie. I, 243. — Formée par la potasse caustique dans le but d'ouvrir les abcès froids. — L'inciser : précautions à prendre à cet égard. — Epoque à laquelle elle se détache. I, 75 et suiv. — Caractères de l'escarrequi recouvre les plaies affectées de pourriture d'hôpital. I, 525, I, 524.
- ESQUILLES.** — Compliquent souvent les plaies d'armes à feu. — Doivent être soigneusement retirées. — Manière de les extraire. — Sont entraînées souvent par la suppuration. I, 587, I, 588.
- ESQUINANCIE TONSILLAIRE.** — *Voyez Angine.*
- ESTOMAC (corps étrangers dans l').** — Les corps étrangers introduits accidentellement dans l'estomac, ou poussés de l'œsophage, doivent être extraits par la gastrotomie s'ils donnent lieu à des accidens graves, et s'ils viennent faire saillie

au-dessous des parois abdominales.

— Manière de pratiquer cette opération (*Voy. Gastrotomie.*) ; VII , 196 et suiv.

**ÉTRANGERS (corps).** — Toutes les substances nuisibles introduites accidentellement, ou développées dans le corps humain. — Sont liquides ou solides. — Les liquides qui se forment au dedans du corps deviennent corps étrangers : 1° en augmentant en quantité ; 2° en changeant de place ; 3° par leur rétention dans les réservoirs qui leur sont destinés ; 4° en changeant de nature et en se convertissant par un principe vital dépravé en une matière particulière. — Les corps étrangers solides qui se forment au dedans du corps sont animés ou inanimés ; les premiers comprennent les différentes espèces de vers, les hydatides ; les seconds proviennent des parties solides du corps, ou se forment dans les viscères creux qui servent de réservoirs à un liquide quelconque. — Les corps étrangers qui viennent du dehors peuvent entrer par les ouvertures naturelles, ou par des ouvertures qu'ils font eux-mêmes. V, 37 et suiv.

**ÉTRANGLEMENT.** — Regardé par Quercetanus comme la cause la plus fréquente de la gangrène des membres. — Ce qu'il entend par ce mot. — Cette opinion discutée et réfutée par l'auteur. — Est causé par l'engorgement inflammatoire. I, 109 et suiv.

**EXÉRÈSE.** — Opération dont le but est d'extraire de nos parties les substances étrangères. — Avant d'extraire un corps étranger on doit se rappeler la structure de la partie où il est placé, et s'assurer, s'il est possible, de la grosseur, de la figure, de la situation de ce corps, de la force avec laquelle il aura été lancé. — Manière de pra-

tiquer les incisions, instrumens dont on doit faire usage. V, 27 et suiv.

**EXFOLIATIF (trépan).** — Lame presque carrée, dont les bords latéraux et inférieurs sont tranchans, et qui présente sur le milieu de ce dernier bord une petite mèche pyramidale d'une ligne de longueur. V, 154.

**EXOMPHALÉ.** — *Voy. Hernie ombilicale.*

**EXOPHTHALMIE.** — Est une affection dans laquelle le globe de l'œil est poussé peu à peu hors de l'orbite, par une ou plusieurs tumeurs qui se sont développées dans le fond de cette cavité, ou qui, dans leurs progrès, se sont étendues jusque dans l'orbite, et ont pris la place de l'œil. — *Causes* : l'engorgement et le gonflement squirrheux des graisses qui occupent le fond de l'orbite, une tumeur cancéreuse formée dans une des fosses nasales ou dans le sinus maxillaire, une exostose. — *Signes diagnostiques* : saillie progressive de l'œil, inflammation de la conjonctive, larmolement. — *Pronostic* : toujours fort grave, la perte de l'œil est inévitable, la vie du malade est souvent en danger. — *Traitement* : combattre les causes diverses qui ont pu donner naissance aux tumeurs qui compriment le globe de l'œil, extirpation de l'organe. — Ablation des tumeurs qui siègent au fond de l'orbite ; procédés opératoires les mêmes que pour l'extirpation de l'œil dans le cas de cancer (*Voy. ce mot.*) V, 587 et suiv., V, 589 et suiv.

**EXOSTOSE.** — Tuméfaction d'une portion ou de la totalité d'un os. — Le système osseux tout entier a été trouvé quelquefois tuméfié chez le même individu. — Tous les os peuvent en être affectés ; mais on la rencontre plus fréquemment dans les os larges du crâne, la mâ-

choire inférieure, les clavicules, le sternum, les côtes et les os longs des extrémités. — Est tantôt comme surajoutée à la surface de l'os, tantôt styloïde ou pédiculée, tantôt bornée à la surface d'un os plat, tantôt se développant dans l'intérieur d'un os long et en oblitérant la cavité. — *Caractères anatomiques* : variables, selon les différentes espèces d'exostoses : divarication des fibres osseuses, interposition de substance nouvelle ; développement celluleux et lamelleux de l'os (*exostose laminée*) ; tumeur creuse, sphéroïde, renfermant des végétations fongueuses ; tumeur solide extrêmement compacte (*exostose éburnée*) ; végétations inégales, mamelonnées, stactiformes ; altérations consécutives des parties molles circonjacentes. — *Causes* : le virus syphilitique en est la cause la plus ordinaire : les chutes, les contusions en sont souvent les causes occasionnelles. — Peut être distinguée en aiguë ou en chronique, relativement à la rapidité de sa marche. III, 541 et suiv., III, 546 et suiv. — *Signes diagnostiques*. *Exostose aiguë laminée* : développement rapide de la tumeur, douleur violente, continue, intolérable, déterminant souvent des symptômes fébriles, sensibilité extrême à la moindre pression. — *Exostose chronique éburnée* : accroissement fort lent, douleur presque nulle, nul trouble dans l'économie ; reste stationnaire pendant toute la vie. — *Exostose aiguë* : dégénérescence, suppuration de l'os, distension, inflammation, ulcération des parties molles ; altération du pus, fièvre hectique, dévoiement colliquatif. — *Exostose sphéroïde à cavité intérieure* : douleurs peu violentes, issue des fongosités, inflammation, suppuration, dégénérescence des parties molles.

— Le diagnostic des exostoses internes est souvent impossible à établir d'une manière positive, aussi bien que le genre de dégénération de l'os. III, 546 et suiv., III, 551 et suiv. — *Pronostic* : les exostoses éburnées et celles qui se sont développées lentement sont les moins dangereuses. L'exostose cellulaire est la plus grave de toutes : l'exostose fongueuse se guérit plus facilement. III, 553 et suiv., III, 558 et suiv. — *Traitement* : doit être médical et chirurgical. — *Traitement médical* : détruire la cause qui a donné naissance à la maladie : opiacés, résolutifs, stimulans. — *Traitement chirurgical* : si la tumeur présente une base étroite on la mettra à découvert, et on l'enlèvera à l'aide d'un trait de scie : quand la base est plus large on fait plusieurs excavations à l'aide du trépan perforatif, et à l'aide de plusieurs traits de scie ou d'un ciseau on enlève les portions d'os malades. Dans le cas d'exostose sphérique avec fongosités, on arrache les fongosités et ensuite on scie le collet de la tumeur ; mais quand l'exostose est ancienne, que la suppuration est abondante, et que la vie des malades est menacée, il faut promptement procéder à l'amputation des membres. III, 554 et suiv. III, 559 et suiv.

**EXPULSIVE** (*compression*). — Ce qu'on entend par ce mot. — Moyen de l'exercer. — Son utilité. I, 68. I, 77.

**EXSICCATION** (*du tissu cellulaire*). — Forme la cicatrice des plaies qui suppurent. I, 226.

**EXTENSION**. — L'action par laquelle on étend en tirant à soi une partie fracturée, pour mettre les fragmens dans leur situation naturelle. — Doit être pratiquée autant que possible sur le membre qui s'articule avec le fragment inférieur. —

Doit être faite par degrés, commencée dans la direction où se trouve le fragment inférieur, et continuée dans la direction naturelle au corps de l'os. III, 33 et suiv.

**EXTENSION CONTINUELLE.** — Nom donné à l'action d'un bandage qui, tirant continuellement en sens contraire les fragmens de l'os fracturé, empêche le déplacement suivant la longueur. — A été blâmée par quelques praticiens. — On doit éviter de comprimer les muscles qui passent sur l'endroit de la fracture. — Les puissances extensives et contre-extensives doivent être réparties sur les surfaces les plus larges possible. — Les puissances doivent agir suivant la direction de l'axe de l'os. — L'extension doit être lente, graduée, et s'opérer d'une manière presque insensible. III, 55. III, 56 et suiv.

**EXTRACTION.** — Des corps étrangers dans les plaies d'armes à feu. — Voy. Plaies d'armes à feu.

**EXTRACTION (de la pierre).** — Voy. Vessie. — Des calculs de l'urètre. — Voy. Calculs de l'urètre.

**EXUTOIRE.** — Souvent nécessaire pour combattre la cause qui a donné lieu aux abcès froids et par congestion. I, 85, I, 92. — Sont inutiles lorsque les abcès par congestion sont formés. I, 92. I, 95.

## F.

**FACE (plaies de la)** — par armes à feu. — Nature des désordres produits par une arme à feu déchargée à bout portant dans la bouche. VI, 297. — Recherche, extraction de la balle. 298. — Opérations nécessitées par le gonflement inflammatoire de la gorge. 299. — Procédés employés pour arrêter l'hémorrhagie. 299. VI, 300.

**FACE (ulcères chancreux de la).** —

Peuvent affecter tous les points du visage. — Ils ne commencent pas toujours de la même manière, et ne se présentent pas toujours sous la même forme. — *Caractères spéciaux* des boutons chancreux. VI, 300 et suiv. — Leur aspect et leur marche offrent beaucoup de variétés. 303 et 304. — *Signes* auxquels on distingue ceux qui constituent une affection purement locale, et ceux qui sont liés à une diathèse générale. 305 — Moyens de prévenir la maladie. 305, 306. — *Traitement* : ablation de la partie malade à l'aide des caustiques ou de l'instrument tranchant : procédés opératoires pour enlever l'ulcère chancreux avec l'instrument tranchant. 307 — Manière d'employer le cautère actuel. 308. — Nature des caustiques employés pour détruire les ulcères chancreux du visage. — Poudre de Rousselot, manière de l'étendre, pansemens subséquens. 309 et suiv. — *Traitement palliat.* 312, 313.

**FACE (tic douloureux de la).** — Cette maladie, inconnue des anciens, n'a été décrite pour la première fois que par André, Fothergill et Pujol. VI, 313, 314. — Les principales différences des tics douloureux dépendent du lieu qu'ils occupent, et du type qu'ils suivent. 314. — Plusieurs circonstances portent à croire que le tic douloureux a son siège dans les nerfs, et c'est d'après cette opinion qu'on a donné dans ces derniers temps le nom de névralgie à cette maladie. 315. — Examen des causes prédisposantes et occasionnelles du tic douloureux. 316, 317. — Début, marche, progrès, symptômes de la maladie. 317 et suiv. — *Diagnostic différentiel.* 324, 325. — *Traitement* : les antispasmodiques et les narcotiques sont les remèdes auxquels on a eu le plus souvent recours. — Pilules de Mèglin, leur

- composition, leur mode d'administration. — Emploi des évacuans. 326 et suiv. — La saignée est fort nuisible. 328. — Le quinquina réussit dans les tics douloureux intermittens. VI, 328 et suiv. — Arséniate de potasse : ses effets n'ont point été constatés par l'expérience. 329. — *Traitement mercuriel* lorsqu'il existe complication de vérole constitutionnelle. VI, 330 et suiv. — Aimant, électricité. 332. — Vésicatoires, sétons, moxas. 333. — Section et cautérisation du nerf ; manière de pratiquer ces opérations ; faits rapportés par l'auteur à l'appui de cette méthode. VI, 333 et suiv. 334 et suiv.
- FANONS.** — Petites bagnettes garnies de paille, destinées à maintenir réduites les fractures des membres inférieurs. — Manière de les disposer selon le genre et le lieu de la fracture. — Ont l'inconvénient de se déranger aisément. III, 47 et suiv. III, 48 et suiv.
- FANONS (faux).** — Se composaient avec un drap plié et roulé, et étaient destinés à contenir les fanons ; leur usage est entièrement abandonné. III, 48 et suiv. III, 49 et suiv.
- FAURE.** — Pense que l'amputation doit être pratiquée sur-le-champ dans les plaies d'armes à feu. — Son opinion combattue par Boucher. — Discutée et rejetée par l'auteur. I, 406 et suiv. I, 408 et suiv.
- FEMMES.** — Plus disposées que les hommes aux inflammations du système lymphatique. I, 6.
- FÉMORALE (anévrisme de l'artère).** — Est très-commun. — Ne doit point être traité par la compression. — Dans le cas d'anévrisme faux primitif, on pratiquera la ligature dans l'endroit même où le vaisseau a été blessé. — Cas dans lequel la méthode de Hunter paraît préférable. — *Traitement* de l'anévrisme vrai et de l'anévrisme faux. — Né-
- cessité de lier quelquefois l'artère iliaque. — Cas dans lesquels cette opération a été pratiquée avec succès. II, 194 et suiv. II, 210 et suiv.
- FÉMUR (fractures du).** — Nom donné aux fractures du fémur au-dessous des trochanters. — Peuvent avoir lieu dans tous les points de la longueur de l'os, mais principalement à la partie moyenne. — Sont transversales ou obliques, directes ou par contre-coup. — Le déplacement a toujours lieu, et s'effectue suivant la longueur, la direction et la circonférence de l'os. — *Diagnostic* : douleur fixe, impuissance du membre, raccourcissement, changement de direction, saillie des extrémités des fragmens, mobilité, crépitation ; tumeur dans le pli de l'aîne dans le cas de fracture immédiatement au-dessous des trochanters, tumeur dans le pli du jarret dans le cas de fracture immédiatement au-dessus des condyles. — *Pronostic* : toujours très-grave, même lorsque la fracture est transversale, mais surtout quand elle est située immédiatement au-dessous des trochanters ou au-dessus des condyles. — Elles entraînent quelquefois la perte du membre, lorsqu'elles sont compliquées de contusions, de plaies, ou comminutives. III, 258 et suiv. III, 240 et suiv. — *Traitement* : réduction facile, difficulté extrême à maintenir la fracture réduite. — Disposition particulière du lit du malade. — Drap-fanon. — Bandage de Scultet. — Deux attelles latérales plus longues que le membre. — Attelle antérieure. — Sachets remplis de balle d'avoine. — Lacs de ruban de fil. — Extension, contre-extension, coaptation, manière de les pratiquer. — Application du bandage. — L'appareil sera renouvelé tous les cinq ou six jours pendant le premier mois. — Consolidation, manière de la constater.

Fausse ankylose ; manière de la traiter. — Ce traitement, ordinairement suffisant chez les enfans, est souvent insuffisant pour les adultes ; il est alors nécessaire d'employer l'appareil à extension continue. (Voy. Fracture du col du fémur). III, 245 et suiv. III, 247 et suiv.

FÉMUR (*fracture du col du*). — S'observe très-souvent. — Peut avoir lieu en dedans ou en dehors de l'articulation, ou à la fois en dedans et en dehors. — *Causes* : chute sur le grand trochanter ou sur les genoux. — Le déplacement, quelquefois nul au moment de la fracture, ne tend pas à s'effectuer. — *Diagnostic* : souvent très-difficile, se tire des signes suivans. — Raccourcissement du membre, avec rapprochement du grand trochanter et de la crête iliaque. — Rotation du membre en dehors, rarement en dedans. — La facilité de rendre au membre sa longueur et sa rectitude naturelles par le plus léger effort d'extension et de rotation en dedans. — Le peu d'étendue d'arc de cercle que le grand trochanter décrit lorsqu'on fait exécuter à la cuisse des mouvemens de rotation en dedans et en dehors. — L'impossibilité de fléchir la cuisse sur le bassin, la jambe étant étendue. — La crépitation. — Cette fracture peut être confondue avec les contusions violentes de l'articulation, avec la luxation de l'os, ou avec les maladies de l'articulation. III, 256 et suiv., III, 258 et suiv. — *Pronostic* : est toujours extrêmement grave. — Quelques chirurgiens ont regardé la consolidation comme impossible. — Cette opinion est combattue et réfutée par l'auteur. — *Traitement* : les moyens contentifs ordinaires sont tous insuffisans. — Quelques auteurs ont proposé d'abandonner la consolidation à la nature. — Tous ont senti la nécessité de l'extension et

de la contre-extension permanentes. — Conditions de l'extension et de la contre-extension permanentes (Voy. Extension continue). Procédés d'extension continue de Guy de Chauliac, de Petit, de Hester, de Fabrice de Hildan, de Belloc, de Gooch, de Brunninghansen. III, 271 et suiv., III, 274 et suiv. — Bandages de Vermansdois et de Desault. Perfectionné par l'auteur. — Description du bandage mécanique de l'auteur, ses avantages, sa supériorité ; manière de l'appliquer. III, 296 et suiv. III, 297 et suiv. — On ne doit faire la réduction de la fracture qu'après avoir calmé tous les accidens qui la compliquent. — L'appareil sera souvent visité et resserré ; on ne l'enlèvera pas avant le soixantième ou le soixante-dixième jour : le malade gardera encore le lit un mois et demi après la levée de l'appareil : on devra lever l'appareil plus tôt s'il se forme des escarres à l'endroit où portent les pièces d'appareil. — Fausse ankylose : traitement à lui opposer. III, 308 et suiv. III, 311 et suiv.

FÉMUR (*luxations du*). — Sont fort rares à cause de la disposition des surfaces articulaires, et de la solidité des moyens d'union. — Elles peuvent s'effectuer en haut et en dehors, en bas, en dedans, en haut et en devant, en bas et en arrière. — La luxation en haut et en devant est très-rare, celle en bas et en arrière n'a jamais lieu que consécutivement. — La capsule articulaire est toujours déchirée, et le ligament rond se rompt toujours, si ce n'est dans la luxation en bas et en dedans. IV, 278 et suiv.

— *Luxation en haut et en dehors.* — *Causes* : chute d'un lieu plus ou moins élevé, dans laquelle la cuisse est portée subitement et avec force en devant et en dedans. — *Signes diagnostiques* : raccourcissement du membre, élévation du

pli de la fesse, flexion de la cuisse, rotation en dedans, saillie formée par le grand trochanter, mouvemens d'abduction et de rotation de la cuisse impossibles, claudication. IV, 280 et suiv.

— *Luxation en bas et en dedans.* — *Causes* : force extérieure qui agit en portant vivement la cuisse en dehors. — *Signes diagnostiques* : allongement du membre ; tumeur formée par la tête du fémur au-dessous de l'aîne ; aplatissement de la fesse ; flexion, abduction du membre ; progression en fauchant. IV, 283 et suiv.

— *Luxation en haut et en dedans.* — *Causes* : effort violent qui porte le fémur en arrière, tandis que le bassin est poussé en devant. — *Signes diagnostiques* : raccourcissement de la cuisse, rotation du membre en dehors, saillie de la tête du fémur dans l'aîne, engourdissement et tuméfaction de la cuisse par suite de la compression des vaisseaux et des nerfs fémoraux. IV, 285. IV, 286.

— *Luxation en bas et en arrière.* — Cette luxation primitive est tout-à-fait impossible. IV, 287 et suiv. — *Diagnostic différentiel* des luxations du fémur et des fractures du col de cet os. IV, 288 et suiv.

— *Luxations du fémur.* — Leur pronostic doit être considéré : 1° *sous le rapport des accidens dont elles peuvent être accompagnées.* — Les accidens inflammatoires sont ordinairement peu graves, et se dissipent en peu de jours après la réduction. — 2° *sous le rapport des difficultés de la réduction.* — Les luxations du fémur sont de toutes les plus difficiles à réduire : lorsqu'elles sont anciennes elles deviennent le plus souvent irréductibles. — La réduction a pu être tentée avec succès dans des cas fort rares, plusieurs mois après qu'elles avaient eu lieu. — Lorsqu'elles n'ont pas été réduites, il reste toujours une grande clau-

dication, et souvent une presque impossibilité de mouvoir le membre. — 3° *sous le rapport des effets qui en résultent lorsqu'elles ne sont pas réduites.* — Dans la luxation en haut et en dehors, la tête de l'os s'use, s'aplatit, et finit par former une cavité rabotense sur la face externe de l'os des îles. — Les parties molles environnantes se convertissent en une espèce de tissu ligamenteux. — Dans la luxation en bas et en dedans, la tête du fémur, logée dans la fosse ovale, comprime l'os, et il s'y forme une cavité artificielle. — Le membre s'atrophie et perd la plus grande partie de ses mouvemens et de ses forces. IV, 290 et suiv.

— *Traitement* : réduction de la luxation. — Manière de disposer le malade. — Extension, moyens de la pratiquer, direction des forces extensives. — Contre-extension, moyens de la pratiquer, direction des forces contre-extensives. — Coaptation. Signes auxquels on reconnaît quelle est effectuée. — Modifications de l'extension et de la contre-extension relatives au mode de luxation. IV, 299 et suiv.

FÉMUR (*luxation spontanée ou consécutive du*). — Maladie de l'articulation iléo-fémorale, dans laquelle la tête du fémur, poussée peu à peu hors de la cavité cotyloïde, monte sur la face externe de l'os des îles ou descend dans la fosse ovale.

— *Causes* : peuvent être internes ou externes. — Contusion violente de l'articulation iléo-fémorale. — Cette cause occasionnelle détermine une irritation qui appelle un principe morbifique quelconque préexistant, tel que le vice scrofuleux, rhumatismal, arthritique, la matière morbifique de certaines maladies. — Le vice scrofuleux est la cause la plus fréquente. — La luxation ne doit point être

attribuée, comme le voulait J. L. Petit, à l'accumulation de la synovie dans la capsule articulaire du fémur. IV, 306 et suiv.

— *Caractères anatomiques* : lorsque la maladie est arrivée au point de faire périr le malade, on rencontre les altérations suivantes : gonflement énorme de la glande synoviale de la cavité cotyloïde ; épaissement et ramollissement des cartilages articulaires ; destruction du ligament rond ; concrétions stéatomateuses ; pus fétide floconneux ; carie, destruction de la tête du fémur et de la cavité articulaire, s'étendant quelquefois plus avant sur l'os des îles ; abcès anfractueux ; fistules. IV, 310 et suiv.

— *Signes diagnostiques.* — *Première période.* Douleur fort intense, rapportée à la hanche, et plus souvent encore à l'articulation du genou. — Allongement du membre. Ce symptôme se manifeste presque en même temps que la douleur ; il est l'effet du gonflement de la glande synoviale et des cartilages articulaires, il est quelquefois peu considérable. — La claudication est un symptôme constant. — Cette première période a une durée variable, et est d'autant plus rapide que le malade est moins avancé en âge. — *Deuxième période.* — Symptômes relatifs au mode d'altération des surfaces articulaires. — Quand la luxation est produite par le gonflement de la glande synoviale, on observe un raccourcissement subit, et tous les symptômes de la luxation du fémur en haut et en dehors ; les douleurs diminuent et cessent entièrement ; il se forme une articulation contre nature, et les malades guérissent avec une claudication considérable. — Quand la luxation est due à la carie des surfaces articulaires, le déplacement est moins subit ; les douleurs continuent ; il

se forme des abcès par congestion, et le malade périt avec tous ces accidens propres à la carie des os. IV, 313 et suiv.

— *Pronostic* très-grave. — Quand la maladie est récente et légère, on peut espérer de la guérir ; mais le mal est incurable quand il existe une carie scrofuleuse des surfaces articulaires. IV, 321 et suiv.

— *Traitement.* Première période. — Si la maladie est due à une forte contusion, repos absolu et long-temps continué, diète sévère, saignées générales et locales, topiques émoulliens et anodins. — Si la maladie reconnaît pour cause un principe morbifique fixé sur l'articulation, on applique tour-à-tour les moxas, les cautères potentiels, les ventouses, les sétons, les vésicatoires. — Les vésicatoires volans ont une grande efficacité. — Ils seront appliqués successivement autour de l'articulation, et on les entretiendra par la suppuration. — Combattre par des médications générales le vice interne qui a produit la maladie.

— *Traitement.* Deuxième période. — Repos absolu, topiques émoulliens, pour favoriser la formation de l'articulation contre nature. — Ouverture des abcès par congestion, et traitement des accidens consécutifs. (Voy. Abcès par congestion.) Histoires des luxations spontanées du fémur rapportées par l'auteur. IV, 322 et suiv.

FERRAND. — A pratiqué avec succès l'extirpation de l'astragale dans un cas de luxation du pied, compliquée de la luxation de l'astragale sur le calcanéum et sur le scaphoïde. IV, 391.

FÉTIDITÉ. — Des mines et des selles accompagne la gangrène sèche. I, 148. I, 149.

FEU. — Nom donné à des maladies charbonneuses des bestiaux qui ont transmis la pustule maligne à l'homme. II, 66. II, 67.

**FICS.**—*Voy.* Rectum (*affections vénériennes du*).

**FIEL** (*calculs de la vésicule du*).—*Voy.* Calculs biliaires.

**FIEL** (*Tumeur de la vésicule du*).— La bile seule, ou mêlée avec des calculs accumulés, ou retenue dans la vésicule du fiel, peut la distendre au point de produire une tumeur manifeste dans la région de l'hypocondre droit. — Cette tumeur a été quelquefois confondue avec un abcès du foie. VII, 571.—La vésicule distendue devient bientôt proéminente au-dehors, et a été prise par J.-L. Petit pour une tumeur enkystée de l'abdomen. 572 et suiv.—La tumeur formée par la bile retenue dans la vésicule du fiel, peut subsister long-temps sans produire des accidens graves. 573 et suiv.—*Diagnostic différentiel* des tumeurs de la vésicule, et des abcès qui se forment à la partie inférieure du foie. 575. — Dans le cas d'inflammation de la vésicule, il peut se former un abcès et un épanchement de bile et de pus au-dedans ou au-dehors. VII, 575 et suiv.—Lorsque l'abcès de la vésicule s'est ouvert au-dehors, si l'ouverture est trop étroite ou trop éloignée du fond du foyer pour fournir une issue libre aux humeurs et aux pierres, on l'agrandira avec l'instrument tranchant, dirigé de manière à ne point détruire les adhérences de la vésicule avec le péritoine. 579. — L'ouverture de cet abcès dégénère souvent en fistules. — Ces fistules ont leur orifice plus ou moins éloigné de la vésicule. 579. — Lorsque les calculs sont petits, ils parcourent librement la fistule et se portent au-dehors. 580. — Une fistule biliaire ne cause pas beaucoup d'incommodité, tant que la bile et le pus ont une issue libre. 581.—Les indications curatives des fistules biliaires sont différentes, suivant les causes qui entretiennent la fistule,

et suivant les circonstances dont elles sont accompagnées. VII, 581 et suiv.

**FIÈVRE GANGRÉNEUSE.** — Se déclare chez les individus affectés de pourriture d'hôpital. I, 325.

**FIÈVRE** (*de suppuration*). — Symptomatique de l'inflammation des plaies.—Se dissipe à mesure que la suppuration s'établit. — N'a quelquefois pas lieu. I, 211.

**FIÈVRES** (*essentiels*).—Favorisent le développement de la pourriture d'hôpital. I, 322.

**FIL DES LIGATURES.** — Manière de le passer autour des artères.—De faire les nœuds.—De rassembler les ligatures. I, 273.—Époque à laquelle il tombe. I, 274.

**FISSURE DE L'ANUS.**—*Voy.* Anus.

**FISTULES** (*en général*). — Ulcères étroits, plus ou moins profonds, disposés en forme de canal, et entretenus par une cause locale.

**FISTULES CUTANÉES.** — Sont très-communes à la suite des abcès froids et scrofuleux. — Sont causées par l'amaigrissement et l'espèce de désorganisation de la peau.—*Traitement*: ranimer l'action vitale de la peau à l'aide d'injections irritantes, pour en opérer le recollement: inciser et retrancher la portion de peau qui forme l'une des parois du trajet fistuleux. II, 494, 495 et suiv. II, 429, 430 et suiv.

**FISTULES entretenues par le défaut de tissu cellulaire et la mobilité des parties.** — Se remarque souvent dans les régions axillaire et inguinale à la suite de vastes abcès qui ont détruit le tissu cellulaire.—*Traitement*: compression, repos, alimens analeptiques. II, 497. II, 432.

**FISTULES entretenues par des corps étrangers.** — Irritation et suppuration produite par le corps étranger. — Reconnaître sa présence.—L'extraire. II, 498. II, 433.

**FISTULES entretenues par la carie des os.** — *Diagnostic*: douleurs antécédentes dans la région de l'os; abcès pro-

fond adhérent à l'os; ouverture de cet abcès; possibilité de reconnaître la carie de l'os à l'aide du stylet. — *Traitement*: doit être dirigé contre la carie de l'os. II, 501, II, 436.

**FISTULES entretenues par la perforation d'un réservoir ou d'un conduit excréteur.** — Sont produites: 1<sup>o</sup> par la solution de continuité simple et par une cause interne; 2<sup>o</sup> par la solution de continuité avec perte de substance; 3<sup>o</sup> par la solution de continuité avec oblitération du conduit excréteur; 4<sup>o</sup> par la solution de continuité qui résulte d'une ulcération produite par une cause interne. — 1<sup>er</sup> cas, *indications curatives*: réunir la plaie par première intention, détourner l'humeur qui s'échappe par une voie accidentelle, donner à la fistule une direction convenable. — 2<sup>e</sup> cas, *indications curatives*: détourner l'humeur qui tend à s'échapper par l'ouverture accidentelle. 3<sup>e</sup> cas, *indications curatives*: rétablir s'il est possible le diamètre naturel du canal. — 4<sup>e</sup> cas, *indications curatives*: combattre d'abord la cause générale qui a produit la fistule; dilater ensuite le conduit et détourner l'humeur sécrétée. II, 503 et suiv., II, 438 et suiv.

**FISTULES qui communiquent avec une cavité intérieure.** — Persistent lorsque les parois de la cavité ne peuvent s'affaisser, et sécrètent continuellement une humeur particulière. — Appliquer un obturateur pour remédier à la difformité qui en résulte, et faciliter par une autre voie l'écoulement de l'humeur sécrétée. II, 508 et suiv., II, 443 et suiv.

**FISTULES (accompagnées de callosités).** — Sont entretenues par une irritation permanente dans le trajet fistuleux. — Introduction d'un caustique dans la fistule pour détruire les callosités et procurer une inflammation adhésive. II, 510 et suiv. II, 445 et suiv.

**FISTULES URINAIRES URÉTRALES.** — On appelle ainsi les fistules causées par la perforation de l'urètre et entretenues par le passage continu de l'urine. IX, 253. — Lieux dans lesquels peuvent s'ouvrir ces fistules. 254. — Le *diagnostic* en est très-facile lorsqu'elles ont leur siège au corps de la verge, au scrotum et à la partie antérieure du périnée; symptômes locaux. 254 et suiv. — Le *pronostic* des fistules urinaires complètes est différent suivant leur siège, leurs causes, leur simplicité ou leur complication. 256 et suiv. — Pour guérir ces fistules, il faut rendre au canal de l'urètre son calibre naturel à l'aide des sondes. 257 et suiv. — Lorsque la maladie est terminée il est encore nécessaire d'entretenir l'urètre dans l'état de dilatation qu'on lui a procuré, en continuant l'usage des sondes pendant fort long-temps. 259 et suiv. — La maigreur extrême des malades peut s'opposer invinciblement à la guérison de la fistule. IX, 260. — Les fistules urinaires qui répondent au corps de la verge sont ordinairement incurables quand elles ont une certaine étendue. 260 et suiv. — Il faut extraire avec soin les corps étrangers dont la présence entretient souvent des fistules urinaires. 264. — *Traitement* local des callosités qui entretiennent les fistules. 265 et suiv. — Opération nécessaire pour remédier aux accidens causés par la difficulté du passage des urines à travers les trajets fistuleux. 266 et suiv. — Usage d'une canule à demeure conseillé pour guérir les conduits fistuleux, et ne conserver qu'une seule ouverture accidentelle. IX, 267 et suiv.

**FISTULES A L'ANUS.** — *Voy.* Anus.

**FISTULES DU CANAL DE STÉNON.** — *Voy.* Canal de Sténon.

**FISTULES DENTAIRES.** — *Voy.* Joues.

**FISTULES DES JOUES.** — *Voy.* Joues.

- FISTULE LACRYMALE.** — *V.* Lacrymale.
- FISTULES DE LA PAROTIDE.** *V.* Parotide.
- FLUCTUATION.** — Indique la réunion du pus en un foyer. — Est facile à reconnaître quand l'abcès est superficiel. — Est quelquefois difficile à constater. I, 54, I, 55.
- FLUX HÉMORRHOÏDAL.** — *V.* Hémorrhoides.
- FLUX PALPÉBRAL.** — *Voy.* Palpébral.
- FLUXION DES JONES.** — *Voy.* Jones.
- FOIE (Abcès du).** — S'observent très-fréquemment. — Varient beaucoup par rapport à leur siège et à leur volume. VII, 548. — Peuvent être distingués en aigus et en chroniques. 549. — Ont lieu plus fréquemment chez l'homme que chez la femme. 550. — Symptômes de l'inflammation aiguë du foie; signes auxquels on reconnaît que la suppuration va se former ou qu'elle est formée. VII, 552 et suiv. — Lorsque l'hépatite est chronique et que l'abcès se forme avec lenteur, les phénomènes qui annoncent celui-ci sont beaucoup plus obscurs. 552. — L'abcès du foie se termine de différentes manières, dont chacune a des signes qui lui sont propres. 555. — Le foie contracte des adhérences avec les parois de l'abdomen lorsque l'abcès se trouve voisin de sa surface. 554 et suiv. — L'abcès peut dans certains cas s'ouvrir à l'intérieur de l'estomac ou d'un intestin. VII, 556 et suiv. — Le pus peut s'ouvrir dans la poitrine quand les abcès occupent la face supérieure du foie, et même faire saillie sous les tégumens de la poitrine ou de l'abdomen. 557 et suiv. — Les seuls abcès qui réclament les secours de la chirurgie sont ceux qui se montrent à l'extérieur. Ils doivent être ouverts avec l'instrument tranchant. VII, 560 et suiv. — Le pus que fournissent ces abcès a des caractères particuliers. 562. — Pansemens subséquens modifiés suivant le siège de l'abcès. VII, 565 et suiv.
- FOIE (abcès du).** — *À la suite des plaies de tête.* — *Causes.* Explication de *Bertrandi*, de *Pouteau*. — Attribués par *Chopart*, *Desault* et *Callisen*, à la commotion et à la contusion du foie dans le moment de la chute : cette opinion est réfutée par l'auteur. — *Signes précurseurs* : tension, rénitence de l'abdomen, douleur dans l'hypocondre droit et dans l'épaule du même côté; vomissemens spontanés de bile verdâtre; constipation; ictère. *Traitement.* — Saignées plusieurs fois répétées, boissons adoucissantes et diurétiques, lavemens rafraîchissans, diète. V, 148 et suiv.
- FOMENTATIONS.** — Préférables aux cataplasmes dans les cas où la peau est elle-même enflammée. — Manière de composer les fomentations émollientes, d'entretenir leur chaleur. — Doivent être, dans certains cas, remplacées par des ablations. — Fomentations huileuses; leurs inconvéniens. I, 45, I, 46. — Fomentations spiritueuses et aromatiques, conseillées pour rappeler à la vie les parties congelées. I, 152, I, 153.
- FONGUEUSES SANGUINES (tumeurs).** — Diffèrent entre elles sous plusieurs rapports, selon qu'elles sont congénitales ou accidentelles.
- FONGUEUSES CONGÉNITALES (tumeurs).** — Tantôt sont uniques, tantôt sont multiples. — Se rencontrent principalement à la tête, au cou et au tronc. — Paraissent formées tantôt par la dilatation des veines capillaires, tantôt par celle des artères capillaires. — S'annoncent par une tache rosée. — Sont confondues souvent avec les envies ou taches de naissance. — Restent quelquefois long-temps stationnaires. — *Diagnostic* tiré de leur couleur, de leur forme, de leur structure anatomique, des accidens qui les accompagnent. — Celles qui sont formées par le sang noir ont une structure particulière, analogue à celle des corps

caerveux ou du placenta. II, 291 et suiv. II, 255 et suiv. *Traitement.* Ne doit pas être tenté quand les tumeurs sont peu volumineuses et stationnaires. — La compression est quelquefois fort utile et doit être employée toutes les fois que la tumeur offre un point d'appui solide. — Histoires de maladies y relatives. — La compression est encore conseillée pour prévenir le développement des taches congénitales. — Cautérisation moins efficace que l'excision. — Ablation de la tumeur : histoires de maladies y relatives : doit être pratiquée de bonne heure : doit être complète, sinon la maladie récidive. II, 502 et suiv.

FONGUEUSES SANGUINES ACCIDENTELLES (*tumeurs*). — Ont été confondues avec les tumeurs désignées sous le nom de fungus hématodes, et avec des anévrismes. — Décrites par Pott, Pelletan, Sennert, Fabrice de Hildan. II, 518 et suiv. — Accroissement de la tumeur, d'abord insensible, puis plus rapide ; hémorrhagies baveuses fréquemment renouvelées. — Les tumeurs présentent quelquefois, dans leur centre, une fluctuation trompeuse. — *Caractères anatomiques* : tissu caerveux envahissant le tissu cellulaire, les muscles, etc. — *Causes* inconnues. — *Diagnostic* : toujours très-difficile. — Elles peuvent être confondues avec des abcès froids et lymphatiques. — Sont ordinairement mal circonscrites, indolentes. — *Pronostic* : est toujours fâcheux : est d'autant moins grave que les tumeurs sont moins considérables et moins profondément situées. — *Traitement.* — L'ablation totale de la tumeur ou celle du membre doit être pratiquée. — La cautérisation serait toujours insuffisante. II, 257 et suiv., II, 227 et suiv.

FONGUS DE LA VESSIE. — *Voy.* Vessie.

FONTANA. — Regarde la potasse eaus-

tique comme un véritable spécifique dans le traitement des plaies par morsure d'animaux venimeux. I, 428, I, 431.

FORTIFIANS. — conseillés dans le cas de délitescence d'une inflammation. I, 48, I, 49.

FOURCHETTE (*maladies de la*). X, 598 et suiv.

FOURNIER. — Sa méthode de traitement du tétanos traumatique. — Préconise surtout l'eau de Luce. — Histoires de maladies y relatives. I, 505 et suiv.

FRACTURES *en général.* — Solution de continuité d'un ou de plusieurs os. — Doivent être considérées selon 1° leurs différences, — 2° leurs causes, — 3° leurs signes, — 4° leur pronostic, — 5° leur traitement. — 6° la formation du cal.

FRACTURES (*différence des*). — Sont relatives à l'os affecté, à l'endroit de l'os où elles arrivent, à la direction suivant laquelle il est cassé, à la position respective des fragmens; enfin aux circonstances qui les rendent simples ou compliquées. — Relatives à l'os affecté : les fractures des os courts et des os larges sont beaucoup plus rares : celles des os longs se rencontrent chaque jour. — Relatives à l'endroit de l'os où elles arrivent : s'opèrent le plus ordinairement à la partie moyenne, d'autres fois plus ou moins près des extrémités des os. — Relatives à la direction suivant laquelle l'os est cassé : fracture transversale ou en rave, oblique ou en bec de flûte, comminutive ou compliquée. Des auteurs ont admis, mais à tort, la fracture longitudinale. — Relatives à la position respective des fragmens : le déplacement peut avoir lieu 1° suivant l'épaisseur de l'os, 2° suivant la longueur de l'os, 3° suivant la direction de l'os, 4° suivant la circonférence de l'os. Causes du déplacement (*Voy.* Déplacement). — Relatives aux circonstances dont les fractures sont

accompagnées : la fracture est simple quand un seul os est rompu , composée quand un os est rompu en plusieurs endroits , ou que les deux os d'un membre le sont, compliquée quand elle est accompagnée d'accidens qui multiplient les indications. Peuvent être compliquées de contusions, de plaies , de l'ouverture d'un gros vaisseau , de luxations , de maladies. III, 7 et suiv.

**FRACTURES (causes des).**—Causes prédisposantes : la situation d'un os au voisinage des tégumens ; les plus grands efforts que les os ont habituellement à supporter ; la vieillesse, la diathèse cancéreuse.—Causes efficientes : violente contraction des muscles , violences extérieures appliquées ou à l'extrémité des os ou dans leur continuité. III, 21 et suiv.

**FRACTURES (signes des).** — Se distinguent en rationnels et en sensibles.—Signes rationnels : douleur, impossibilité de mouvoir le membre. Sont insuffisans. — Signes sensibles : changemens survenus tout à coup dans la conformation, dans la longueur, dans la direction du membre ; écartement ou inégalités sentis par le toucher ; crépitation produite par le frottement des bouts des fragmens l'un contre l'autre. III. 24 et suiv.

**FRACTURES (pronostic des).** — Varie suivant l'espèce d'os fracturé. Les fractures des os superficiels et de ceux des extrémités supérieures sont moins dangereuses que celles des os situés profondément et que celles des os des membres inférieurs.—Suivant l'endroit de la fracture : les fractures sont moins dangereuses quand elles ont lieu au milieu des os que lorsqu'elles se sont opérées près des surfaces articulaires. — Suivant la direction de la fracture : les fractures transversales sont moins dangereuses que celles qui sont obli-

ques. — Suivant les circonstances particulières qui les accompagnent : les fractures simples sont toujours moins graves que celles qui sont compliquées de contusions , de plaies, d'hémorrhagie ou de luxation. — Suivant l'âge des malades : sont moins dangereuses chez les enfans que chez les vieillards ; chez les femmes non enceintes que chez celles qui le sont. III, 28 et suiv.

**FRACTURES (thérapeutique générale des).** — La cure générale des fractures contient trois indications principales : replacer les fragmens dans leur situation naturelle, les maintenir dans cet état, prévenir les accidens ou y remédier. III, 32.

**FRACTURES (moyens de réduction des).** — Extension , contre-extension, coaptation (*Voy.* ces mots). — La réduction est souvent fort difficile : elle est facilitée en mettant le membre dans la demi-flexion. — Est empêchée souvent par l'irritation et le gonflement des muscles ; elle est alors facilitée par les émissions sanguines et les bains. III, 33 et suiv.

**FRACTURES (moyens de les maintenir réduites).** — Situation : dans les fractures des membres inférieurs, le malade doit rester couché jusqu'à l'entière formation du cal. Manière de dresser le lit : les muscles doivent être tenus dans le relâchement. Le membre doit toujours porter d'aplomb. — Bandages, fanons, faux fanons, attelles (*voy.* ces mots). III, 38 et suiv. — Extension continuelle (*Voy.* ce mot). — III, 55, 56 et suiv.

**FRACTURES COMPLIQUÉES (traitement des).** — Complication de contusion : saignée , topiques, émolliens ; éviter de serrer l'appareil contentif. III, 63, 64. — Complication d'hémorrhagie : lier l'artère lésée au-dessus et au-dessous de la blessure. III, 64, 65. — Complication de plaies : s'il y a issue des frag-

mens , agrandir la plaie et réduire , à moins qu'il ne faille employer des tiraillemens trop violens. III, 65 ; 66 et suiv. — *Fractures comminutives* : amputation dans le cas de fracture comminutive qui rend improbable la conservation du membre : même procédé pour la réduction que dans les fractures simples. — *Extirpation des esquilles* qui sont presque entièrement séparées ; mode de pansement et traitement spécial de ces fractures ; leur danger ; déterminent souvent la gangrène du membre. III, 66 , 67 et suiv. — *Complication de luxation* : réduire , s'il est possible , la luxation avant la fracture ; réduire la fracture avant la luxation dans les cas où l'on ne pourrait tenter le remplacement des surfaces articulaires sans danger. III, 78, 79 et suiv.

**FRACURES ( consolidation des ).** — S'opère par le moyen du cal. — A lieu dans un espace de temps variable , suivant l'âge , le tempérament du malade , l'épaisseur de l'os , le poids qu'il a à soutenir , la saison , et l'état de santé du malade. — Est plus rapide chez les enfans que chez les vieillards , chez les gens robustes que chez ceux qui sont faibles et cachectiques , dans les os minces que dans les os gros , pendant le printemps et l'automne que pendant l'hiver et l'été , dans l'état de santé que lorsqu'il existe quelque vice ou quelque cachexie. III, 80, 81 suiv. — Conditions de cette consolidation : les deux fragmens doivent jouir de la vie commune ; les fragmens doivent se correspondre exactement par les surfaces de la cassure ; les fragmens doivent être maintenus dans une immobilité complète. III, 84, 85 et suiv. — Opinion des auteurs sur la formation du cal. III, 86, 87 ( *Voyez Cal* ). — Conduite à tenir à l'époque ordinaire de la consolidation

des fractures : s'assurer si le cal a acquis la solidité convenable ; remédier aux causes locales de la non-consolidation ; combattre les causes générales qui s'opposent à cette consolidation ; persister dans l'usage des moyens contentifs , quand le cal n'a point encore acquis une solidité convenable. III, 92, 93 et suiv. — *Articulations contre nature* ( *Voy. ce mot* ).

**FRACURES EN PARTICULIER.** — Du nez , de la mâchoire inférieure , des vertèbres , des côtes , etc. ( *V. ces mots* ).

**FRAGILITÉ DES OS.** — ( *Voy. Os* ).

**FRAMBOISES.** — *Voy. Rectum ( affections vénériennes du )*.

**FREIN DE LA VERGE ( longueur excessive du ).** — Opération nécessaire pour guérir cette difformité. X, 358 et suiv.

**FRICCTIONS.** — Spiritueuses et aromatiques , conseillées pour ranimer ceux qui ont été congelés. I, 153.

**FRISONS.** — Indiquent , dans le cours d'une phlegmasie , que la suppuration se forme. I, 54.

**FROID.** — Nuisible dans les inflammations. I, 35. — Détermine souvent le tétanos. I, 287. — Diminue l'action organique des vaisseaux. — Fait disparaître tous les phénomènes de la vie. — Plonge les parties dans un état d'asphyxie. — Porte à la fois son action sur les solides et sur les liquides. — Ne se fait pas également sentir sur toutes les parties du corps. — S'étend à la langue jusqu'aux organes intérieurs. — Cause la mort par son action ou subite ou trop prolongée. — Est employé pour rappeler à la vie les parties congelées. I, 127 et s.

**FUMIER ( bains de ).** — Conseillés par Ambroise Paré dans le traitement du tétanos. I, 300, I, 301.

**FUMIGATIONS ( guytoniennes ).** — Conseillées pour préserver les malades de la contagion de la pourriture d'hôpital. I, 325.

**FURONCLE.** — Ses caractères. — A son siège dans le tissu cellulaire. — La

peau n'est affectée que consécutivement.—Se montre dans presque toutes les parties du corps.—Est ordinairement multiple.—Varie en volume.—Dépend toujours d'une cause interne.—Survient fréquemment après les maladies graves, dont il est quelquefois la crise.—Symptômes locaux, tirés de la marche de la tumeur.—Symptômes généraux fébriles, se montrent rarement.—Engorgement consécutif des ganglions lymphatiques.—Se termine toujours par suppuration et par gangrène.—Bourbillon quelquefois multiple.—Est une maladie fort peu grave.—*Traitement* : doit avoir pour but de favoriser la suppuration, et la sortie du bourbillon.—Onguens maturatifs, diachylon, cataplasmes.—Les incisions ne sont utiles que pour favoriser l'issue d'un bourbillon trop considérable.—Caractères de la cicatrice.—*Traitement général* dirigé contre l'affection interne qui produit les furoncles. II, 43 et s., II, 44 et s.

## G.

**GANGLION.**—Tumeur enkystée qui se forme sur le trajet des tendons, particulièrement sur ceux qui sont renfermés dans une coulisse et lubrifiés par une humeur synoviale. XI, 1 et suiv.—Il s'observe principalement à la main. 2.—Ordinairement il se développe spontanément et sans cause connue. 3 et suiv.—Les remèdes topiques, la compression, l'incision et l'extirpation ont été proposés pour guérir le ganglion. 4 et suiv.—Les topiques ne paraissent d'aucune utilité à l'auteur. 5.—La compression a communément plus de succès : Différentes méthodes employées pour rompre le kyste. 5 et suiv.—L'ouverture du ganglion peut être faite par une incision ou par une simple ponction ; la ponction est

préférable. XI, 6 et suiv.—L'extirpation est la méthode curative la plus sûre : manière de la pratiquer. 7 et suiv.—Il se développe souvent à la partie postérieure du poignet une tumeur enkystée que l'on a regardée comme un ganglion : elle diffère de ce dernier par ses causes, ses caractères et son traitement. 8 et suiv.—Faits divers relatifs au mode de développement et au traitement des tumeurs enkystées du poignet. XI, 15 et suiv.

**GANGRÈNE.**—Définition.—Ne doit point être confondue avec l'asphyxie locale.—Comparée avec l'asphyxie locale.—Sa marche.—Ses caractères.—Distinguée en gangrène proprement dite et sphacèle.—Doit être distinguée de l'affaiblissement des propriétés vitales d'une partie.—Gangrène humide.—Gangrène sèche.—Sa marche, ses phénomènes, ses indications curatives, variables suivant les causes.—*Causes* : externes ou internes. I, 104 et suiv.

**GANGRÈNE (par inflammation).**—Très-fréquente.—Survient de deux manières.—A lieu lorsque l'engorgement inflammatoire intercepte le cours des liquides.—Est superficielle quand l'inflammation se borne à la peau.—S'empare quelquefois de tout le membre, dans le cas d'inflammation profonde.—Opinion de Quesnay combattue.—Ses symptômes.—Sa marche.—Diminution graduelle des phénomènes inflammatoires.—Signes auxquels se reconnaît la mortification.—Odeur *sui generis* pathognomonique.—Se borne aisément quand elle est superficielle.—Signes auxquels on reconnaît qu'elle est bornée. I, 107 et suiv.—*Son pronostic*, toujours fâcheux, varie suivant le siège, l'étendue et la nature des parties affectées. I, 112, I, 113.—*Ses indications curatives.* Emploi des antiphlogistiques.

— Débridement des aponévroses.  
 — Toniques et antiphlogistiques combinés.—Searifications vantées par quelques écrivains, proserites par l'auteur.—Vésicatoires, eautére actuel, peuvent la prévenir.—Favoriser l'élimination des parties gangrénées.—Faire l'ablation de la partie.—Cercle inflammatoire qui borne la gangrène.—Durée de l'élimination variable; moyens de la favoriser; toniques.—Enlever les escarres à mesure qu'elles se forment.—Ablation du membre sphacélé.—Temps de l'opération, lieu de l'opération. I, 113 et suiv.

**G**ANGRÈNE (*produite par la contusion*). — Est produite de deux manières.— Tantôt superficielle et tantôt profonde.— S'empare promptement des membres.— Entraîne souvent la mort du malade.— Est causée encore par l'affaiblissement de l'action organique des chairs.— *Indications curatives.* Abandonner la maladie à la nature, lorsque la contusion n'a désorganisé que la peau.— Faire l'ablation de la partie, si elle a été profondément désorganisée; temps, lieu de cette opération.— *Contre-indications de l'opération.*— *Traitement* à mettre en usage pour prévenir la gangrène. I, 120 et suiv.

**G**ANGRÈNE (*produite par une compression lente*).—Manière dont elle est produite.—Quels sujets elle affecte principalement.—Est déterminée par la même cause que les fièvres graves.— Se reproduit sur toutes les parties saillantes.— Amène promptement la mort du sujet.— *Histoires de maladies y relatives.*— *Traitement*: changement de position, applications topiques.— Favoriser la chute des escarres. I, 125 et suiv.

**G**ANGRÈNE (*produite par la brûlure*). — Mode d'action des corps chauds.— Est le plus souvent produite par les corps solides.—Par la combus-

tion des vêtements.—Comment elle se reconnaît.—Coloration particulière de la peau.—Plaics résultant de la chute de l'escarre.— Affecte quelquefois toute l'épaisseur d'un membre., et nécessite alors l'ablation de la partie. I, 127 et suiv.

**G**ANGRÈNE (*produite par la congélation*). — Climats dans lesquels on l'observe.— Ses causes.— Sa marche.— Ses symptômes.— Son traitement. I, 129 et suiv.

**G**ANGRÈNE (*produite par l'interception du cours des liquides*).— S'effectue de deux manières.— Par la ligature de l'artère principale d'un membre.— Phénomènes qui précèdent et indiquent la gangrène.— L'ablation du membre est nécessaire.— Ne s'étend quelquefois qu'à une petite portion du membre.— Est produite aussi par la compression.— Son mécanisme.— Gangrène sèche.— Gangrène humide. I, 134 et suiv.

**G**ANGRÈNE PAR CAUSE INTERNE. (*Produite par la malignité de la cause de l'inflammation*). — La maladie qui la produit a reçu le nom d'inflammation maligne ou gangréneuse.— Charbon.— Pustule maligne.— Ses caractères.— Ses symptômes généraux, locaux.— *Pronostic* fâcheux.— *Traitement* tonique interne.— Ablation des parties mortifiées. I, 137 et suiv.

**G**ANGRÈNE (*qui survient dans le cours d'une fièvre putride ou maligne*).— Parties dans lesquelles elle se développe plus spécialement.— Est regardée comme symptomatique ou critique.— Est superficielle ou profonde.— Ne nécessite point un traitement spécial.

**G**ANGRÈNE SÈCHE.— Sa définition.— Ses caractères.— Son siège.— Époque de la vie à laquelle elle se montre le plus ordinairement.— Symptômes très-variables.— Affecte une couleur noire.— Couleur blanche dans certains cas.— Ne s'accom-

- pagne pas de phlyctènes. — Symptômes généraux. — Ses progrès sont fort lents. — Son pronostic très-fâcheux. I, 143 et suiv. — Ses causes, internes ou externes. — *Causes internes*, comment elles agissent. — Virus vénérien. — Vice scorbutique. — Principe morbifique d'une maladie aiguë. — L'extrême vieillesse. I, 146, I, 147. — *Causes externes*. — Seigle ergoté. I, 147, I, 148. — *Symptômes locaux*: Engourdissement, douleur, mortification, I, 148. — *Symptômes généraux*: Nerveux, gastriques, circulatoires. I, 148. I, 149. — *Indications curatives*. — Sont au nombre de trois. — Moyens de la prévenir: antiseptiques cordiaux. — Arrêter les progrès du mal et ses accidens: opium. — Favoriser la séparation des parties gangrenées d'avec les chairs vives: balsamiques; amputation. I, 149 et suiv.
- GANGRÈNE DE POTT.** — A beaucoup d'analogie avec la gangrène sèche. — Affecte les extrémités inférieures. — Ses caractères. — Temps qu'elle met à parcourir ses périodes. — Affecte plus particulièrement les hommes. — N'est point particulière à la vieillesse. Ses causes. — Le quinquina et les toniques sont inutiles dans le traitement de cette affection. — L'opium a une grande efficacité. — Histoire de maladie y relative. — Les applications stimulantes sont inutiles. I, 154 et suiv.
- GANGRÉNEUSE ( inflammation ).** — Dénomination donnée à une phlegmasie qui se termine essentiellement par gangrène. I, 137. — Sa marche varie. — Formes diverses et spéciales sous lesquelles elle se présente. — Est toujours extrêmement grave. — Son étendue variable. — Symptômes locaux, généraux. — Parcourt ses périodes très-rapidement. — Reconnaît pour cause un agent délétère. — *Pro-*
- nostic* fâcheux, variable. — *Traitement* tonique; exciter l'inflammation. — Enlever les parties frappées de mortification. I, 137 et suiv.
- GARENGEOT.** — Dit avoir réuni par première intention une portion de nez entièrement séparée du reste. I, 184, I, 185. — Sa théorie de la régénération des chairs. I, 213. — A le premier donné le conseil de comprendre beaucoup de chairs avec l'artère, lorsque l'on pratiquait la ligature du vaisseau. I, 213.
- GASTRIQUE ( embarras ).** — Ses caractères. — Moyens de le combattre. — Coïncide avec un grand nombre d'inflammations. I, 38.
- GASTRORAPHIE.** — Nom donné à la suture des parois abdominales. — Ne doit être pratiquée que dans le cas où les bandages et la situation ne suffisent pas pour tenir les lèvres de la plaie en contact. VII, 474. — Les auteurs ne sont pas d'accord sur l'espèce de suture qui convient dans les plaies pénétrantes de l'abdomen: la suture enchevillée est la plus généralement adoptée. — Instrumens dont on se sert; procédé opératoire; pansemens subséquens. VII, 474 et suiv.
- GASTROTOMIE.** — A été conseillée par quelques auteurs pour guérir le volvulus. — Blâmée par l'auteur dans ce cas. — Procédé opératoire. VII, 489 et suiv. — Cette opération consiste à inciser les parois de l'abdomen pour retirer un corps étranger contenu dans le péritoine ou dans un des viscères de l'abdomen. — Circonstances dans lesquelles cette opération doit être pratiquée. — Procédés opératoires mis en usage par les modernes. VII, 196 et suiv.
- GAZ.** — Se développent dans l'épaisseur des plaies affectées de pourriture d'hôpital. I, 323.

- GENCIVES (inflammation des).**— Survient dans un grand nombre de circonstances, et tient à des causes très-variées qui exigent des traitemens différens.— Les causes principales sont l'accumulation du tartre, un traitement mercuriel, le scorbut. VI, 364 et suiv.
- GENCIVES (gangrène scorbutique des).**— Se rencontre principalement chez les enfans.— La maladie, quelquefois bénigne, est le plus souvent fort grave, et cause des accidens mortels.— Dans le début de la maladie on parvient à en modérer les progrès par des applications d'acide muriatique.— *Traitement local*; manière de combattre les complications. VI, 367 et suiv.
- GENCIVES (excroissances fongueuses des).**— Cette maladie a reçu le nom d'*épu lie*.— Examen des causes, des symptômes, de la marche et des complications de la maladie.— L'excision et la cautérisation sont le plus sûr moyen de guérir ces tumeurs. VI, 370 et suiv.
- GENCIVES (phlegmons des).**— Surviennent quelquefois sans causes connues; mais le plus souvent sont produits par la carie d'une dent ou par un coup porté sur la gencive elle-même.— On doit donner issue au pus dès que l'abcès est formé. VI, 375.
- GENCIVES (ulcères des).**— Chez les adultes, les gencives sont quelquefois affectées d'ulcères fongueux, rougeâtres et sanguinolens, d'où découle une matière blanche et fétide.— L'exposition aux miasmes putrides, la salivation mercurielle, l'accumulation du tartre sur les dents, la diathèse dartreuse ou scorbutique, sont les principales causes de cette maladie.— Le traitement sera d'abord dirigé contre les causes. VI, 374.
- GEOFFROI.**— Ses expériences pour prouver l'inutilité des embrocations huileuses dans le traitement des plaies par morsures d'animaux venimeux. I, 431, I, 434.
- GERÇURE DE L'ANUS.**— *Voy.* Fissure de l'anus.
- GIMBERNAT (ligament de).**— *Voy.* Hernie crurale.
- GLAND (imperforation du).**— Causes, nature et traitement de ce vice de conformation. X, 311 et suiv.— Prétendue régénération du gland à la suite de l'amputation de la verge. I, 219, I, 220.
- GLANDE MAXILLAIRE (maladies de la).**— *Voy.* Maxillaire.
- GLANDE PAROTIDE (maladies de la).**— *Voy.* Parotide.
- GLANDES.**— Leur inflammation se termine le plus souvent par induration.— Danger de cette terminaison.— Leur ablation devient alors nécessaire. I, 34.
- GLAUCÔME.**— Opacité de l'humeur vitrée.— Causes peu connues: inflammation du globe de l'œil.— *Signes diagnostiques*: tache grisâtre, verdâtre ou plombée, qui trouble la transparence de l'œil, et qui devient de plus en plus apparente à mesure que la vue s'affaiblit; doit être soigneusement distingué de l'opacité du cristallin.— *Pronostic* toujours fâcheux: si la maladie dure depuis long-temps elle est ordinairement incurable, et amène la perte de la vue.— *Traitement*: évacuans, antiphlogistiques, résolutifs. V, 549 et suiv., V, 554 et suiv.
- GLOBULES DU SANG.**— Leurs différences, suivant Leeuwenhoeck. I, 7, I, 8.
- GLOTTE (œdème de la).**— Infiltration séreuse ou séropurulente de la membrane muqueuse qui tapisse l'ouverture supérieure du larynx ou la glotte elle-même.— Peut être primitive, ou succéder à une inflammation du larynx.— Débute quelquefois par un accès de suffocation; mais ordinairement l'invasion est plus obscure.— *Signes diagnostiques* de la maladie. V, 105 et suiv.— *Pro-*

*nostic* : toujours très-grave, la maladie est le plus souvent mortelle.

107. — Lésions anatomiques trouvées à l'ouverture des cadavres.

108. — *Traitement*, doit être énergique : antiphlogistiques ; bronchotomie ; pression exercée avec les doigts sur l'ouverture du larynx.

VII, 108 et suiv.

GLUTINEUX (*suc*). — S'interpose entre les parties divisées, se dessèche et les identifie. — Cette théorie est discutée et réfutée. I, 205, I, 206.

GOÛTRE. — Tumeur placée à la partie antérieure moyenne du cou, et qui est formée par le gonflement de la glande thyroïde. — N'est quelquefois borné qu'à une partie de la glande. — Est sporadique ou endémique, héréditaire ou accidentel. — Époque de la vie à laquelle le goître se développe habituellement. — Anatomie pathologique.

VII, 61 et suiv. — *Causes* peu connues : tient à des conditions particulières des eaux des montagnes.

VII, 65 et suiv. — *Signes diagnostiques* de la maladie ; elle se complique souvent de crétinisme dans les lieux où elle est endémique.

VII, 67 et suiv. — La marche du goître et ses terminaisons ne sont pas constamment les mêmes ; le plus souvent il reste stationnaire, quelquefois il augmente progressivement de volume. VII, 69 et s. — Le goître peut devenir véritablement squirrheux, et de là passer à l'état de cancer. — Quelquefois il se transforme en une substance fongueuse.

VII, 71 et suiv. — *Diagnostic différentiel*. 72 et suiv. — En général le goître n'a rien de dangereux, et la plupart des personnes qui en sont atteintes le regardent plutôt comme un objet de difformité que comme une véritable maladie ; cas dans lesquels il est une affection plus ou moins grave. 74 et suiv. — *Traitement*. On a proposé contre le goître un grand nombre de remèdes tant internes qu'externes. — Indi-

cation et examen des diverses médications proposées par les auteurs contre le goître. 76 et suiv. — Topiques émolliens, antiphlogistiques, lorsque le goître devient douloureux et qu'il s'enflamme ; ouverture des abcès qui se forment dans sa substance. — Emploi des caustiques et du séton pour détruire peu à peu la tumeur ; avantages, inconvénients de cette pratique. — Extirpation ; cas dans lesquels cette opération peut être utile. VII, 80 et suiv.

GOMME. — *Voy.* Périostose.

GORGE (*ulcères de la*). — Sont de plusieurs sortes. Les plus simples et les plus faciles à guérir sont ceux qui succèdent à la chute des aphthes, d'une escarre, à l'ouverture d'un abcès, ou qui se manifestent au déclin de certaines maladies aiguës dont ils paraissent être la crise. — Leur traitement n'offre aucune indication spéciale. VI, 452, VI, 453. — Les ulcères vénériens de la gorge sont toujours consécutifs. — Caractères spéciaux des ulcères vénériens de la gorge et du voile du palais. — *Diagnostic différentiel*. VI, 453 et suiv. — Le pronostic de ces ulcères est subordonné à leur situation, à leur étendue, à l'état général du malade, et aux traitemens anti-vénériens qui ont été administrés. 460. — Abandonnés à eux-mêmes, les ulcères de la gorge ne guérissent point, et font au contraire des progrès plus ou moins rapides. 461. — Le traitement général est celui de la vérole constitutionnelle. VI, 461. VI, 462.

GOULARD (*eau végéto-minérale de*). — Conseillée pour le traitement de la brûlure aux 1<sup>er</sup> et 2<sup>e</sup> degrés. I, 166.

GOUTTE SEREINE. — (*Voy.* Amaurose.)

GRANDES LÈVRES (*plaies des*). Les plaies des grandes lèvres n'offrent rien de particulier relativement à

- leurs causes, à leurs symptômes et à leur traitement. X, 385 et suiv.
- GRANDES LÈVRES (tumeurs des).** Les grandes lèvres peuvent être le siège de plusieurs sortes de tumeurs : le phlegmon s'y montre plus communément que les autres. X, 386 et suiv. — Chez quelques femmes il se forme un abcès des grandes lèvres à l'époque des règles. 387. — Ces abcès dégèrent quelquefois en fistules borgnes incurables. X, 387 et suiv.
- GRANDES LÈVRES (tumeurs sanguines des).** Ces tumeurs ne sont autre chose que des ecchymoses produites par une forte contusion. Le traitement est le même que celui de l'ecchymose en général. X, 390 et suiv.
- GRANDES LÈVRES (œdème des).** Survient particulièrement chez les femmes enceintes, et dans certaines hydropisies; le traitement doit être dirigé le plus souvent contre la cause de la maladie. X, 392.
- GRANDES LÈVRES (varices des).** Ne présentent aucune indication particulière. 393.
- GRANDES LÈVRES (tumeurs fibreuses des).** Description anatomique de ces espèces de tumeurs. X, 393. — Ces tumeurs s'étendent quelquefois très-loin dans le bassin. Histoire de maladie y relative. X, 393 et suiv.
- GRANDES LÈVRES (tumeurs enkystées des).** Ces tumeurs sont de l'espèce du mélicéris et de l'athétôme : le traitement doit être celui de ces espèces de tumeurs. X, 396.
- GRANDES LÈVRES (tumeurs cancéreuses des).** Symptômes et marche de cette affection : l'ablation de la tumeur est le seul mode de traitement que l'on doit tenter. X, 396.
- GRANDES LÈVRES (tumeurs stéatoma-teuses des).** N'offrent ni symptômes ni indications particulières. X, 397 et suiv.
- GRAVATIVE (douleur).** Indique que le pus d'un phlegmon s'est réuni en abcès. I, 54.
- GRENOUILLETTE.** Tumeur salivaire qui se forme dans la bouche, au-dessous de la langue, et près de son ligament. — La nature de cette affection était ignorée jusqu'en ces derniers temps. — L'oblitération du canal excréteur de la glande maxillaire est la véritable cause de la grenouillette. — Examen des causes qui peuvent favoriser cette oblitération. VI, 286 et suiv. — Caractères de la salive aux différentes époques de la maladie. 288. — *Signes diagnostiques et différentiels* de la grenouillette. 288 et suiv. — *Traitement.* Désobstruction des conduits salivaires. — Ouverture de la tumeur avec les caustiques ou avec l'instrument tranchant. — Motifs qui doivent déterminer l'opérateur dans le choix des moyens à employer pour l'ouverture de la tumeur. VI, 290 et suiv.
- GUATTANI.** — Opéra un anévrisme de l'artère fémorale, attenant à l'arcade crurale. II, 118.

H.

**HÉMATODES (fungus).** — Ont été confondus avec les tumeurs fongueuses accidentelles. II, 319.

**HALL.** — A pratiqué avec succès l'opération de l'anévrisme de l'artère axillaire. II, 201.

**HALLER.** — Son opinion sur la formation du cal. III, 88, III, 89.

**HECTIQUE (fièvre).** — Conséquence de l'ouverture des abcès par congestion. I, 91. — Est causée par la résorption du pus et des matières putrides. I, 119.

**HEISTER (croix de).** — Est insuffisante pour maintenir réduites les fractures de la clavicule. III, 180, III, 182.

**HÉMATOCÈLE.** — Voy. Scrotum (*infiltration sanguine du*).

**HÉMATURIE (ou pissement de sang).** — Evacuation par l'urètre d'un sang plus ou moins pur venant des reins, des uretères ou de la vessie, et expulsé par les contractions de

ce dernier viscère. — Ne doit pas être confondue avec l'hémorrhagie de l'urètre. IX, 88. — Se distingue en rénale, en urétérique et en vésicale, suivant que le sang provient des reins, des uretères ou de la vessie. 89. — Cette hémorrhagie est primitive ou secondaire. 89. — S'observe dans les deux sexes, mais elle est plus commune chez la femme que chez l'homme. 89. — Peut dépendre d'un grand nombre de causes, dont les unes sont prédisposantes et les autres déterminantes; examen critique de ces causes et de leur influence. 89 et suiv. — Les symptômes sont différens, suivant que le sang vient des reins, des uretères ou de la vessie. 90. — L'hématurie idiopathique est très-rare. 90 et suiv. — *Signes diagnostiques* de l'hématurie rénale. 90 et suiv. — L'hématurie urétérique est extrêmement rare et n'est jamais idiopathique ou spontanée: signes auxquels on peut la distinguer des deux autres espèces. 95 et suiv. — L'hématurie vésicale peut être idiopathique, accidentelle ou symptomatique: signes particuliers auxquels ces différentes espèces peuvent se reconnaître. IX, 94 et suiv. Le sang rendu avec l'urine se trouve dans divers états, selon qu'il a séjourné plus ou moins long-temps dans la vessie. 97 et suiv. — Le pronostic de l'hématurie est différent, selon le viscère d'où le sang coule, la cause de son effusion, l'âge du malade, la quantité de sang qu'il rend par l'urètre ou qui s'épanche et s'accumule dans la vessie. 98 et suiv. — Signes auxquels on reconnaît le danger pressant de l'hématurie. 99 et suiv. — Les hématuries fréquentes et copieuses sont suivies de fièvre lente, de marasme et de la mort. 100 et suiv. — Le traitement de l'hématurie est différent selon l'espèce, les causes de la maladie, la quantité de sang que le malade rend

ou qui s'épanche et s'accumule dans la vessie. 101 et suiv. — Dans l'hématurie symptomatique le traitement doit être dirigé contre la maladie dont le pissement de sang est le symptôme. 102 et suiv. — Le sang en s'accumulant dans la vessie peut déterminer l'inflammation de cet organe. 103 et suiv. — Traitement au moyen duquel on favorise l'expulsion des caillots. 105 et suiv. — Traitement hygiénique au moyen duquel on peut prévenir le retour de cette maladie. IX, 107.

**HÉMÉRALOPIE.** — Affection dans laquelle les yeux perdent la faculté de voir pendant toute la nuit, tandis qu'ils exercent librement leurs fonctions quand le soleil est sur l'horizon. — *Causes*: diminution de la sensibilité de la rétine; certaines influences épidémiques. — *Pronostic*: est rarement fâcheux; la maladie cède en général avec assez de facilité. — *Traitement*: vomitifs et purgatifs, saignées locales et générales, vapeurs stimulantes dirigées sur l'œil. V, 471 et suiv., V, 475 et suiv.

**HÉMIOPSIE.** — Affection dans laquelle les objets paraissent coupés par la moitié — *Causes*: grossesse, hypochondrie, application des yeux long-temps continuée sur le même objet. V, 490 et suiv., V, 494 et suiv.

**HÉMORRHAGIE.** — L'un des accidens primitifs des plaies. — Ce qu'on entend par ce mot. — Ne doit point être confondue avec la simple effusion de sang. — A lieu le plus souvent au moment où la plaie est faite. — Circonstances qui influent sur les suites de l'hémorrhagie. — Celle qui vient des artères est beaucoup plus dangereuse que celle qui vient des veines. (*Voy.* veines et artères). — Plus dangereuse à l'intérieur qu'à l'extérieur. — Plus ou moins grave selon le calibre du vaisseau, selon sa situa-

tion, selon qu'elle a lieu pendant une opération ou dans une plaie, selon l'état moral ou physique du malade. — Procédés que la nature met en usage pour l'arrêter (*Voy. artères, plaies des*). I, 243 et suiv. — Procédés que l'art emploie pour l'arrêter : astringens, absorbans, styptiques, cautérisation, compression, ligature (*Voy. ces mots*). I, 253 et suiv.

**HÉMORRHAGIE NASALE.** — Peut être arrêtée par l'emploi des astringens. I, 253.

**HÉMORRHAGIE UTÉRINE.** — Peut être arrêtée par l'emploi des astringens. I, 253.

**HÉMORRHAGIE (de l'artère ranine).** — Est facilement arrêtée par la cautérisation. Observation rapportée par Brasdor. I, 256 et suiv. — D'une artère ossifiée ; d'une artère située dans l'épaisseur d'un os, dans une alvéole ; de l'artère épigastrique dans l'opération de la paracentèse, ne peut être arrêtée que par la compression directe. I, 263 et suiv.

**HÉMORRHAGIE.** — Des artères temporale, occipitale, tibiale antérieure, pédieuse, radiale, peut être arrêtée par la compression latérale. I, 260. — Des artères intercortale et honteuse interne, ne doit être arrêtée que par la compression latérale. I, 263.

**HÉMORRHAGIE (remèdes généraux de l').** — Saignée, diète, médicamens internes. I, 275 et suiv.

**HÉMORRHAGIE (produite par un instrument piquant).** — Le sang qui s'épanche dans le tissu cellulaire donne lieu à des accidens graves. — On doit faire la ligature toutes les fois que le vaisseau est à une certaine profondeur. I, 336 et suiv.

**HÉMORRHAGIE (produite par une plaie d'arme à feu).** — Ordinairement peu considérable au moment même ou la plaie est faite. — Survenant souvent lorsque la suppura-

tion commence à s'établir. I, 358 et suiv. I, 363 et suiv. — Elle peut, lorsqu'elle survient au premier moment de l'accident, être utile et prévenir l'inflammation. — Placer un tourniquet sur-le-champ, et faire ensuite la ligature. — Le tamponnement doit être évité autant que possible. I, 370 et suiv. I, 372 et suiv.

**HÉMORRHOÏDALES (tumeurs).** — *Voy. Hémorrhoides.*

**HÉMORRHOÏDES.** — On entend par hémorrhoides, non seulement le flux de sang par les vaisseaux qui se distribuent à l'intestin rectum, mais encore une ou plusieurs petites tumeurs sanguines situées sur le contour de l'anus ou dans l'intérieur de l'intestin. X, 46. — Les hémorrhoides sont plus fréquentes chez les adultes que chez les enfans, chez les hommes que chez les femmes. 46 et suiv. — Causes prédisposantes et efficientes des hémorrhoides. 47 et suiv. — Symptômes locaux et généraux qui précèdent et accompagnent leur apparition. 48. — Elles ont été distinguées en périodiques et en non périodiques, en constitutionnelles et en accidentelles. X, 49 et suiv. — *Tumeurs hémorrhoidales.* — Ont leur siège à la circonférence de l'anus, ou dans l'intérieur même du rectum, vers sa partie inférieure. X, 50. — Caractères spéciaux de ces tumeurs. 50 et suiv. — Caractères anatomiques des tumeurs hémorrhoidales internes. 51 et suiv. — La nature des tumeurs hémorrhoidales n'est pas encore parfaitement bien connue. La plupart des auteurs les regardent comme des dilatations variqueuses des veines du rectum. 53 et suiv. — Le *diagnostic* des tumeurs hémorrhoidales externes est généralement facile, il se tire des phénomènes qui précèdent leur apparition, et de la forme sous laquelle ils se présentent. X, 55 et suiv. — Le *diagnos-*

tie des tumeurs hémorroïdales internes est souvent impossible tant qu'elles n'ont pas acquis un volume considérable: elles font alors saillie au pourtour du rectum après l'expulsion d'une selle. 56 et suiv. — Les tumeurs hémorroïdales sont toujours, lors de leur apparition, compliquées d'un certain degré d'inflammation qui peut devenir beaucoup plus considérable. 58 et suiv. — Cette inflammation se termine le plus souvent par résolution, quelquefois par suppuration, très-souvent par gangrène, et assez fréquemment par induration squirrhense. X, 60 et suiv.

— *Flux hémorroïdal.* — Accompanye fréquemment les tumeurs hémorroïdales: peut exister cependant sans qu'il y ait de tumeurs. X, 61 et suiv. — Il présente des variétés relatives aux circonstances dans lesquelles le sang s'écoule. 62 et suiv. — Ce sang provient des extrémités artérielles: les malades le rendent quelquefois en gros caillots quand les hémorroïdes sont internes. 63. — La quantité du flux hémorroïdal varie beaucoup, 64. — Caractères spéciaux à l'aide desquels on le distingue des autres flux de sang par le rectum. 64. — Lorsque ce flux est peu abondant on doit le regarder comme une évacuation salutaire: sa suppression peut avoir les suites les plus fâcheuses. X, 64 et suiv.

— *Pronostic des hémorroïdes.* — Elles doivent, dans certaines circonstances, être regardées comme fort utiles à l'économie. X, 65 et suiv. — La situation des tumeurs hémorroïdales et plusieurs autres circonstances peuvent rendre cette maladie plus ou moins fâcheuse. X, 66 et suiv.

— *Traitement des hémorroïdes.* — La guérison radicale des hémorroïdes peut être tentée lorsqu'elles ne sont pas constitutionnelles. X, 67 et suiv. — Ce traitement doit être

d'abord dirigé contre les causes qui les ont produites. 68. — Lorsqu'il serait dangereux de les guérir, on ne doit chercher qu'à modérer l'intensité des accès et à prévenir les accidens dont elles peuvent se compliquer. 69. — Si le flux hémorroïdal est modéré, il faut se borner aux soins de régime; mais s'il est considérable et s'il menace les jours du malade, on prescrira des topiques répercussifs ou le tamponnement et la cautérisation. 69 et suiv. — Moyens de rappeler le flux hémorroïdal habituel supprimé. — Indication des moyens propres à combattre l'inflammation des hémorroïdes. X, 71 et suiv. — La ligature, l'excision, les caustiques et le cautère actuel sont les moyens dont on doit faire usage pour détruire les tumeurs hémorroïdales dont la présence ne peut être supportée. 72 et suiv. — La ligature a le double avantage de ne point effrayer les malades et de ne point exposer à l'hémorrhagie qui accompagne presque toujours l'excision de ces tumeurs. Manière de pratiquer la ligature; accidens auxquels elle peut donner lieu. 73 et suiv. — Les caustiques et le cautère actuel pour la destruction des tumeurs hémorroïdales sont abandonnés aujourd'hui. 75. — L'excision des tumeurs hémorroïdales est le moyen le plus sûr et le plus prompt d'en délivrer les malades: avantages et inconvéniens de cette méthode: manière de pratiquer l'opération, pansemens subséquens. X, 75 et suiv. — Manière de pratiquer l'excision des tumeurs internes. 77 et suiv. — Tamponnement du rectum pour arrêter l'hémorrhagie; description de cet appareil. 79 et suiv. Moyens propres à combattre l'inflammation qui suit l'opération. 83. — Moyens de prévenir l'oblitération de l'anus. X, 83 et suiv.

HERNIÉS DE L'ABDOMEN EN GÉNÉRAL.

(différences des). — Les hernies peuvent se former dans presque tous les points du bas-ventre ; mais ordinairement elles arrivent à sa partie antérieure et inférieure où la paroi abdominale est dépourvue de fibres musculaires, et où se trouvent des ouvertures naturelles. — *Inguinale*. VIII, 1 et suiv. — *Crurale*. 3. — *Ombilicale* ou *exomphale*. 3. — *Epigastrique*. 3. — *Du trou ovalaire*. 4. — *Du périnée*. 4. — *Du vagin*. 4. — *De l'échancrure ischiatique*. 4. — Les hernies qui se manifestent sur d'autres points de l'abdomen sont désignées sous le nom commun de *hernies ventrales*. 4. — Il en est d'autres que l'on appelle *hernies intérieures*. VIII, 5. — Tous les viscères de l'abdomen, à l'exception du duodénum, du pancréas et des reins, peuvent sortir de cette cavité et former des hernies. 5 et suiv. — Les différens viscères du ventre n'ont pas une égale tendance à sortir par tous les points où se forment les hernies. VIII, 6. — On a donné différens noms aux hernies à raison des viscères qu'elles contiennent ; *entéro-cèle*, *épiplocèle*, *entéro-épiplocèle*, *cystocèle*, *épiplomphale*, *entéromphale*, *entéro-épiplomphale*, *entéro-vaginale*. 7 et suiv. — La portion du péritoine que des viscères qui s'échappent poussent au dehors, forme une poche que l'on a nommée *sac herniaire*. 8. — Toutes les hernies ne sont pas renfermées dans un sac péritonéal. 9. — La grandeur et la figure du sac herniaire sont relatives à la grandeur et à la figure de la tumeur. VIII, 10 et suiv. — La face externe du sac herniaire est unie aux parties environnantes par une couche de tissu cellulaire qui présente beaucoup de variétés. 11 et suiv. — La face interne du sac communique avec la cavité de l'abdomen, par une ouverture à laquelle on a donné le nom d'orifice du sac.

Variétés de cet orifice. VIII, 12 et suiv. — Variétés de structure du sac herniaire. 13. — Les hernies diffèrent encore entre elles en ce que les unes sont simples et les autres compliquées. VIII, 14.

**HERNIES EN GÉNÉRAL (causes des).** — Les causes prédisposantes ou éloignées tiennent à la disposition des viscères de l'abdomen et des parois de cette cavité. VIII, 15 et suiv. — Elles peuvent être héréditaires. 17. — Les hernies peuvent se former à tout âge, mais on y est plus exposé dans l'enfance. 18. — Les causes efficientes des hernies sont toutes les puissances capables de pousser les viscères du ventre contre les parois de cette cavité, ou les parois contre les viscères. VIII, 19 et suiv. — Les causes efficientes n'occasionnent les hernies qu'autant qu'elles y concourent avec les causes prédisposantes. 20. — Les tumeurs se forment tantôt lentement, tantôt subitement. 21 et suiv. — Les hernies n'ont jamais un volume considérable dans le commencement. 22. — Changemens que subissent les viscères qui forment les hernies. VIII, 24 et suiv.

**HERNIES EN GÉNÉRAL (signes des).** — Les signes des hernies sont communs et particuliers. — Caractères spéciaux de la tumeur. 25. — Signes auxquels se reconnaissent et se distinguent l'entéro-cèle, l'épiplocèle, l'entéro-épiplocèle. 26 et suiv. — Les phénomènes que l'on regarde comme propres à faire distinguer la hernie intestinale et épiplorique ne suffisent pas toujours. 27 et suiv.

**HERNIES EN GÉNÉRAL (pronostic des).** Une hernie qui rentre facilement et qui peut être contenue par un bandage, n'est point une maladie fâcheuse. — Le pronostic varie à raison du lieu où elles se montrent, des parties qui les forment, de la manière dont elles arrivent, de leur volume, de l'âge du malade,

et des circonstances qui les accompagnent. VIII, 28 et suiv.

**HERNIES EN GÉNÉRAL (traitement des).**

La cure des hernies consiste à replacer dans le ventre les parties qui en sont sorties, et à les maintenir réduites avec un bandage convenable. VIII, 30. — La réduction des hernies n'a pas toujours lieu de la même manière. — *Taxis* : manière de le pratiquer. 31 et suiv. — On maintient les hernies réduites en exerçant sur l'ouverture herniaire, après la rentrée des parties, une compression non interrompue. 33. — Les bandages dont on fait usage dans les hernies inguinale et crurale sont le spica, le bandage de futaine et le brayer. — Description et mode d'application de ces bandages. VIII, 33 et suiv. — Le bandage, lorsqu'il est bien fait et porté sans interruption, peut dans certaines circonstances produire la cure radicale d'une hernie. VIII, 47 et suiv. — On peut présumer que la hernie a été entièrement guérie, d'après le temps que le bandage a été porté, et d'après quelques circonstances particulières. 49 et suiv. — On a proposé les astringens pour favoriser l'action des bandages compressifs. 50. — On a aussi tenté la cure radicale des hernies par divers procédés opératoires, tels que le cautère actuel. VIII, 51 et suiv. — La castration. 53. — Le point doré. 53. — La suture royale. 54. — La ligature circulaire. 54. — L'opération de la hernie étranglée a été appliquée aussi au traitement des hernies simples. 55 et suiv. — Toutes les opérations pratiquées pour la guérison des hernies simples sont insuffisantes et dangereuses. VIII, 50 et suiv.

**HERNIES EN GÉNÉRAL (complication des).** — Les hernies peuvent être compliquées de douleurs, d'adhérences, de corps étran-

gers, d'étranglement et de gangrène. VIII, 57. (*Voy.* plus bas.) *Hernies (douleurs considérées comme complication des).* — Les douleurs ne doivent être considérées comme accident des hernies que dans le cas où elles sont aiguës. — *Causes et traitement* de cette complication. VIII, 57 et suiv.

— *Hernies (adhérences considérées comme complication des).* — Les hernies anciennes sont très-souvent compliquées d'adhérences. — Les adhérences présentent beaucoup de variétés. VIII, 59. — Elles s'opposent presque toujours à la réduction. 60. — *Signes diagnostiques* des différentes hernies compliquées d'adhérences, et *traitement* qu'on doit opposer. VIII, 60 et suiv.

— *Hernies (complication des).* — *Corps étrangers.* — Il s'arrête quelquefois dans l'anse intestinale que forme la hernie des corps étrangers qui ont été avalés. — Cette complication n'est dangereuse que si ces corps sont pointus ou garnis d'aspérités. VIII, 63 et suiv.

— *Hernies (complication des).* — *Etranglement.* — Consiste dans l'interception complète ou presque complète du cours des matières, interception qui résulte de l'impossibilité de réduire la hernie, et qui provoque des accidens graves. VIII, 67. — Le rétrécissement, l'inflammation, la contraction des fibres aponévrotiques qui circonscrivent les ouvertures herniaires, ont été considérés pendant long-temps comme les causes exclusives de l'étranglement. 68 et suiv. — Le sac péritonéal est assez souvent l'agent de la compression qu'éprouvent les organes déplacés. 70. — Les adhérences accidentelles que contractent, soit ensemble, soit avec les viscères, les parois du sac péritonéal, deviennent aussi quelquefois les

agens de l'étranglement. 71. — Le sac peut être percé par les intestins, et ceux-ci être étranglés dans l'ouverture accidentelle de la membrane qui les renferme. 72. — Les intestins sont quelquefois eux-mêmes les agens de la compression qu'ils éprouvent. 73 et suiv. — Le passage de l'intestin au travers de l'épiploon déchiré, entraîne le plus souvent les symptômes de l'étranglement. VIII, 75. — Les matières accumulées dans l'anse intestinale déplacée, et les corps étrangers qui s'y arrêtent, deviennent quelquefois aussi les causes de l'étranglement. 77. — Le tissu cellulaire et le muscle crémaster peuvent également causer l'étranglement. 77 et suiv. — Cet accident est quelquefois le résultat de la réduction spontanée de la hernie. 78. — Les chirurgiens ont admis deux espèces d'étranglemens ; savoir l'étranglement avec inflammation, l'étranglement avec engouement : Richter en distingue une troisième espèce qu'il nomme étranglement spasmodique. VIII, 79. — Signes communs à toutes les espèces d'étranglemens. VIII, 79. — Signes particuliers de l'étranglement avec inflammation. 80. — Avec engouement. 81 et suiv. — De l'étranglement spasmodique. 82. — Certaines complications rendent quelquefois le *diagnostic* très-difficile. 83 et suiv. — Une inflammation qui se développerait spontanément dans une hernie ancienne et volumineuse, pourrait produire des symptômes semblables à ceux d'une hernie étranglée. 85. — Le *pronostic* de l'étranglement est toujours fâcheux. VIII, 86. — L'étranglement avec inflammation est toujours plus grave que l'étranglement par engouement. 86. — Dans l'entérocèle récente l'étranglement est en général d'autant plus grave que la tumeur est plus volumineuse. 87. — L'étran-

glement de la hernie inguinale est plus grave chez la femme que chez l'homme. 87. — La hernie intestinale est plus fâcheuse que la hernie épiploïque. 87 et suiv. — L'étranglement est plus grave chez les adultes que chez les enfans. 88 et suiv. — Dans le *traitement* de la hernie étranglée, on doit avoir pour objet de soustraire les parties à la constriction qu'elles éprouvent, et de les replacer dans leur situation naturelle. VIII, 89. — Moyens que le chirurgien devra mettre en usage pour réduire la hernie avant d'en venir à l'opération. 89 et suiv. — Nécessité d'en venir très-promptement à l'opération : motifs de ce précepte. 91 et suiv. — Dans la hernie avec étranglement par engouement, comme dans celle où l'étranglement est inflammatoire, on doit d'abord chercher à la réduire par le taxis : médications générales et topiques conseillées par les auteurs pour favoriser la réduction. VIII, 94 et suiv. — Opportunité, avantages, inconvénient des applications topiques réfrigérantes, 96 et suiv. — Emploi des purgatifs. VIII, 100 et suiv. — Lorsque les différens moyens que le chirurgien a mis en usage n'ont pas procuré la rentrée de la hernie, il reste à tenter l'opération. 103. — Elle n'est pas aussi urgente dans l'étranglement par engouement que dans l'étranglement inflammatoire. 103. — Dans le cas de hernie entéro-épiploïque, on doit opérer si l'épiploon seul n'a pu être réduit. 104. — Les accidens persistent quelquefois après la réduction. 105. — Les purgatifs sont indiqués lorsque la persistance de ces accidens dépend de l'atonie de l'intestin. 105. — Les mêmes accidens peuvent avoir lieu à cause de la persistance de l'inflammation de l'intestin ou de l'application d'un bandage avant l'entière réduction.

106 et suiv.—On a mis au nombre des causes de la persévérance des accidens de l'étranglement, la rentrée du sac avec l'intestin. VIII, 107 et suiv.

**HERNIE EN GÉNÉRAL (opération de la).** — Consiste à inciser les tégumens et le sac herniaire, à agrandir l'ouverture par laquelle les viscères sont sortis, pour faire cesser l'étranglement de ces viscères, les réduire ensuite ou remédier à leurs altérations. VIII, 112. — Instrumens nécessaires pour pratiquer cette opération : préparations relatives au malade. 112 et suiv. — Situation du malade : manière d'inciser les tégumens, le tissu cellulaire, le sac. 114 et suiv. — Manœuvres exercées sur l'intestin après l'ouverture du sac ; réduction. 120. -- Débridement : circonstances dans lesquelles il est nécessaire ; manière de le pratiquer. VIII, 120 et suiv. -- Manœuvres exercées sur l'intestin et mode de réduction après le débridement. 123. -- Préceptes relatifs à la coloration et aux adhérences de l'intestin. 123 et suiv. -- Souvent il est impossible de faire la réduction lorsque la hernie est ancienne et volumineuse quoique sans adhérences. 125 et suiv. -- La difficulté de la réduction tient quelquefois à ce que le débridement n'est pas assez considérable. VIII, 128. -- Introduction du doigt dans l'anneau lorsque l'intestin est réduit. 151. -- Excision des côtés du sac herniaire conseillée par la plupart des auteurs. 151. -- Pansement de la plaie résultant de l'opération. 151 et suiv. -- Causes de la persistance des symptômes de l'étranglement. Moyens de combattre ces accidens. 153 et suiv. -- Levée de l'appareil, application d'un bandage après la guérison de la plaie. VIII, 155 et suiv. -- Modification de l'opération dans le cas de hernie entéro-épiploïque. 156 et suiv. -- La

hernie épiploïque est en général moins sujette à l'étranglement que la hernie intestinale. VIII, 142. -- Dans le cas d'épiplocèle étranglée, l'opération n'est pas aussi instante que dans le cas d'entérocele. 145. -- Lorsque l'épiploon est frappé de gangrène, il faut retrancher ce qui est mortifié. 144. -- Accidens produits par les adhérences de l'épiploon avec les lèvres de la plaie et le col du sac. VIII, 145 et suiv.

**HERNIE (complication des).** — **Gangrène.** — La gangrène de l'intestin est une suite nécessaire de l'étranglement, si l'on ne pratique pas la réduction. VIII, 146. -- Cet accident n'est pas nécessairement mortel. 146. -- Symptômes sous lesquels s'annonce cette complication. 147. -- Lésions anatomiques trouvées à l'ouverture des cadavres. 148. -- Les phénomènes et les suites de la gangrène produite par l'étranglement d'une hernie intestinale, présentent des variétés suivant l'espèce et le degré de l'étranglement, le volume et l'ancienneté de la hernie, l'âge et la constitution du malade. 148. -- Analyse des phénomènes qui s'observent lorsque l'intestin est seulement pincé. 148 et suiv. -- Lorsqu'il est pincé dans la plus grande partie ou dans la totalité de son diamètre. VIII, 149 et suiv. -- Lorsqu'il forme une anse plus ou moins longue. 150 et suiv. -- Mécanisme suivant lequel la nature opère la guérison après la gangrène de l'intestin. -- Opinion et recherches anatomiques de Scarpa. 151 et suiv. -- Conduite du chirurgien dans le traitement des hernies avec gangrène de l'intestin. VIII, 155 et suiv. -- La liberté du cours des matières stercorales par la continuité du canal intestinal, pendant que l'intestin est étranglé, a été regardée comme un signe manifeste qu'il ne l'est que dans une portion de son diamètre.

157. — Signes auxquels on reconnaît que l'intestin n'a été qu'incomplètement gangrené après l'établissement d'un anus artificiel.

158. — Rien n'est plus propre à seconder les dispositions de la nature à la guérison, que les boissons laxatives et les lavemens.

159. — Règles à suivre pour l'établissement de l'anus contre-nature.

160. — Lorsque l'intestin gangrené forme une anse, la conduite du chirurgien doit être différente, suivant que l'intestin est libre ou adhérent, et gangrené dans une plus ou moins grande étendue.

161. — Lorsque l'anse intestinale est libre, on doit examiner avec le plus grand soin si l'intestin est réellement gangrené, ou s'il conserve encore sa vitalité.

— Signes auxquels on reconnaît la gangrène de l'intestin.

VIII, 161 et suiv. — Conduite du chirurgien dans le cas de gangrène.

162 et suiv. — Manière d'établir un anus contre nature; procédé de Littre.

164 et suiv. — On ne doit établir un anus contre nature que lorsqu'il serait dangereux de réunir les plaies de l'intestin.

166. — Procédé de Rhamdor pour la réunion des deux bouts d'intestin gangrené.

VIII, 166 et suiv. — Ce procédé mis en usage par l'auteur.

168 et suiv. — Procédé de Lapeyronie, 171 et suiv. — Ces divers procédés ont été abandonnés.

175. — Méthode généralement adoptée dans le cas où une anse intestinale, est gangrenée et sans adhérences.

175. — Procédé de la nature dans la guérison spontanée de l'anus artificiel incomplet.

175 et suiv. — La plupart des personnes qui ont été guéries d'une hernie par le rétablissement du cours naturel des matières fécales, sont sujettes à des coliques habituelles plus ou moins vives.

— Causes de ces coliques.

177 et suiv. — Accidens consécutifs à la guérison spontanée de l'anus contre nature incomplet.

179 et

suiv. — De l'anus contre nature en général. (*Voy. ce mot.*) VIII, 181 et suiv.

**HERNIE INGUINALE.** — Dispositions anatomiques des parties qui sont intéressées dans cette espèce de hernie, ou qui ont des rapports avec elle : situation respective des muscles, des aponévroses, du péritoine. VIII, 210 et suiv. — Rapports du cordon spermatique. 217 et suiv. — Ce qu'on doit entendre par canal inguinal : ses orifices, sa direction. 219 et suiv. — Artère épigastrique, ses rapports, sa direction, 220. — La hernie inguinale a été ainsi nommée, parce que la tumeur se montre d'abord dans l'aîne, et que les parties qui la forment sortent par l'anneau inguinal. 220. — Cette hernie présente dans sa formation des particularités remarquables, suivant qu'elle survient plus ou moins long-temps après la naissance, et que les viscères qui la forment poussent devant eux le péritoine; ou qu'elle se manifeste immédiatement après la naissance, et que les viscères descendent dans la tunique vaginale du testicule. Hernie inguinale ordinaire, hernie inguinale congénitale, VIII, 221. — Distinction en hernie inguinale interne et en externe, selon que les parties parcourent ou ne parcourent pas le canal inguinal. 221.

— *Hernie inguinale externe.* — Commence toujours au côté externe du ligament ombilical. — Son mécanisme. VIII, 222. — Modifications imprimées au cordon spermatique par le sac herniaire. 225.

— Le cordon spermatique est le plus souvent placé derrière le sac herniaire. 224. — Changement des rapports de l'artère épigastrique avec l'anneau, consécutivement à la formation de la hernie. 225 et suiv. — Hernie dite intra-inguinale, dans le cas où les viscères restent dans l'épaisseur de la paroi abdo-

minale; et extra-inguinale dans le cas contraire. VIII, 226 et suiv.

— *Hernie inguinale interne.* — Commence au côté interne du ligament ombilical. A été nommée aussi ventro-inguinale. VIII, 228. — Rapports particuliers du cordon et de l'artère épigastrique, dans le cas de hernie inguinale interne. 229. — Il est extrêmement difficile de distinguer la hernie inguinale interne de l'externe. VIII, 229.

— *Hernie inguinale congénitale.* — Ne diffère de la hernie inguinale ordinaire que parce que les parties déplacées sont contenues dans la tunique vaginale du testicule. Mécanisme de sa formation. VIII, 230 et s.

Les rapports du cordon et de l'artère épigastriques sont les mêmes que dans la hernie inguinale externe. 232. — Différences que présentent entre elles la hernie inguinale externe et la hernie congénitale. 232 et suiv. — Disposition anatomique qui rend compte de la facilité de la hernie inguinale chez les jeunes filles. 253. — Complication de la hernie inguinale ordinaire, et de la hernie inguinale congénitale. VIII, 233 et suiv.

— *Les hernies inguinales* sont formées ordinairement par l'intestin grêle, l'épiploon et l'arc du colon. VIII, 234 et suiv. — De toutes les parties du gros intestin qui sont fixes dans les régions du ventre, le cœcum est celle que l'on rencontre le plus fréquemment dans la hernie inguinale. Raisons de ce phénomène : disposition qu'affecte cet intestin. 236 et suiv. — *Diagnostic* spécial et différentiel des différentes espèces de hernies. VIII, 240 et suiv. — Dans les hommes, et surtout dans les enfans qui ont une tumeur à l'aîne, on doit examiner si le testicule du côté affecté est descendu dans les bourses. 242. — La hernie inguinale épiploïque est quelquefois très-difficile à connaître. 243.

— Il se forme quelquefois dans les cellules du tissu cellulaire du cordon un amas de sérosité auquel on a donné le nom d'hydrocèle par infiltration. — Signes auxquels on peut la distinguer d'une hernie. 243 et suiv. — Une tumeur graisseuse située sur le cordon spermatique, présente presque toujours les apparences d'une épiplocèle. 244 et suiv. — L'épiplocèle inguinale forme, dans quelques cas, un corps globuleux qui peut être pris pour un testicule surnuméraire. 245 et suiv. — L'épiplocèle inguinale peut en imposer aussi pour un varicocèle. 246. — Cette même hernie peut être prise pour un sarcocèle. 247. — Les hydatides développées dans la hernie épiploïque peuvent simuler une hydrocèle, et rendre le diagnostic de la maladie fort difficile : relation d'un fait de cette espèce. VIII, 247 et suiv. — Nature et cause des accidens déterminés par la hernie inguinale épiploïque. 248 et suiv. — *Le pronostic* et le traitement des hernies inguinales simples est le même que celui des hernies en général. 249 et suiv. — Tout ce qui a été dit des complications des hernies en général, et de la conduite que le chirurgien doit tenir dans chacune de ces complications, s'applique aux hernies inguinales. 250. — Dans la hernie congénitale, les intestins et surtout l'épiploon contractent souvent des adhérences avec le testicule : conduite du chirurgien dans cette circonstance. 251. — Les préceptes généraux exposés en traitant de l'opération de la hernie en général, sont applicables à celle de la hernie inguinale étranglée, avec certaines modifications. 252. — Direction de l'incision, lorsque la tumeur ne dépasse pas le pli de l'aîne : changement de direction de l'incision dans le cas contraire. 252 et suiv. — Précautions à observer pour l'incision du sac.

253. — De tous les points de l'opération, le plus important, c'est le débridement ou l'incision de l'anneau. VIII, 253. — Divergence d'opinions des auteurs, relative à la situation et aux rapports anatomiques de l'artère épigastrique. 254. — Incision parallèle à la ligne blanche, proposée par Rougemont et Scarpa : préceptes de l'auteur relatifs à ce point de chirurgie pratique. 255 et suiv. — Les hernies inguinales anciennes et volumineuses sont très-rarement attaquées d'étranglement : préceptes particuliers relatifs à la réduction de cette hernie, en cas d'étranglement. VIII, 257 et suiv.

**HERNIE CRURALE.** — A été ainsi nommée parce qu'elle est située au pli de la cuisse, et que les parties qui la forment s'échappent de l'abdomen en passant derrière l'arcade crurale. VIII, 251. — Disposition anatomique de l'arcade crurale, et différences chez l'homme et chez la femme. 258 et suiv. — Ce qu'on doit entendre par anneau crural. 262. — Rapports de l'arcade avec les diverses aponévroses de la cuisse et du bassin. 262 et suiv. — La hernie crurale est très-fréquente chez les femmes qui ont eu des enfans, et très-rare chez les filles et surtout chez les hommes. 265. — La hernie crurale sort par l'espace connu sous le nom d'anneau crural ou fémoral. Sa sortie par un autre point est presque impossible. 265 et suiv. — Direction de la hernie une fois sortie de l'anneau crural. 266 et suiv. — Cette hernie acquiert rarement un volume considérable. 267. — Sa forme présente beaucoup de variétés. 268. — Elle est formée ordinairement par l'intestin grêle; on y rencontre aussi quelquefois l'épiploon, mais il est rarement scul. 268. — Rapports anatomiques de la hernie avec les parties environnantes. VIII, 269 et suiv. — Rapports du col du sac her-

niaire, de l'artère épigastrique, du cordon spermatique. 270 et suiv. — Le sac herniaire de la hernie crurale est en général fort mince. 272. — Signes auxquels on reconnaît l'existence de la hernie crurale, et on la distingue de la hernie inguinale. 272 et suiv. — La distinction des deux espèces de hernies est plus difficile chez la femme que chez l'homme. 275. — *Diagnostic* différentiel de la hernie crurale et des tumeurs qui peuvent se développer dans le pli de l'aîne. — Bubon, abcès par congestion, varice. 274 et suiv. — L'indication curative est, en général, de réduire la tumeur et de la maintenir réduite. 278 et suiv. — Le bandage propre à maintenir la hernie crurale diffère peu de celui dont on se sert pour la hernie inguinale : modification de ce bandage. 279. — La hernie crurale est exposée à l'étranglement comme la hernie inguinale. VIII, 280. — Les règles établies en traitant de l'opération de la hernie en général, s'appliquent à celle de la hernie crurale, avec de légères modifications (*Voy.* Opération de la hernie en général). 280 et suiv. — Nécessité d'agrandir dans tous les cas le col du canal fémoral; direction que doit suivre le bistouri pour éviter de blesser les artères épigastrique et spermatique. VIII, 281 et suiv.

**HERNIE OMBILICALE.** — Hernie dans laquelle les viscères sont sortis par l'anneau ombilical ou par une ouverture voisine de cet anneau. VIII, 283. — Description anatomique de l'ombilic et des diverses parties qui entrent dans sa formation. 284 et suiv. — A été distinguée en hernie ombilicale de naissance et hernie ombilicale accidentelle. 286.

**HERNIE OMBILICALE CONGÉNITALE.** — Se forme le plus ordinairement pendant que le fœtus est encore contenu dans l'utérus. VIII, 286 et suiv. — S'observe quelquefois

dans les embryons les plus jeunes. 287.—Caractères généraux de cette hernie. 287. — Elle peut acquérir un volume considérable, et renfermer quelquefois la presque totalité des viscères de l'abdomen. 288. — Lorsqu'elle est considérable, elle fait presque toujours périr le fœtus dans le sein de la mère. VIII, 289. — Elle n'est pas toujours mortelle lorsqu'elle n'a pas un volume considérable et qu'on en peut faire la réduction. 289. — Bandage employé pour maintenir la hernie réduite et pour la guérir. VIII, 290.

*Hernie ombilicale accidentelle chez les enfans.* — Les enfans sont d'autant plus sujets à la hernie ombilicale qu'ils sont plus jeunes : mécanisme suivant lequel elle s'opère : sac herniaire. VIII, 291 et suiv.— Changemens de rapports entre les parties, amenés par la hernie ombilicale des enfans. 292. — La hernie ombilicale des enfans renferme le plus ordinairement une anse d'intestin grêle. 292. — Examen des causes prédisposantes et efficientes de cette maladie. 293. — *Signes diagnostiques* de cette hernie. 293 et suiv.— Abandonnée à elle-même elle fait sans cesse des progrès. 294. — Son *traitement* consiste à réduire le plus tôt possible les parties déplacées, et à les maintenir réduites à l'aide d'une compression méthodique. 294 et suiv. — Description des bandages employés pour maintenir la hernie ombilicale des enfans. 295 et suiv.— Bandage particulier employé par l'auteur pour les enfans de cinq et six ans et au-dessus. 297. — La compression méthodique produit d'autant plus sûrement la guérison de la hernie que l'enfant est plus jeune. VIII, 297 et suiv. — La ligature du sac herniaire après la réduction des parties, a été proposée comme le moyen le plus propre à guérir la hernie ombilicale des enfans :

cette méthode est aujourd'hui généralement rejetée : examen critique de cette opération par l'auteur. VIII, 298 et suiv.

*Hernie ombilicale chez les adultes.* — Les parties qui forment la hernie ombilicale chez les adultes s'échappent, non par le nombril, mais par une ouverture située au voisinage, et produite accidentellement par l'écartement des fibres de la ligne blanche. VIII, 301. — Forme du sac herniaire et des parties déplacées. 302. — Cette hernie est rarement formée par l'intestin seul. 303.— La distension forcée des parois de l'abdomen produit dans les fibres de la ligne blanche, et dans l'anneau ombilical, une disposition qui favorise singulièrement l'exomphale. 303. — Cette hernie se forme ordinairement avec lenteur ; son volume, sa forme, varient suivant les parties herniées et l'ancienneté de la tumeur. 303 et suiv. — Elle acquiert insensiblement un volume considérable. 304.—*Signes diagnostiques* de cette hernie. 306 et suiv. — Elle est sujette aux mêmes complications et aux mêmes accidens que les autres hernies. 307. — Le *traitement* aussi est le même que celui de la hernie inguinale et de la hernie crurale : on la maintiendra réduite à l'aide d'un bandage convenable : description et modifications de ces bandages. VIII, 307 et suiv.— La hernie ombilicale est susceptible d'étranglement comme toutes les hernies ; mais elle y est moins sujette que les hernies inguinale et crurale : dans ce cas, l'opération est toujours très-urgente. 310 et suiv. — Cette opération doit être pratiquée suivant les règles exposées en parlant des hernies en général : modifications particulières apportées dans l'incision de la peau et de l'aponévrose abdominale. 311 et suiv.— La gangrène

de l'intestin dans la hernie ombilicale exige le même traitement que celle qui survient au bubonocèle et à la hernie crurale. VIII, 312 et suiv.

**HERNIE DE L'ESTOMAC.** — Celle qui paraît à la partie supérieure de la ligne blanche, aux environs de l'appendice xyphoïde, parce qu'on a cru qu'elle était formée exclusivement par l'estomac. — Elle contient le plus souvent l'épiploon ou le colon. VIII, 314. — *Symptômes et signes diagnostiques de cette hernie*, tirés des caractères de la tumeur et de l'altération des fonctions des organes compris dans la hernie. 315 et suiv. — Le plus souvent on réduit aisément cette hernie et on la contient à l'aide d'un bandage analogue à celui que l'on emploie dans le traitement des hernies ombilicales. VIII, 317 et suiv.

**HERNIES VENTRALES.** — On comprend sous cette dénomination toutes celles qui se forment dans les régions antérieures et latérales de l'abdomen et au côté externe des muscles droits : ces hernies sont beaucoup plus rares que les autres. VIII, 324 et suiv. — Elles sont souvent la conséquence de l'affaiblissement des parois abdominales, des plaies, des contusions du ventre ; du déchirement, de l'écartement des aponévroses. 324 et suiv. — Les hernies ventrales se forment quelquefois subitement dans un effort violent. 326. — *Signes diagnostiques de ces tumeurs.* 327. — Les hernies ventrales doivent être réduites et contenues comme toutes les autres : manœuvre opératoire pour la réduction ; description des bandages mis en usage pour la contenir. 328. — Il arrive très-rarement que les hernies ventrales s'étranglent : l'opération se pratiquerait dans le cas d'étranglement comme pour les autres hernies. VIII, 328 et suiv.

**HERNIE DU TROU OVALAIRE.** — Les viscères de l'abdomen peuvent s'échapper hors de cette cavité en suivant la gouttière pratiquée dans le trou ovalaire pour le passage des vaisseaux et des nerfs. VIII, 329. — Elle a été observée pour la première fois par Garengéot. 329. — De tous les viscères que la hernie du trou ovalaire peut contenir, l'intestin iléon est celui qui s'y trouve le plus fréquemment. VIII, 330 et suiv. — Situation de cette hernie : elle fait très-rarement saillie en dehors. 331. — Le *diagnostic* n'en est facile que lorsqu'elle a acquis un volume assez considérable pour se montrer à l'extérieur. *Signes diagnostiques de cette maladie.* VIII, 331 et suiv. — Cette espèce de hernie est susceptible de s'étrangler. 332. — Si la réduction ne pouvait s'effectuer, il faudrait tenter l'opération. VIII, 333 et suiv.

**HERNIE ISCHIATIQUE.** — Hernie dans laquelle les parties sortent par l'échancrure ischiatique ; cette affection est extrêmement rare ; Papey est le premier qui en ait rapporté un exemple. VIII, 334 et suiv. — Verdier, Camper, Cooper, Lassus, ont également observé des hernies de cette espèce. 336 et suiv. — Cette hernie doit être traitée comme les autres ; dans le cas d'étranglement l'opération serait impraticable. VIII, 337 et suiv.

**HERNIE DU PÉRINÉE.** — Les intestins peuvent former une hernie au périnée ; cette hernie, extrêmement rare chez l'homme, a plus souvent été observée chez la femme. VIII, 338 et suiv. — Elle se forme à l'endroit où le péritoine se réfléchit du rectum ou de l'utérus sur la vessie. 340. — Le *traitement* de cette hernie consiste, comme pour toutes les autres, à la réduire et à la maintenir réduite ; manœuvre opératoire ; bandage approprié. VIII, 340. — La hernie intestinale du périnée est sus-

ceptible d'étranglement; procédé particulier pour l'opération. 341 et suiv. — Relation de deux faits de hernie du périnée observés par Smellie. VIII, 348 et suiv.

**HERNIE INTESTINALE DANS LE VAGIN.**—

Tumeur saillante dans le vagin, produite par une portion d'intestin qui a distendu les tuniques de ce conduit, ou qui s'est frayé une route entre les fibres de la tunique externe, et a seulement distendu l'interné; observée pour la première fois par Garengéot; relation du fait observé par cet auteur. VIII, 345 et suiv.—Elle occupe plus souvent la partie postérieure du vagin que l'antérieure. 346. — Les enveloppes de l'entérocele vaginale sont ornées par les parois du vagin et le péritoine. 346. — Cette hernie peut être simple ou compliquée de cystocèle, de pierre dans la vessie, de chute de la matrice ou du rectum, de polype utérin, de cancer du col de l'utérus, et d'étranglement ou de resserrement causé par la compression de la matrice dans la grossesse. 347 et suiv. — Les causes de l'entérocele vaginale sont les mêmes que celles des autres hernies. 348. — Sa formation est tantôt lente et graduée, et tantôt subite. 348. — Forme, volume, caractères de la tumeur; signes auxquels on reconnaît sa situation anatomique; *diagnostic* différentiel. 349 et suiv. — Le *Traitement* de cette hernie consiste à réduire la tumeur et à la maintenir réduite; procédé de réduction; bandages employés pour la maintenir; pessaires. VIII, 350 et suiv.—L'entérocele vaginale est quelquefois compliquée d'étranglement; signes auxquels se reconnaît cette complication; la réduction doit être tentée sur-le-champ. 353 et suiv. — Examen de l'opération à pratiquer dans le cas où l'étranglement ne pourrait être réduit. 354. — Quelquefois l'intestin descend

jusque dans les grandes lèvres de la vulve; caractères spéciaux de cette tumeur; *traitement*. VIII, 355 et s.

**HERNIE DE LA VESSIE, ou cystocèle.** — Tumeur formée par une portion de la vessie sortie de la cavité abdominale. VIII, 356.—Cette hernie se fait par l'anneau inguinal, par l'arcade crurale, au périnée et dans le vagin. 357.

— *Cystocèle inguinale* n'a lieu ordinairement que d'un côté; mais peut être double. 357.—Est beaucoup plus fréquente chez l'homme que chez la femme. 357. — Considérations anatomiques pour expliquer le mécanisme de la formation de cette hernie. VIII, 358 et suiv. — Il peut y avoir complication d'entérocele avec une cystocèle. 361. — Dans la cystocèle inguinale, la vessie, après avoir franchi l'anneau, éprouve des changements ultérieurs fort remarquables. 361 et suiv. — La cystocèle inguinale est quelquefois compliquée d'étranglement causé par l'accumulation de matières muqueuses et terreuses et par la présence d'un calcul. 362.—*Signes diagnostiques* de cette maladie. 362 et suiv. — Cette espèce de hernie ne peut être confondue avec aucune autre maladie; *diagnostic* différentiel. VIII, 363 et suiv. — L'étranglement de la hernie de la vessie est communément accompagné d'inflammation. 365.—La cystocèle n'offre de danger qu'autant qu'il se forme un étranglement. 365 et suiv. — Conduite du chirurgien dans le cas où la hernie de la vessie est compliquée de la présence d'un calcul. 366 et suiv.—Lorsqu'il y a en même temps cystocèle et entérocele, s'il y a étranglement, c'est ordinairement l'intestin qui l'éprouve; *traitement* relatif à la hernie de l'intestin. Modifications apportées à l'opération par le voisinage de la vessie. VIII, 369 et suiv.

—*Cystocèle crurale.* —La hernie de

la vessie par l'arcade crurale est beaucoup plus rare que celle de l'anneau inguinal. — Elle a été observée par Verdier et Levret. — Les signes pathognomoniques et la cure de la cystocèle crurale sont les mêmes que ceux de la cystocèle inguinale. VIII, 370.

— *Cystocèle périnéale.* — Cette hernie, quoique fort rare, a été observée une fois chez l'homme et deux fois chez la femme. VIII, 370 et suiv. — Elle n'a jamais été observée chez la femme hors le temps de la grossesse. 373. — *Signes diagnostiques* de cette tumeur. 373. — Une tumeur qui pourrait être considérée comme une espèce de cystocèle périnéale, est celle que formerait au périnée une pierre contenue dans la vessie. VIII, 373 et suiv.

— *Cystocèle vaginale.* — Cette espèce de hernie de la vessie se montre exclusivement à la partie antérieure du vagin. — Elle a lieu ordinairement chez les femmes qui ont eu plusieurs enfans; mécanisme de sa formation. VIII, 374 et suiv. — Lorsque la cystocèle vaginale a lieu chez une femme enceinte, elle peut acquérir pendant l'accouchement un volume assez considérable pour gêner la sortie de l'enfant. 375. — Elle se développe quelquefois peu de jours après l'accouchement. 376. — La cystocèle vaginale simple, peu volumineuse, est facile à contenir à l'aide d'une éponge disposée en pessaire. 377. — Outre la cystocèle vaginale, la vessie est sujette à une autre espèce de déplacement auquel on a donné le nom de descente de la vessie. — Caractères de cette hernie; moyen d'y remédier. VIII, 378 et suiv.

**HERNIE DE LA MATRICE, ou hystérocèle.**

— La matrice peut former hernie au-dessus du pubis, ou lorsqu'elle est vide ou lorsqu'elle est remplie du produit de la conception. VIII,

381. — Il est fort rare qu'il y ait hernie de cet organe dans son état de vacuité; faits relatifs à cette affection, rapportés par Chopart et Lallement. 381 et suiv. — Signes auxquels cette affection se reconnaît et se distingue des autres tumeurs développées au-dessus du pubis. VIII, 383. — Faits relatifs à la hernie de la matrice au-dessus du pubis pendant la gestation. 383 et suiv. — L'opération césarienne est dans ce cas le seul moyen de traitement à employer. 386. — Fait de réduction de l'utérus rempli du produit de la conception, rapporté par Ruisch. VIII, 387.

**HERNIE DE L'OVAIRE.** — L'ovaire peut sortir par l'anneau inguinal et former une hernie. VIII, 387. — Faits de hernie de l'ovaire rapportés par Verdier, Pott et Lassus. 387 et suiv. — La réduction devrait être tentée dans le principe; et l'extirpation de l'ovaire dans le cas d'adhérences. VIII, 390.

**HERNIE THORACIQUE.** — Voy. Hernie diaphragmatique.

**HERNIE DIAPHRAGMATIQUE.** — Nom donné au passage des viscères de l'abdomen dans la poitrine par une ouverture du diaphragme; cette affection est quelquefois le résultat d'un vice de conformation; fait de ce genre rapporté par Vicq d'Azyr. VIII, 391 et suiv. — Presque tous les enfans qui naissent avec ce vice de conformation périssent au bout de quelques mois; quelquefois cependant la vie peut se prolonger. 392 et suiv. — Observations de ce genre rapportées par Becker, Chauvet, J.-L. Petit. 392 et suiv. — La hernie diaphragmatique se fait quelquefois par l'ouverture du diaphragme qui donne passage à l'œsophage; mais le plus souvent elle a lieu par une ouverture accidentelle. 396. — Des plaies du diaphragme peuvent causer cette espèce de hernie. 396 et suiv. — Le *diagnostic* de cette

- hernie est de la plus grande obscurité ; on ne peut obtenir que des signes rationnels fort équivoques. — La guérison de cette maladie ne doit point être tentée. VIII, 399 et suiv.
- HERNIE ( du cerveau ).** — Voy. Encéphalocèle.
- HEURTELOUP.** — A employé avec avantage le bain froid et le mercure, dans le cas de tétanos traumatique. I, 299, I, 300.
- HIPPOCRATE.** — A parlé de la ligature des vaisseaux. I, 264, I, 265.
- HOFFMANN ( gouttes d' ).** — Conseillées contre les irritations du système nerveux dans les plaies d'armes à feu. I, 392. I, 394.
- HOME.** — Expériences relatives aux anévrismes. II, 89.
- HOPITAL ( pourriture d' ).** — Voyez Pourriture.
- HUILE D'OLIVES ( embrocations d' ).** — Vantées par Pouteau dans le traitement des plaies par morsure d'animaux venimeux. I, 431, I, 434.
- HUMÉRUS ( fractures du corps de l' ).** — Ont lieu dans tous les points de la longueur de l'os. — Peuvent être transversales, obliques, comminutives, simples ou compliquées. — Ont lieu directement ou par contre-coup. — Le déplacement s'observe toujours, mais varie selon le lieu et la direction de la fracture. — *Diagnostic* : douleur, impuissance, difformité, mobilité des fragmens, crépitation. — *Prognostic* : est généralement peu grave, à moins que la fracture n'ait lieu au voisinage de l'articulation du coude. — *Traitement*. Réduction de la fracture. — Application de trois ou quatre attelles que l'on assujettit par des doloires. — Changer l'appareil tous les sept ou huit jours ; l'enlever du quarante-cinquième au cinquantième jour, et le remplacer par un bandage roulé. — *Traitement* de la fracture de l'extrémité inférieure de l'os :
- le bras est soutenu dans la demi-flexion, et on applique en avant et en arrière une attelle en carton mouillé que l'on assujettit à l'aide de nombreux tours de bande. III, 188 et suiv, III, 190 et suiv.
- HUMÉRUS ( fracture du col de l' ).** — Ne peut être produite que par une cause immédiate. — Le déplacement existe toujours, mais n'est jamais porté assez loin pour que les fragmens cessent d'être en contact. — *Diagnostic*, difficile : signes communs et différentiels de cette fracture et de la luxation. — *Prognostic*, fâcheux en général : la consolidation est très-difficile à obtenir, quand la fracture a son siège au-dessus des tubérosités. — *Traitement* : la réduction est ordinairement facile ; mais il est difficile de maintenir les parties en contact. — Bandage de Moscati préférable à ceux employés auparavant ; sa description, manière de l'appliquer. — Appareil de Ledrau. — Moyens contentifs proposés par l'auteur. III, 196 et suiv., III, 198 et suiv.
- HUMÉRUS ( luxations de l' ).** — Sont les plus fréquentes de toutes. — Considérations anatomiques qui expliquent la facilité de ces luxations. — Les luxations de l'humérus sont presque toujours produites par une chute dans laquelle le coude, étant écarté du corps, appuie sur une place solide. — La luxation en bas est le résultat d'une violence extérieure combinée avec l'action vive et soudaine des muscles grand pectoral, grand dorsal et grand rond. — *La luxation en avant* a lieu lorsque le bras étant porté en arrière, cette attitude vient à être forcée par une violence extérieure. — *La luxation en arrière* nous paraît impossible, à moins qu'il n'y ait disposition vicieuse des surfaces articulaires. — *La luxation en haut*, qui n'a jamais été observée, ne saurait

avoir lieu sans une fracture simultanée de l'acromion, de l'apophyse coracoïde et de l'extrémité correspondante de la clavicule. — Dans la luxation de l'humérus, la capsule articulaire est toujours plus ou moins déchirée, et les muscles environnans refoulés par la présence de la tête de l'os. IV, 174 et suiv.

*Signes des luxations de l'humérus.*

— *Luxation en bas.* Le bras est allongé, demi-fléchi, dirigé en dehors, et n'est plus dirigé selon l'axe de l'épaule : aplatissement du moignon de l'épaule ; saillie de l'apophyse acromion ; présence de la tête de l'humérus dans la région de l'aisselle ; impossibilité des mouvemens spontanés du bras.

— *Luxation en dedans.* L'aplatissement du moignon de l'épaule n'est bien sensible qu'à la partie postérieure ; la tête de l'humérus est placée au-dessous de l'apophyse coracoïde ; le bras est dirigé en dehors et en arrière.

— *Luxation en dehors.* Le bras est dirigé en avant et en dedans ; la tête de l'humérus est située au côté externe de l'angle antérieur de l'omoplate. — Déplacements consécutifs de l'humérus par suite de l'action musculaire. — *Pronostic :* est généralement peu grave, à moins que les luxations ne soient compliquées de contusion violente ou de fracture. — Lorsque l'on a négligé de faire la réduction, l'os ne tarde pas à contracter des adhérences avec les parties molles environnantes, et il se forme une nouvelle articulation qui ne permet que fort peu de mouvemens du membre. IV, 186 et suiv.

— *Traitement.* — Dans toutes les sortes de luxations de l'humérus, on devra pratiquer l'extension et la contre-extension. — Les procédés anciens n'avaient tous pour but que de faire la coaptation, et ils sont nuisibles en cela. — Inconvéniens du procédé de l'ambi, du ta-

lon, des machines extensives et contre-extensives : l'extension doit être appliquée au poignet, la contre-extension doit agir sur l'omoplate de manière à l'empêcher de céder à la force qui tend à allonger le bras. — La direction de la force extensive doit d'abord se rapprocher de l'attitude qu'avait le membre au moment de la luxation. —

Le bras ne doit être ramené à sa position naturelle que lorsque la tête de l'humérus a été conduite vis-à-vis de la cavité glénoïde. —

Manière de placer le malade, de disposer les lacs et les aides. — L'extension doit être faite directement en dehors quand la luxation a lieu en bas. — En arrière, quand elle a lieu en dedans. — En dehors et en devant, quand elle a lieu en arrière.

— Lorsque la luxation est réduite on applique un bandage de corps pour empêcher les mouvemens du membre. — Complication d'inflammation : traitement antiphlogistique. — Complication de paralysie : traitement révulsif stimulant. — Emphysème : traitement résolutif. IV, 193 et suiv.

**HUMEUR AQUEUSE** (*trouble de l'*). Est produit ordinairement par l'inflammation de la membrane qui tapisse les deux chambres de l'œil.

— *Traitement* dirigé contre cette inflammation. V, 496 et suiv, V, 500 et suiv.

**HUMEURS.** — Leur afflux vers la partie irritée. I, 12 et suiv. — Leur altération cause de l'inflammation.

I, 14 et suiv. — Sont elles-mêmes altérées par l'inflammation. I, 21.

— Leur altération rend l'hémorrhagie plus difficile à arrêter. I, 247.

**HUNAUD.** — Ses expériences pour démontrer l'inutilité des embrocations huileuses dans le traitement des plaies par morsures d'animaux venimeux. I, 431, I, 434.

**HUNTER.** — Modifie d'une manière importante le procédé d'Anel pour l'opération de l'anévrisme. —

- Cette modification a reçu le nom de procédé de Hunter. — Pratique la ligature du vaisseau beaucoup au-dessus de la tumeur anévrismale. — Modifications apportées à son procédé. II, 144 et suiv., II, 145 et suiv. — Parallèle entre son procédé et la méthode ancienne. II, 153 et suiv.
- HYDARTHROS.** — Voy. Hydropisie des articulations.
- HYDROCÈLE.** — Tumeur aqueuse des bourses. X, 173. — Se distingue en plusieurs espèces selon que la sérosité occupe telle ou telle partie du scrotum, selon qu'elle est répandue dans les cellules du tissu cellulaire ou amassée dans une poche. X, 173.
- *Hydrocèle par infiltration.* — A été encore nommée œdème du scrotum. X, 174. Cette espèce d'hydrocèle est le plus ordinairement symptomatique. 174. — Elle est souvent la suite de l'hydropisie ascite, de l'hydrothorax, de l'anasarque, ou même de l'œdème des jambes et des cuisses : caractères distinctifs de cette tumeur. 175. — Elle n'exige ordinairement pas d'autre traitement que celui de la maladie dont elle est l'effet : manière de pratiquer les mouchetures. X, 175 et suiv.
- *Hydrocèle celluleuse ou infiltration du cordon spermatique.* X, 177 et suiv. — Elle se présente sous un aspect différent selon son volume. *Marche, symptômes* de la maladie. 178 et suiv. — Cette affection est tantôt symptomatique, le plus souvent idiopathique. 179. — Le *diagnostic* de l'hydrocèle celluleuse du cordon spermatique présente quelquefois beaucoup de difficulté. 179. — *Traitement* : application des topiques alcooliques ; incision pratiquée sur la tumeur. X, 179 et suiv.
- HYDROCÈLE de la tunique vaginale.** — Elle présente des différences relatives au volume et à la figure de la tumeur, aux qualités du liquide qui la forme, à l'épaisseur de la tunique vaginale, à la situation et à l'état du testicule, aux diverses circonstances accidentelles dont la maladie peut être accompagnée. X, 181. — Développement et forme de la tumeur. 181 et suiv. — Nature du liquide de l'hydrocèle. 182 et suiv. — Le testicule s'atrophie souvent à la suite de l'hydrocèle. 185. — Cette affection peut être compliquée d'une dégénérescence du testicule ou de ses membranes. X, 185 et suiv. — Cette hydrocèle peut survenir dans tous les âges. 186. — Cause prochaine et éloignée de la maladie. 186 et suiv. — *Signes diagnostiques* de l'hydrocèle de la tunique vaginale. 187 et suiv. — *Signes diagnostiques* de l'hydrocèle congénitale : *diagnostic* différentiel. 189 et suiv. — *Le pronostic* de cette maladie n'offre en général rien de fâcheux : la cure est ou palliative ou radicale. X, 191 et suiv.
- *Cure palliative de l'hydrocèle de la tunique vaginale.* — Cette cure consiste dans la ponction de la tumeur, afin de donner issue au liquide qui la forme. X, 192 et suiv. — Le lieu de la tumeur où la ponction doit être faite mérite une attention particulière à raison de la situation du testicule. — Procédé opératoire pour pratiquer cette opération. 193 et suiv. — La ponction de l'hydrocèle peut donner lieu à quelques accidens, tels que la piqûre du testicule, son inflammation et une hémorrhagie intérieure. — *Traitement* des accidens auxquels ces circonstances peuvent donner lieu. X, 195 et suiv.
- *Cure radicale de l'hydrocèle.* — Peut être tentée sans inconvénient toutes les fois que cette affection est simple et que l'individu qui en est atteint jouit d'ailleurs d'une bonne santé. X, 198. — On ne peut guérir radicalement l'hydrocèle de la tunique vaginale qu'en détermi-

nant dans cette tunique et dans la tunique albuginée, une inflammation assez forte pour qu'il en résulte l'adhérence totale des deux membranes : les procédés chirurgicaux à l'aide desquels on parvient à ce but sont : l'incision, l'excision, la cautérisation, le séton, la tente et les injections. X, 198.

— *Incision.* — Consiste à ouvrir la tunique vaginale dans toute la longueur de la tumeur, à la remplir de charpie dans la vue d'exciter une inflammation convenable. X, 199 et suiv. — Manière de pratiquer cette opération. *Traitement* du malade à la suite de l'incision; inconvéniens graves de ce procédé opératoire. X, 199 et suiv.

— *Excision.* — Consiste à disséquer et à enlever la plus grande partie de la tunique vaginale; manière de pratiquer cette opération; inconvéniens graves qui en peuvent résulter. X, 201 et suiv.

— *Cautérisation.* — Consiste à ouvrir l'hydrocèle avec des caustiques, ou même avec le cautère actuel; manière d'exécuter cette opération, ses avantages. X, 203 et suiv.

— *Séton.* — Consiste à passer dans la tumeur, suivant sa longueur, une bandelette de linge ou de coton, afin d'y exciter l'inflammation convenable. X, 206. — Description du procédé de Pott; *Traitement* consécutif à l'opération; avantages, inconvéniens de cette méthode. X, 206 et suiv.

— *Tente.* — Consiste à inciser la tunique vaginale et à y introduire une tente. X, 208. — Mouro propose d'y laisser la canule. 208. — Ce procédé est assez avantageux. 208 et suiv.

— *Injection.* — Est le procédé le moins ancien et celui qui est le plus avantageux. X, 209 et suiv. — Matière de l'injection, manière de la pratiquer. 211 et suiv. — *Traitement* consécutif à l'opération. 215. — Le vin est le liquide que l'on préfère

le plus ordinairement pour faire l'injection. 213. — *Signes* auxquels on reconnaît que l'opération doit avoir un succès heureux. 213. — Quelquefois le vin s'infiltré dans le tissu cellulaire des bourses et produit des accidens extrêmement graves. X, 214 et suiv. — Cette infiltration dépend toujours de la maladresse du chirurgien. 216<sup>o</sup> et suiv. — Cette opération est également applicable aux hydrocèles avec épaissement de la tunique interne. 217 et suiv. — Ce procédé opératoire ne saurait convenir dans l'hydrocèle congénitale, à cause de la communication de la tunique vaginale avec le péritoine. X, 220.

**HYDROCÈLE ENKYSTÉE.** — A été ainsi nommée parce que la sérosité qu'elle contient est renfermée dans une poche formée par la pression et la condensation des lames du tissu cellulaire. X, 221. — Cette espèce d'hydrocèle est plus rare que celle de la tunique vaginale. 221. — *Signes diagnostiques* et *diagnostic différentiel* de cette tumeur. 211 et suiv. — Le diagnostic cesse d'être facile lorsque la maladie est compliquée. *Signes* auxquels on reconnaît la complication d'hydrocèle de la tunique vaginale. 222 et suiv. — La complication de hernie. 223 et suiv. — Le *traitement* de l'hydrocèle enkystée est en général le même que celui de l'hydrocèle de la tunique vaginale : l'injection est le procédé que l'on doit préférer. 224. — Chez les enfans la tumeur se dissipe quelquefois spontanément ou à l'aide de fomentations résolutives. X, 224. — *Hydrocèle du sac herniaire.* — L'hydrocèle du sac herniaire peut exister avec ou sans hernie. X, 224 et suiv. — L'hydrocèle avec hernie n'a lieu que dans les hernies anciennes et volumineuses. 225. — La ponction est la seule opération que l'on doive se permettre après la réduction de la hernie. 225

et suiv. — Il est difficile et la plupart du temps impossible de distinguer l'Hydrocèle du sac herniaire sans hernie de l'hydrocèle enkystée du cordon. 228. — On ne doit tenter la guérison de cette tumeur que par la méthode de l'incision : l'injection pourrait avoir les plus graves inconvéniens. X, 228.

**HYDROGÉPHALE.** — Augmentation du volume de la tête causée par un épanchement de sérosité dans l'intérieur du crâne. — A été distinguée en interne et externe. — Existe presque toujours dans les deux ventricules latéraux, rarement dans un seul, quelquefois entre la dure-mère et la pie-mère. — Cette maladie est particulière aux enfans et se développe même quelquefois pendant la vie fœtale. — *Signes diagnostiques* : volume plus considérable du crâne, écartement des os, tumeur circonscrite, de forme et de grosseur différente, située à l'occiput et quelquefois sur le sommet de la tête. — *Symptômes* : toux, vomissemens, angoisses, convulsions, dilatation de la pupille, saillie des yeux, écoulement de l'épine, abolition graduelle de l'intelligence et des mouvemens ; paralysie plus fréquente des membres inférieurs que des supérieurs, saillie extrême du front, écartement des os et surtout des fontanelles, transparence du cuir chevelu et de la tumeur, amincissement des os du crâne. — *Altérations pathologiques* : accumulation de sérosité, hydatides, amincissement extrême du cerveau. — *Traitement* : diurétiques, laxatifs, préparations mercurielles, vésicatoires volans, compression, ponction, discussion de ces différens moyens curatifs. V, 19 et suiv.

**HYDROMPHALE.** — nom donné à une tumeur de l'ombilic, formée par l'eau contenue dans un kyste dépendant du tissu cellulaire du péritoine. — Ne doit point être

confondue avec la tumeur de l'ombilic qui accompagne les hydrophisies de l'abdomen. — Réclame le même traitement que les tumeurs enkystées du péritoine. VII, 557 et suiv.

**HYDROPÉRICARDE.** — Amas de sérosité dans le sac membraneux qui enveloppe le cœur, assez considérable pour troubler les fonctions de cet organe. — L'hydropisie du péricarde présente des différences relatives à ses causes, à sa marche, à la quantité et à la qualité du liquide qui le forme, et à ses complications. VII, 593. — Examen des causes qui peuvent produire cette maladie, ou y prédisposer. 593. — La marche de la maladie n'est pas toujours la même. 594. — Le diagnostic en est extrêmement difficile. 595. — *Signes diagnostiques* : tirés des caractères de la respiration, du siège et de la nature de la douleur, du pouls, des mouvemens du cœur, de l'habitude du malade, de la percussion du côté gauche du thorax. VII, 595 et suiv. — Lésions anatomiques trouvées à l'ouverture des cadavres. 598. — Les indications curatives sont de favoriser la résorption du liquide épanché, et de lui donner issue lorsque la résorption est impossible. 599. — Ponction du péricarde proposée par Sénac à l'effet d'évacuer le liquide contenu dans ce sac membraneux. VII, 599. — Opération de ce genre pratiquée sans succès par Desault. 400. — L'incision des parois de la poitrine et du péricarde avec le bistouri doit être préférée à la ponction. 401. — Trépanation du sternum proposée par Skielderup ; avantages de cette méthode. VII, 402.

**HYDROPHOBIE.** Voy. Rage.

**HYDROPTHALMIE.** — Augmentation considérable des humeurs de l'œil. — *Causes* : contusions, plaies, ophthalmie violente. — *Signes diagnostiques* : volume toujours croissant

sant de l'œil, trouble de la vue, douleur au fond de l'orbite, saillie de l'œil, larmolement, gonflement inflammatoire de la conjonctive. — *Pronostic* très-fâcheux : la perte de la vue est presque certaine; la vie même est en danger si la maladie parvient à un très-haut degré. — *Traitement*. Dans le début, purgatifs, saignées générales et locales. — Quand la maladie est très-avancée, la ponction de l'œil est le seul moyen qu'il convienne de mettre en usage. V, 560 et suiv., V, 565 et suiv.

**HYDROPIE DES ARTICULATIONS.** — Tumeur plus ou moins considérable, fermée par l'accumulation de la synovie dans une articulation. — S'observe dans la plupart des articulations, et notamment dans celle du genou. — La quantité de la synovie qui peut s'amasser contre l'ordre naturel dans une articulation, est généralement proportionnée à l'étendue du ligament capsulaire, et peut être quelquefois fort considérable. — La synovie en séjournant dans une articulation devient épaisse, visqueuse, et prend une couleur fauve plus ou moins foncée; dans d'autres cas elle est plus ou moins trouble, et semblable à du petit-lait clarifié. — Est toujours une maladie lente et chronique. — Est constamment locale ou idiopathique, et ne dépend que de la lésion des fonctions de la membrane synoviale. IV, 456 et suiv.

*Causes.* — Prochaine, internes, externes. — Cause prochaine : le défaut d'équilibre entre l'exhalation de la synovie et son absorption. — Causes externes : la contusion, la distorsion d'une jointure, l'action d'un froid rigoureux, une entorse négligée, la présence d'un corps étranger articulaire. — Causes internes : métastase érysipélateuse ou rhumatismale : l'affection rhumatismale est la cause la plus commune de cette maladie. IV, 459 et suiv.

*Signes diagnostiques.* — Tumeur molle, circonscrite par les attaches du ligament capsulaire, sans changement de couleur à la peau, avec fluctuation; indolente ou peu douloureuse, obéissant à la pression du doigt, mais ne conservant pas son empreinte comme l'œdème. — Au poignet elle occupe les parties antérieure et postérieure de l'articulation. — Au pied la tumeur est plus apparente au devant des malléoles; à l'épaule elle est toujours bornée à sa partie antérieure; au genou, elle n'occupe que les régions antérieure et latérale, et est plus apparente pendant la flexion que pendant l'extension du membre. IV, 462 et suiv.

*Pronostic.* — Le pronostic est en général fâcheux. — L'art est souvent impuissant pour obtenir la résolution de l'épanchement. — Le pronostic est d'autant plus grave que la maladie est plus ancienne, que l'articulation est plus étendue. — S'il y a complication de scrophules, de carie de l'os et de suppuration, l'amputation est le plus souvent le seul moyen de salut. IV, 465. *Traitement.* — Quand l'affection rhumatismale d'une articulation est médiocre, la diète, le repos, les émoulliens et les anodins, suffisent ordinairement : si l'inflammation est plus intense on met en usage les saignées locales et générales, la diète la plus sévère, les boissons délayantes et rafraîchissantes : l'application de vésicatoires volans sur l'articulation sera utile quand la violence de la fièvre aura diminué. — Utilité des fomentations spiritueuses, aromatiques, des fumigations résolutes, des linimens volatils, du bandage compressif, des topiques irritans de toute sorte. — Emploi du moxa si les vésicatoires volans et les autres médications excitantes n'ont pu amener la résolution. — Ponction de la tumeur; opportunité, danger,

conséquences de cette opération ; son inutilité dans la plupart des cas. — Ne doit point être faite lorsque l'hydropisie est le résultat d'un vice rhumatismal. — Doit être pratiquée au contraire, 1° lorsque l'hydropisie est compliquée de la présence d'un corps étranger dans l'articulation, 2° quand la maladie est très-considérable et accompagnée de douleurs qui empêchent les mouvemens de l'articulation. — La ponction ne doit être pratiquée qu'avec un bistouri à lame très-étroite ou avec un trois-quarts ; la plaie doit être réunie par première intention. Combattre les accidens inflammatoires s'il en survient. — Histoires de maladies relatives à l'hydropisie des articulations et à leur traitement. IV, 466 et suiv.

**HYDROPIESIE (du bas ventre).** Voy. Ascite.

**HYDROPIESIE (enkystée du péritoine),** Nom donné à une collection séreuse qui se forme entre le péritoine et les muscles abdominaux. I, 519. — Elle commence dans un point quelconque de l'abdomen, par une tumeur peu volumineuse, circonscrite, qui prend un accroissement successif. 519 et suiv. — Lésions anatomiques trouvées à l'ouverture des corps. 520 et suiv. — Le *diagnostic* présente beaucoup de difficultés : diagnostic spécial : diagnostic différentiel. 522 et suiv. — Le *pronostic* est d'autant plus grave que l'hydropisie est plus ancienne et plus étendue. 523 et suiv. — Histoire de guérison de la maladie. 525 et suiv. — Les *indications curatives* sont différentes, suivant que la tumeur est récente, d'un volume médiocre, circonscrite, sans complication de squirrhe, etc. — On doit tenter, quand la chose est possible, d'obtenir la cohésion des parois du kyste, pour empêcher la récurrence de la congestion aqueuse. — Les moyens pour parvenir à ce but

sont : l'incision. I, 528. — Les caustiques. 529. — La ponction du kyste, et le séjour d'une canule dans sa cavité. I, 530 et suiv.

**HYDRORACHIS.** — A son siège dans les mêmes membranes que l'hydrocéphale, est aussi particulière à l'enfance, et souvent existe simultanément à l'hydrocéphale. — S'annonce par plusieurs tumeurs plus ou moins volumineuses, situées sur un point quelconque de la colonne épinière. — *Diagnostic.* — Tumeur ordinairement ronde, à base large, transparente dans quelques cas. — S'il y a plusieurs tumeurs, la pression exercée sur l'une d'elles augmente la tension et le volume des autres, et quelquefois même fait gonfler les fontanelles dans le cas d'hydrocéphale simultanée. — Paralyse des membres inférieurs. — *Pronostic.* — Cette maladie est ordinairement mortelle ; mais l'époque à laquelle périssent les enfans n'a rien de fixe. — *Lésions pathologiques.* — Destruction de la partie postérieure du canal vertébral ; altération consécutive de la moelle épinière ; variétés dans la couleur du liquide qui forme la tumeur. — *Traitement :* celui de l'hydrocéphale. V, 217, V, 218 et suiv.

**HYDROTHORAX.** — Amas de sérosité entre la plèvre et le poumon. — Est distinguée en essentielle et en symptomatique. — Motifs de cette distinction. I, 376 et suiv. — L'hydrothorax symptomatique ou consécutive est beaucoup plus fréquente que la primitive ou essentielle. 377. — Le diagnostic est presque toujours obscur et difficile. Causes de cette difficulté. 377. — *Signes diagnostiques :* tirés de la conformation du thorax ; de la respiration, du pouls, de la toux, de la percussion. I, 378 et suiv. — Il est fort difficile de reconnaître si la maladie est essentielle ou consécutive : règles à cet égard. 380 et

suiv. — Le pronostic, toujours très-grave, varie en raison des causes, de la nature, des symptômes, des complications de la maladie. 381 et suiv. — Description des lésions anatomiques rencontrées à l'ouverture des cadavres. 382. — Les indications curatives sont de favoriser la résorption de la sérosité, et lorsque cette résorption est impossible, de donner issue à ce liquide en pratiquant une ouverture aux parois de la poitrine. I, 383. — Exemple de guérison par la ponction du thorax, obtenue par Willis. 384. — Exemples de guérison analogue rapportés par Duverney. 385. — Par Sénac. 386. — Par Morand. 387. — On peut espérer la guérison lorsque l'hydrothorax est essentielle; mais la maladie est incurable lorsqu'elle est symptomatique. 389 et suiv. — Hydrothorax guérie par l'auteur sans paracentèse. I, 390 et suiv. —

**HYPOPYON.** — Les auteurs ont désigné sous ce nom plusieurs espèces d'abcès qui ont leur siège, les uns dans les lames de la cornée, les autres derrière cette membrane, dans la chambre antérieure, et d'autres dans la cavité entière de l'œil. — (Voy. abcès de la cornée, empyème de l'œil.) L'hypopyon, proprement dit, est une collection de pus dans les chambres de l'humeur aqueuse. — *Causes*: plaies, contusions, corps étrangers, ophthalmie intense. — *Signes diagnostiques*: douleur, inflammation, tache blanchâtre mobile derrière la cornée. — *Traitement*: antiphlogistiques au début, incision de la cornée condamnée par l'auteur. V, 414 et suiv. V, 417 et suiv.

**HYPOSPADIAS.** — Vice de conformation de la verge, dans lequel l'orifice de l'urètre n'est pas directement à l'extrémité du gland, X, 340. — Se présente sous des aspects différens qui permettent d'en distinguer trois espèces. 340. —

Description anatomique de la première espèce d'hypospadias; traitement. 340 et suiv. — Description anatomique de la seconde espèce d'hypospadias; traitement. 343 et suiv. — Description anatomique de la troisième espèce d'hypospadias; cette maladie est incurable. 346 et suiv. — Il arrive quelquefois que l'orifice de l'urètre se trouve à la partie supérieure de l'urètre. — Caractères anatomiques de ce vice de conformation. X, 347 et suiv.

I.

**ICTÈRE.** — Accompagne le plus souvent les plaies par morsures d'animaux venimeux. I, 427, I, 429.

**IDIOPATHIQUE** (*inflammation*). — I, 6.

**IMPERFORATION** (*de l'an*). — Voy. Anus.

**IMPERFORATION** (*de l'utérus*). — Voy. Matrice.

**IMPERFORATION** (*du vagin*). — Voy. Vagin.

**INCARNATIF** (*bandage*). — Voy. Bandages.

**INCONTINENCE D'URINE.** — Considérations physiologiques sur les fonctions de la vessie. IX, 270 et suiv. — L'incontinence d'urine est le flux involontaire de ce liquide par le canal de l'urètre. Cette maladie ne doit pas être confondue avec la sortie de l'urine par regorgement. 272. — L'incontinence d'urine est complète ou incomplète. 273 et suiv. — L'incontinence complète est toujours idiopathique, et dépend de la paralysie du sphincter et de l'inertie du col de la vessie. 274 et suiv. — On conseille contre cette espèce de maladie les toniques, tant intérieurement qu'extérieurement. 275. — L'incontinence d'urine complète, produite par la paralysie du sphincter de la vessie, est beaucoup plus rare chez la femme que chez l'homme. — Description de l'urinal employé pour la femme. 275 et suiv. — L'incontinence d'urine in-

- complète peut avoir lieu pendant la veille et la nuit, ou pendant le sommeil seulement, ce qui constitue deux sortes d'incontinence d'urine incomplète. IX, 276 et suiv. — Cette affection peut dépendre d'un excès de sensibilité de la vessie. 277. — On doit rapporter à l'incontinence d'urine incomplète l'écoulement involontaire d'une certaine quantité de liquide, produit par une cause quelconque qui comprime le corps de la vessie, et en diminue la capacité. 277. — Le pronostic de l'incontinence d'urine incomplète est différent suivant la cause de la maladie. IX, 278. — Le traitement de cette affection est toujours subordonné à la cause qui l'a produite. — *Traitement* différent, suivant qu'elle dépend de l'atonie du sphincter et du col de la vessie, ou de l'exaltation de la sensibilité et de la contractilité de cet organe. 278 et suiv. — L'incontinence d'urine nocturne ne s'observe guère que chez les très-jeunes enfans; ses causes sont fort peu connues, sa cure est presque toujours spontanée. 279 et suiv. — Les moyens moraux, l'usage des toniques ont été conseillés pour la guérison de cette infirmité. 281 et suiv. — L'usage des cantharides a été particulièrement préconisé dans ce cas. — Faits relatifs à ce genre de traitement. IX, 282 et suiv.
- INDIGESTION.** — Retarde la guérison des plaies qui suppurent. I, 259.
- INDURATION.** — L'une des terminaisons de l'inflammation. — Ses caractères. — Est propre aux inflammations chroniques. — S'observe plus ordinairement dans les organes glanduleux, dans la peau, dans le tissu cellulaire. — Celle des glandes est dangereuse, et nécessite souvent l'ablation de la glande indurée. — Est quelquefois préférable à la suppuration. I, 35. I, 34. — Est souvent produite par l'application intempestive des répercussifs. I, 44. — Tâcher toujours de la prévenir. I, 51.
- INFERNALÉ (pierre).** — Voy. Nitrate d'argent.
- INFLAMMATION en général.** — Sa définition. — Ses phénomènes. — A son siège spécial dans le tissu cellulaire. — Les tissus qui y sont le plus exposés. — Ses différens noms selon l'organe enflammé. — Variétés relatives à sa marche, à son intensité, au sexe, à l'âge, aux tempéramens, aux saisons, aux climats. — Distinguée en aiguë et en chronique. — Différence de sa marche, suivant les tissus. — Son intensité varie dans le même tissu. — Elle est idiopathique ou essentielle, symptomatique ou accidentelle. — Ses causes prochaines. — Théorie de Boerhaave. — Elle est produite par l'irritation. — Théorie de Vanhelmont. — Ses causes éloignées, occasionnelles. — Externes, chimiques ou mécaniques. — Internes, l'altération des humeurs. — Ses causes prédisposantes. — Diathèse inflammatoire. — Ses symptômes locaux, particuliers, généraux. — Elle s'accompagne toujours de rougeur, de tuméfaction, de chaleur, de rougeur. — Altère les humeurs, et notamment le sang. — Son pronostic variable suivant le siège de la maladie, son intensité, son étendue. — Se termine par délitescence, résolution, suppuration, induration, gangrène. I, 1 jusqu'à 22. — Moyens employés pour la combattre. — Diète, remèdes internes et externes. I, 35 et suiv. — Ses indications curatives variables. I, 48 et suiv.
- INFLAMMATION considérée comme complication des plaies simples.** — Est très-commune dans les plaies par instrumens piquans ou contondans. — Peut survenir à toutes les époques des plaies. Ses causes. — Ses symptômes locaux, généraux. — S'oppose à la guérison des plaies. — *Traitement.* — Celui de l'inflammation en général. I, 280 et suiv.

I, 281 et suiv.—*Considérée comme complication des piqûres.*—Ses causes.— Ses effets. — Est ordinairement très-violente. I, 337.

**INFLAMMATION (du col de la vessie).**—*Voy.* Rétention d'urine.

**INFLAMMATION (de la vessie).** — *Voy.* Vessie.

**INJECTIONS.**—Doivent être faites dans les clapiers des abcès.—Se feront à grande eau et avec des liqueurs stimulantes. — Doivent être souvent renouvelées. I, 68 et suiv.

**INNOMINÉS (fractures des os).** — Sont très-rares.—Ne peuvent avoir lieu que par l'effet d'une cause agissant sur le lieu même de la fracture.—Occupent le plus souvent l'iléon, mais quelquefois l'ischion ou le pubis.—Sont accompagnées de contusion extrêmement violente, qui affecte en même temps les viscères contenus dans le bassin, et entraîne des accidens graves.—Le déplacement est peu considérable.—*Diagnostic* : fort difficile, à moins que la fracture n'occupe la crête de l'iléon ou le pubis. — Mobilité des fragmens; crépitation.—*Pronostic* : en général très-grave à cause des complications. — *Traitement* : enlever les esquilles à l'aide d'incisions convenables; combattre l'inflammation des organes contenus dans le bassin, et les accidens nerveux qui surviennent. III, 153 et suiv., III, 155 et suiv.

**INSECTES.** — Peuvent inoculer à l'homme le virus de la pustule maligne qu'ils ont puisé sur les animaux affectés de maladies charbonneuses. II, 67.

**INSTRUMENS.**—Se divisent en naturels et en artificiels. — Les instrumens naturels sont les mains du chirurgien, et généralement toutes les parties de son corps qui peuvent lui servir à pratiquer une opération. — Les instrumens artificiels sont les moyens mécaniques auxquels on a recours quand les mains ne suffisent pas. — Le plus grand

nombre est de fer et d'acier.—L'or, l'argent, le plomb et plusieurs autres matières, servent aussi à leur confection. — Se distinguent en ceux qui servent à préparer les appareils, en ceux qui servent à pratiquer les opérations, et en ceux qui servent aux pansemens.—Les instrumens avec lesquels on prépare les appareils, sont les ciseaux, les spatules, les aiguilles, etc. — Ceux qu'on emploie aux pansemens sont les pinces, les stylets, etc. — Les instrumens qui servent à pratiquer les opérations se divisent en communs et en propres. — Les instrumens communs sont d'usage dans plusieurs opérations; les instrumens propres ne servent qu'à une seule opération. V, 6 et suiv.

**INTENTION.** — Nom donné à la réunion des plaies. — Première. — Seconde. I, 183 et suiv.

**INTESTINS (corps étrangers dans les).**— Les accidens qu'ils déterminent doivent être traités comme ceux qui sont causés par la présence des corps étrangers dans l'estomac. VII, 197 et suiv. (*Voy.* Estomac.)

**INTESTIN (plaies de l').** Les plaies de l'intestin faites par des instrumens tranchans, exigent un traitement différent, selon que ces parties restent dans l'abdomen ou se présentent à l'extérieur — Dans le premier cas, on se borne à combattre les accidens inflammatoires qui ne manquent pas de survenir. — Dans le second cas, on peut avoir recours à la suture pour prévenir l'épanchement des matières dans le ventre. VII, 463. — Les moyens généraux ont quelquefois suffi pour procurer une guérison complète, dans le cas où les intestins blessés ne se présentaient pas à la plaie, ou lorsque, se présentant à la plaie, ils n'étaient divisés que dans une très-petite étendue. 463 et suiv. — Lorsque ces plaies ont plus de quatre lignes de longueur, la suture est

- indispensable. — Cette opération ne doit être pratiquée que sur l'intestin sorti de la cavité abdominale. 465. — On a proposé et employé diverses espèces de suture pour les plaies de l'estomac et des intestins. — Suture du Pelle'ier, ses inconvénients. 465. — Suture à anse proposée par Ledran; manière dont elle se pratique. 466. — Suture à points passés, proposée et pratiquée par Bertrandi : doit être préférée. VII, 466. — Dans le cas où l'intestin a été divisé transversalement, on établira un anus artificiel. 467. — Procédés mis en usage pour réunir les deux bouts de l'intestin divisé; manière de reconnaître le bout supérieur. 468. — Procédé d'invagination imaginé par Ramdhor. 469 et suiv. — Description du procédé de Chopart et de Desault. VII, 471 et suiv. — Les plaies de l'estomac exigent la suture pratiquée de la même manière que dans les plaies obliques ou longitudinales des intestins. VII, 473.
- INTESTIN** (*invagination de l'*). — A reçu le nom de *volvulus*. — La gastrotomie a été conseillée par quelques auteurs pour guérir cette maladie. VII, 491 et suiv.
- INTROVERSION** (*de la vessie*). — Voyez *Vessie* (*Introversion de la*).
- INTUSSUSCEPTION** (*de l'intestin*). — Voyez *Invagination*.
- INVAGINATION** (*de l'intestin*). — Voyez *Intestin*.
- IRIS** (*staphylôme, procidence, ou hernie de l'*). — Tumeur formée par l'iris engagée dans une ouverture contre nature de la cornée. — Peut avoir son siège dans toutes les parties de la surface convexe de la cornée. — *Causes* : plaies, contusions, opérations chirurgicales pratiquées sur l'œil; abcès, ulcères, fistules de la cornée; staphylôme de la cornée. — *Signes diagnostiques*. — Tumeur noirâtre proéminent au travers d'un trou de la cornée, déformation de la pupille, larmolement, ophthalmie, douleur vive au début de la maladie. — *Traitement* : cautérisation, excision de la tumeur. — *Traitement général* en cas de complication. V, 426 et suiv., V, 429 et suiv.
- IRIS** (*adhérence vicieuse de l'*) à la cornée. — Cette adhérence est quelquefois congéniale, et le plus souvent est produite par les plaies de la cornée. — Les adhérences au cristallin tiennent aux mêmes causes. — *Traitement* : exposer l'œil alternativement à l'obscurité et à une lumière vive. V, 433 et suiv., V, 437 et suiv.
- IRIS** (*décollement de l'*). — Est presque toujours l'effet d'une lésion extérieure ou d'une hernie de l'iris. — Peut être total ou partiel. — S'accompagne presque toujours de la perte de la vue ou de la confusion des humeurs de l'œil. — *Traitement*, nul prévenir seulement ou combattre les complications. V, 437, V, 440.
- IRIS** (*imperforation de l'*). — Est quelquefois congénitale, succède quelquefois aux plaies, aux contusions de l'œil, aux ophthalmies violentes, à l'opération de la cataracte. — L'absence complète de la pupille, la cécité presque absolue, en forment les signes pathognomoniques. — *Traitement* : consiste à pratiquer dans l'iris une ouverture artificielle : cette opération fut faite d'abord par Cheselden : procédé de Cheselden et de Morand. — Procédé combiné de Cheselden et de Janin. — Procédé de Demours. V, 440 et suiv., V, 443 et suiv. — Procédé de Scarpa. V, 442, V, 446.
- IRIS** (*Mouvement convulsif de l'*). — A été encore nommé *souris*. — Est caractérisé par le rétrécissement et l'élargissement alternatifs et continuels de la pupille, et d'un changement continu dans la sensation de la lumière. — *Traite-*

ment : calmans, saignées, pédiluves, etc. V, 449 et suiv., V, 453 et suiv.

**IRRITABILITÉ.** — Définition. — Est une des causes les plus puissantes de l'écartement des lèvres des plaies. — Est en raison directe de l'irritation produite à l'extrémité d'un muscle. I, 180 et suiv.

**IRRITANS (topiques).** — Conseillés pour exciter la surface des plaies qui suppurent. I, 236, I, 237.

**IRRITANS.** — Déterminent quelquefois la suppression de la suppuration. I, 519. — Doivent être employés pour les ulcères et les plaies menacés de la pourriture d'hôpital. I, 527. — Sont conseillés dans les plaies d'armes à feu accompagnées de stupeur. I, 592, I, 594.

**ISCHURIE.** — Voy. Rétention d'urine.

## J.

**JAMBE (fracture de la).** — Nom donné à la fracture simultanée du tibia et du péroné. — Est produite par une cause directe ou par contre-coup. — A lieu à des hauteurs et dans des directions différentes. — Le déplacement peut avoir lieu dans tous les sens, mais il est relatif à la direction de la fracture et à la cause qui l'a produite. — Peut être tel que l'un des fragmens se fasse issue à travers les tégumens. — Le diagnostic en est extrêmement facile : la difformité, la crépitation sont fort apparentes. — La réduction est très-facile : le bandage à bandelettes séparées, des attelles de bois, des remplissages de balle d'avoine et des rubans de fil, suffisent pour contenir la fracture de la jambe : manière d'appliquer l'appareil, époques auxquelles il faut le renouveler et l'enlever. III, 360 et suiv., III, 363 et suiv.

**JQUES (plaies des).** — Doivent être réunies par la suture lorsqu'elles sont profondes. VI, 224, VI, 225.

**JOUES (tumeur des).** — La fluxion consiste en une tuméfaction de la

joue, avec ou sans phénomènes inflammatoires. — Influences atmosphériques sous lesquelles elle se développe; causes prédisposantes, efficientes. — *Traitement* : varie en raison des causes qui font naître la fluxion, et de la forme sous laquelle elle se montre. VI, 225 et suiv.

**JOUES (fistules des).** — Cet accident s'observe quelquefois à la suite du charbon, d'une brûlure, qui ont percé la joue de part en part avec perte de substance. — Le *traitement* de ces sortes de fistules consiste à exciser les bords de la fistule par deux incisions semi-elliptiques, et à réunir ensuite au moyen de la suture entortillée. VI, 231. — *Fistules dentaires.* — Sont produites et entretenues par la carie des dents, le gonflement de leur racine, ou par la sortie difficile des dernières grosses molaires. — *Symptômes*, caractères spéciaux et siège de ces fistules. — Le *traitement* est distingué en préservatif et en curatif. VI, 232 et suiv.

**JUGULAIRE (saignée de la).** — Voyez Saignée.

**JUSQUIAME.** — Mise au nombre des médicamens topiques anodins. I, 48.

**JUSSIEU.** — A obtenu la guérison de la morsure d'une vipère par l'emploi de l'eau de Luce.

## K.

**KEATE.** — A pratiqué avec succès la ligature de l'artère axillaire.

**KYSTE.** — Voy. Tumeurs, Hydropisie, Athérome, Stéatôme, Méricéris, Ganglions, Ovaire, Loupes.

## L.

**LABYRINTHE (maladies du).** — La membrane qui tapisse les cavités qui composent le labyrinthe peut s'enflammer et suppurer, et les os se carier. — On ne peut assigner du

vivant du malade le siège précis de l'altération. — Cette maladie est le plus souvent mortelle. VI, 54.

**LACRYMALE (tumeur).** — Tumeur plus ou moins volumineuse, située au-dessous du grand angle de l'œil, oblongue, molle, formée dans le sac lacrymal par l'amas des larmes et d'une humeur muqueuse, puriforme. — Occupe toujours le sac lacrymal. — *Causes* : tout obstacle au cours des larmes dans la fosse nasale par le canal nasal; inflammation chronique de la membrane muqueuse, épaissement du mucus sécrété, etc.; la compression du canal par un polype, etc., etc. — *Symptômes* : tumeur à l'angle de l'œil se vidant facilement par la pression, larmolement; inflammation érysipélateuse du sac et de la peau environnante; abcès, fistule. — Cette maladie n'est que le premier degré de la fistule, et ne doit point être confondue avec l'anchilops. — La tumeur lacrymale est quelquefois compliquée de l'oblitération des points lacrymaux; dégénération de la tumeur en fistule. *Voy.* Fistule lacrymale. V, 293 et suiv., V, 295 et suiv.

**LACRYMALE (fistule).** — L'une des terminaisons de la tumeur lacrymale. — Est simple ou compliquée. — Est caractérisée par la sortie des larmes, par l'ulcération du sac lacrymal. — Ne guérit jamais spontanément, et nécessite les secours de la chirurgie. — *Traitement* : quand la tumeur lacrymale est récente les fumigations résolatives sont employées. — Quand la fistule est établie, on a proposé la compression permanente; inutilité et danger de cette méthode. — L'indication est de rétablir le cours des larmes au moyen des injections, des sétons, des sondes, des bougies, des canules poussées dans ce canal par les conduits lacrymaux, par le nez, ou par une incision pratiquée au sac lacrymal. — Méthode d'Anel.

— Sa description, ses avantages. V, 299 et s. V, 301 et suiv. — Méthode de Méjan, ses avantages, ses inconvénients; manière de la mettre en usage. V, 307 et suiv., V, 309 et suiv. — Méthode de Palucci. V, 312, V, 314. — Méthode de Laforest : consiste à rétablir le cours des larmes par le canal nasal en introduisant par le nez des sondes dans ce canal; manière de la mettre en usage, ses inconvénients, ses avantages. V, 312 et suiv., V, 314 et suiv. — Méthode de Petit : consiste à rétablir le cours naturel des larmes, en débouchant le canal nasal avec une sonde et des bougies introduites par une ouverture faite au sac lacrymal, au-dessous du tendon du muscle orbiculaire des paupières. — Procédé opératoire. V, 316 et suiv., V, 318 et suiv. — Procédé de Monro. — Abandonné par les praticiens. V, 320, V, 322. — Méthode de Pouteau. — Discutée par l'auteur, abandonnée par les praticiens. V, 323 et suiv., V, 325 et s. — Usage des sétons et des bougies, proposés par Petit, Pouteau, Lecat, Monro; avantages et inconvénients de cette méthode. V, 324 et suiv., 326 et suiv. — Procédé de Lecat pour dilater le canal nasal à l'aide du séton; modifications de Pamard et de Desault; manière d'opérer; traitement et pansemens subséquens à l'opération. V, 327 et suiv., V, 329 et suiv. — Procédé des anciens remis en vigueur par Scarpa; cautérisation de l'os unguis, perforation du même os; manière de faire cette opération. — *Traitement* et pansemens subséquens à l'opération. — Procédé de Hunter pour perforer l'os unguis. V, 339 et suiv., V, 341 et suiv. — La fistule lacrymale n'est pas toujours une maladie purement locale; elle est quelquefois produite ou compliquée par un vice scrofuleux, vénérien ou autre. — Dans ce cas on doit administrer d'abord les re-

mèdes internes propres à combattre la diathèse générale, et en continuer l'usage pendant tout le temps que le malade est soumis au traitement local, et quelquefois même long-temps après la terminaison de ce traitement. — La récurrence de la maladie est très-fréquente. — L'obstruction du canal nasal et l'atonie du sac lacrymal en sont la cause la plus ordinaire. V, 348 et suiv., V, 351 et suiv.

**LACRYMAUX** (*maladies des points et des conduits*). — Les points et les conduits lacrymaux peuvent être engorgés, leur direction peut être changée; ils peuvent être rétrécis, oblitérés, dilatés ou ulcérés. — La cause la plus ordinaire de ces maladies est l'inflammation. — Introduction de la sonde d'Anel, injections. — Dans le cas d'oblitération, on rétablira la route par le procédé d'Antoine Petit, ou par celui de Monro. — Description de ces procédés, leurs inconvéniens, leurs avantages. V, 288 et suiv., V, 290 et suiv.

**LAFAYE.** — Cite l'exemple d'une réunion du bras après la division de l'os et de presque toutes les parties molles. III, 415, III, 418.

**LAGOPHTALMIE.** — Maladie dans laquelle la paupière supérieure est rétractée ou trop étroite pour pouvoir s'abaisser et couvrir entièrement le globe de l'œil. — Est ordinairement le résultat d'une brûlure, de la gangrène ou d'une plaie avec déperdition de substance. — *Traitement* : inciser la cicatrice et tenir écartées les lèvres de la plaie. — Cette pratique est blâmée par l'auteur. — La maladie est essentiellement incurable. V, 267 et suiv. V, 269 et suiv.

**LAMBEAU.** — Entièrement cerné par une incision, peut jouir encore de la vie. I, 208.

**LAME DE PLOMB.** — Moyen de compression pour affaïsser les inéga-

lités des cicatrices des brûlures. I, 172.

**LAMOTTE.** — Rapporte l'observation d'une asphyxie locale qui dura huit jours. I, 104. — Cite quatre observations de réunion des os après division complète par un instrument tranchant. III, 416 et suiv. III, 419 et suiv. — Guérit imparfaitement un épileptique en le trépanant. V, 145.

**LANGUE** (*plaies de la*). — Les plaies de la langue par instrumens piquans, ne présentent aucune indication particulière. — Les plaies d'armes à feu guérissent toujours avec une extrême facilité. VI, 375 et suiv. — Les plaies par instrumens tranchans sont celles qui offrent le plus de variétés. — *Traitement* de la plaie lorsque la langue est simplement fendue, et que la division ne comprend pas toute l'épaisseur de l'organe. — Les plaies avec perte de substance varient selon que la portion de la langue qui a été séparée du reste de cet organe est plus ou moins considérable. — Dans le cas de plaie à lambeau, il est est préférable de pratiquer quelques points de suture. VI, 377 et suiv.

**LANGUE** (*gonflement de la*). — A lieu quelquefois pendant le cours de la petite vérole, pendant un traitement mercuriel; peut dépendre aussi de l'action d'une substance vénéneuse. — La marche de la maladie est en général très-rapide; elle peut se terminer par la mort dès le troisième et même dès le second jour. — *Traitement* : antiphlogistiques, révulsifs, scarifications profondes de la langue. VI, 379 et suiv.

**LANGUE** (*prolongement chronique ou chute de la*). — Est une maladie ordinairement congénitale. — Déformités qu'il occasionne, changemens de rapports des parties qui entrent dans la composition de la bouche et du gosier. — Ne

- doit pas être confondu avec le gonflement inflammatoire de la langue. — *Diagnostic différentiel*. — *Traitement* prophylactique chez les enfans. — *Traitement* curatif chez les adultes. VI, 383 et suiv.
- LANGUE (tumeurs cancéreuses de la)**. — Ces tumeurs se forment quelquefois à la surface de la langue, et en général elles en occupent la pointe ou les bords. — Très-petites dans l'origine, elles augmentent de volume par degrés, et finissent par s'ulcérer et par amener la mort du malade. — Ne doivent point être confondues avec les engorgemens dont la langue peut être le siège. — *Signes différentiels*. — On ne peut guérir les tumeurs cancéreuses de la langue qu'en les emportant avec l'instrument tranchant, et en cautérisant ensuite la plaie avec un fer rouge. — La manière de pratiquer cette opération est différente, suivant que la tumeur est supportée par un pédicule, ou que sa base est confondue avec le tissu propre de la langue. — Description des divers procédés opératoires. VI, 390 et suiv.
- LANGUE (ulcères de la)**. — La langue est sujette à des ulcères de diverses espèces entretenus par différentes causes internes ou locales. — Parmi ces ulcères, les uns sont dus au vice scorbutique, les autres sont vénériens, les autres cancéreux. — Caractères différentiels de ces espèces. — *Traitement* approprié à la cause et aux symptômes de la maladie. VI, 395 et suiv.
- LANGUE (perte de la)**. — Peut être le résultat d'une violence extérieure. — Peut dépendre de la gangrène survenue pendant le cours d'une inflammation violente de cet organe. — Description des appareils propres à faciliter la parole. — La régénération de cet organe est impossible. VI, 397 et suiv.
- LANGUE (adhérences congénitales de la)**. — Ces adhérences se présentent sous des formes très-variées, le plus souvent sous celle d'un bourrelet charnu. — Procédé opératoire pour enlever ce bourrelet. VI, 400, VI, 401. — *Prolongement du filet de la langue* : opération usitée pour remédier à ce vice de conformation. 402. — Existence de brides membraneuses qui retiennent la langue dans une position vicieuse; section de ces brides. 403. — Adhérence complète de la partie inférieure de la langue avec la paroi correspondante de la bouche. — Dissection des parties qui forment l'adhérence. VI, 404, VI, 405.
- LARYNGÉE (angine)**. — Inflammation de la membrane muqueuse du larynx. — Peut être produite par les mêmes causes que celles qui donnent naissance à l'inflammation des tonsilles du voile du palais et du pharynx. — *Signes diagnostiques* tirés de la difficulté de la respiration, des caractères de la voix. — Donne lieu aux mêmes symptômes que l'angine trachéale. — Caractères anatomiques de cette phlegmasie. — VII, 83 et suiv. Le *pronostic* de l'angine laryngée est en général très-grave : sa marche est très-rapide, et cette maladie pouvant devenir promptement funeste, on doit mettre la plus grande célérité dans l'emploi des moyens propres à la combattre. 85 et suiv. — *Traitement* : saignées générales et locales, topiques émoulliens et anodins. — La maladie dégénère souvent en phthisie laryngée. (*Vid. infra*). VII, 86 et suiv.
- LARYNGÉE (phthisie)**. — Est la conséquence de l'angine laryngée, ou de l'inflammation catarrhale de la membrane muqueuse du larynx. — *Signes diagnostiques* de la maladie. — Complique souvent la phthisie pulmonaire. — Est ordinairement une maladie fort grave.

— Le *traitement* doit être dirigé dans le principe contre l'inflammation catarrhale de la membrane muqueuse du larynx ; plus tard on doit se borner à pallier les symptômes de la maladie, et particulièrement la toux, à l'aide de fumigations émollientes et de potions opiacées. I, 87 et suiv.

**LARYNGOTOMIE.** — Opération consistant dans la division des cartilages du larynx, pour favoriser l'introduction de l'air dans les poumons, et extraire les corps étrangers. — La disposition anatomique des parties rend plus simple et plus facile l'opération de la laryngotomie que celle de la trachéotomie. La première doit être préférée à la seconde dans tous les cas où l'on peut remplir l'objet qu'on se propose en ouvrant le conduit de la respiration. — Cas dans lesquels l'une doit être préférée à l'autre. — Description des procédés opératoires. I, 128 et suiv. — Observation de laryngotomie pratiquée avec succès par l'auteur dans un cas d'introduction d'un corps étranger dans le larynx. V, 142 bis et suiv.

**LASSUS.** — Rapporte plusieurs cas de guérison spontanée d'anévrismes vrais. II, 114.

**LAUMONIER.** — A pratiqué avec succès l'extirpation de l'astragale dans un cas de luxation du pied, compliquée de luxation de l'astragale sur le calcanéum et sur le scaphoïde. IV, 392. IV, 393.

**LAVEMENS.** — Conseillés dans toutes les inflammations. I, 37.

**LEEUWENHOECK.** — Ses expériences microscopiques sur les globules du sang. I, et suiv.

**LENTE** (*fièvre*). *Voy.* Hectique.

**LEUCOMA.** — Ne doit point être distingué de l'albugo. — Cette dénomination a été réservée par certains auteurs pour désigner les taches de la cornée, suites de la cicatrisation des ulcères ou d'une

plaie. V, 402 et suiv. V, 405 et suiv. *Voy.* Albugo.

**LÈVRES** (*plaies des*). — Les simples piqûres ne méritent pas un examen particulier. — Les plaies que font les instrumens tranchans, varient par leur profondeur et par leur direction. — Les plaies superficielles n'exigent pas un traitement particulier ; celles qui occupent toute l'épaisseur de la lèvre seront traitées comme le bec-de-lièvre. (*Voy.* Bec-de-lièvre). — Les plaies contuses doivent être également réunies par première intention. VI, 207, VI, 208.

**LÈVRES** (*tumeurs fongueuses des*). — Ces tumeurs doivent être soigneusement enlevées avant qu'elles n'aient acquis un plus grand développement, et la plaie qui en résulte doit être traitée comme un bec-de-lièvre. (*Voy.* ce mot). VI, 209 et s.

**LÈVRES** (*Tumeurs cancéreuses des*). — L'inférieure y est plus sujette que la supérieure, et les hommes en sont plus souvent attaqués que les femmes. — Caractères auxquels on reconnaît cette maladie. — Rapidité de sa marche ; son danger. VI, 211 et suiv. — *Traitement* : destruction de la tumeur à l'aide des caustiques ou de l'instrument tranchant. — Circonstances dans lesquelles on doit préférer l'un de ces procédés à l'autre. — Manière d'appliquer les caustiques. — Description du procédé opératoire pour l'ablation de la tumeur : réunion de la plaie par première intention. VI, 214 et suiv.

**LÈVRES** (*ulcères des*). — Sont simples, dartreux, scrofuleux, chancreux ou vénériens. — *Causes, diagnostic, caractères spéciaux, et traitement* différent de ces différentes espèces d'ulcères. VI, 219 et suiv.

**LÈVRES** (*tumeurs enkystées des*). — Se forment sur la face postérieure des lèvres, et presque toujours sur celle de la lèvre inférieure, au-dessous de la membrane muqueuse

- qui la tapisse.—Ablation du kyste. VI, 218, VI, 219.
- LIGAMENS (*contusion des*). — Ses effets. I, 342, I, 343.
- LIGATURE (*des vaisseaux*). — Produit la gangrène. — Par quel mécanisme. — Tantôt la gangrène est partielle, tantôt elle occupe tout le membre. I, 134, I, 135.
- LIGATURE (*d'attente*). — Nécessaire dans l'opération de l'anévrisme, pour prévenir les hémorrhagies consécutives. I, 137, I, 138. — Leur utilité. II, 140, II, 141.
- LIGATURE (*des vaisseaux*). — En quoi elle consiste. — Son mode d'action. — Indiquée par les anciens. — Découverte par Ambroise Paré. — Se fait de deux manières, médiatement et immédiatement. — Immédiate, ses effets. — Médiante, ses effets. I, 264, I, 266 et suiv. — *Ligature immédiate*. — Est peu douloureuse. — Ne donne jamais lieu aux mêmes accidens que la ligature médiante. — Ne se déplace pas. — Tombe rarement avant que l'artère soit entièrement oblitérée. — Manière de la pratiquer; éviter de lier en même temps les nerfs. I, 266. I, 268 et suiv. — *Ligature médiante*. — Est plus douloureuse que la ligature immédiate. — Donne lieu à des accidens graves. — A été seule employée pendant long-temps. — Expose à l'hémorrhagie plus que la ligature immédiate. — Manière de l'appliquer. — Opinions diverses des auteurs. — Il y a trois cas dans lesquels elle doit être employée. — Manière de la pratiquer dans ces trois cas. I, 269, I, 271 et suiv. — Manière d'appliquer le fil. (*Voy. Fil*). — Préceptes relatifs à la ligature des vaisseaux dans certaines opérations. I, 273 et suiv.
- LIGATURE. — Doit toujours être préférée à la compression dans le cas d'hémorrhagie consécutive des plaies d'armes à feu. I, 394, I, 396.
- LIGNE BLANCHE (*écartement de la*). — *Voy. Hernie de l'estomac*.
- LIGNE BLANCHE (*relâchement de la*). — État dans lequel les muscles droits sont séparés l'un de l'autre par un intervalle beaucoup plus grand que le naturel. — S'observe souvent chez les enfans; et principalement chez les femmes qui ont eu plusieurs grossesses. VIII, 318 et suiv. — Les effets de ce relâchement sont différens, suivant le degré auquel il est porté. 319. — Quand cet écartement est considérable, les viscères font saillie au milieu de l'abdomen. 320. — Cette maladie réclame l'usage d'une ceinture qui contienne les viscères. 321. — Il existe plusieurs tumeurs de l'abdomen que l'on peut prendre pour des hernies formées par l'écartement des fibres de la ligne blanche. — *Diagnostic différentiel*. VIII, 322 et suiv.
- LIN (*farine de graine de*). — Fait les meilleurs cataplasmes émolliens. I, 46.
- LINIMENT *d'eau de chaux et d'huile d'olive*. — Utile dans le deuxième degré de la brûlure. I, 168.
- LITHOTOME (*caché du frère Côme*). — *Voy. Vessie. (calculs de la)*.
- LIPÔME. — Nom donné aux loupes non-enkystées, formées par l'accumulation de la graisse dans le tissu cellulaire. — A quelque analogie avec le stéatôme. II, 343 et suiv. II, 406 et suiv.
- LITHOTOMIE. — *Voy. Vessie. (calculs de la)*.
- LOMBES. — Sont quelquefois le siège des abcès par congestion. I, 87.
- LOUIS. — Fait connaître l'inutilité et les inconvéniens de la suture dans un grand nombre de cas. I, 202.
- LOUPES. — Définition. — N'ont été observées que dans le tissu cellulaire sous-cutané; rarement dans les cavités viscérales. — Peuvent se développer sur tous les points de la surface du corps. — Sont quelquefois multiples. — Affectent une

forme et un volume différens. — Sont enkystées ou non enkystées. — Sont appelées mélicéris ou athérômes, selon la matière que le kyste contient. — Stéatômes ou lipômes lorsqu'elles ne sont pas enkystées. — Parois du kyste plus ou moins épaisses, plus ou moins adhérentes. — Enveloppes des lipômes et des stéatômes formées par le tissu cellulaire. — Considérations anatomiques sur leur structure intime. — Se développent quelquefois devant la rotule et sur l'olécrane. — *Signes diagnostiques* : tumeurs circonscrites indolentes, sans changement de couleur à la peau, mobiles, marchent lentement. — Peuvent être quelquefois confondues avec les tumeurs squirrheuses. — *Pronostic* peu fâcheux à moins que la tumeur n'ait un volume considérable. II, 404 et suiv., II, 341 et suiv. — *Traitement* : les résolutifs ne peuvent que rarement amener la résolution de la maladie : faire la ponction des tumeurs enkystées, ou y injecter un liquide irritant. — Appliquer les caustiques sur la tumeur et la détruire peu à peu. — La ligature a été employée avec succès ; elle a l'inconvénient de déterminer trop de douleur. — L'extirpation et l'amputation sont les moyens les plus efficaces. — Procédés opératoires. II, 350 et suiv. II, 413 et suiv.

**LOUPES** (*développées dans les follicules de la peau*). — *Voy.* Tannes.

**LOUPES** (*de la tête*). — Sont ordinairement multiples et de forme aplatie, de grosseur variable. — Ne sont pas pédiculées. — Appartiennent, tantôt au genre mélicéris, tantôt à celui de l'athérôme, et sont rarement stéatomateuses. — S'accroissent très-lentement. — *Traitement* : l'extirpation doit être préférée à tout autre moyen, et est toujours rendue facile par le peu d'adhérence de la tumeur aux

parties sous-jacentes. — Ablation simultanée de la peau et de la tumeur, quand la peau est ulcérée. — Pansement subséquent. — *Histoires* de maladies relatives au développement et à l'opération des loupes de la tête. V, 181 et suiv.

**LUCE** (*eau de*). — *Voy.* Eau de Luce.

**LUETTE** (*engorgement séreux de la*). — Est connu vulgairement sous le nom de relâchement ou chute de la luette. — On parvient ordinairement à le dissiper par des gargarismes astringens et résolutifs. — Rescision de eet organe. — Procédé opératoire. VI, 448. VI, 449.

**LUETTE** (*engorgement squirrheux de la*). — L'organe malade doit être enlevé avec des ciseaux. VI, 449. VI, 450.

**LUXATIONS** (*en général*). — Changement permanent des rapports naturels des surfaces articulaires des os. IV, 15.

**LUXATIONS** (*différences des*). — Relatives : 1° à l'espèce d'articulation luxée ; 2° au sens dans lequel le déplacement a lieu ; 3° à l'étendue de ce même déplacement ; 4° au temps qui s'est écoulé depuis que la maladie existe ; 5° aux circonstances accidentelles qui l'accompagnent. — 1°. Il est des articulations dont le déplacement est impossible, à moins d'efforts excessivement violens : dans les articulations ginglymoïdales les luxations sont difficiles, mais s'observent pourtant encore assez fréquemment ; elles surviennent surtout dans les articulations orbiculaires. — 2°. Dans les articulations arthroïdales, le déplacement n'a lieu que dans le sens même des mouvemens possibles dans l'ordre naturel : dans les articulations ginglymoïdales, la luxation n'a lieu que vers les extrémités de deux diamètres dont l'un lui serait parallèle au sens des mouvemens possibles dans l'ordre naturel, et l'autre croiserait le premier à angle

droit : dans les articulations orbiculaires, la luxation peut s'effectuer par tous les points, à moins que quelques dispositions particulières n'y mettent obstacle. — 3°. Les luxations ont été distinguées en complètes et en incomplètes; les luxations des articulations orbiculaires sont toujours complètes; mais celles des articulations ginglymoïdales le sont bien rarement; il en est de même des articulations arthroïdiales. — 4°. Quand les luxations sont récentes, il n'y a pas ordinairement encore d'accidens consécutifs; mais après plusieurs jours, il y a tension inflammatoire et irritation spasmodique des muscles; ce qui s'oppose à la réduction. — Les luxations peuvent être compliquées de contusion, d'inflammation, de contraction spasmodique des muscles, de déchirure de ces mêmes organes et de la peau, de compression ou de rupture des vaisseaux ou des nerfs principaux du membre, et de fracture. IV, 16 et suiv.

**LUXATIONS (causes des).** — *Causes prédisposantes* : dispositions naturelles des articulations, affections morbifiques, attitudes des membres. — *Causes efficientes* : violences extérieures; l'effet d'une chute, la violence du mouvement imprimé à nos membres, suffisent quelquefois pour produire la luxation d'une articulation ginglymoïdale : dans les luxations des articulations orbiculaires, il s'y joint toujours l'action musculaire. IV, 29.

**LUXATIONS (effets des).** — Les luxations s'accompagnent toujours du déchirement des ligamens qui environnent et consolident l'articulation; quelques-unes ne peuvent s'effectuer qu'après la fracture préalable de quelques apophyses. — Quand la luxation est étendue, il y a quelquefois déchirure des muscles ou des tendons qui environnent

l'articulation; les nerfs et les vaisseaux peuvent souffrir une altération du même genre. — Distension ou relâchement de certains muscles, difficulté, impossibilité des mouvemens. — Mobilité extraordinaire du membre s'il y a déchirure complète des moyens d'union des deux os. — Lorsque la tête d'un os est sortie de sa cavité, les parties molles environnantes s'enflamment, s'épaississent, changent de texture, deviennent fibreuses, et se fixent à l'os, qui lui-même devient le siège d'une inflammation adhésive; il se forme une nouvelle et fausse articulation. — La cavité osseuse qui recevait la tête de l'os, se rétrécit et finit par s'oblitérer. IV, 35 et suiv.

**LUXATIONS (signes des).** — La douleur, l'impuissance du membre, ne sont que des signes équivoques. Une chute, une violence exercée, le membre étant dans une certaine attitude, sont d'une plus grande valeur. — Raccourcissement, du membre ou allongement, selon le genre de luxation, selon l'espèce d'articulation. On ne peut sans de grands efforts rendre au membre sa longueur et sa rectitude naturelles. — Changement de direction. — Ce changement ne s'observe que dans les luxations des articulations orbiculaires et dans les luxations incomplètes des articulations ginglymoïdales. La résistance de certains muscles ou de certains ligamens, entraîne aussi le membre dans des directions vicieuses. — L'immobilité absolue s'observe dans quelques cas de luxation des articulations ginglymoïdales. La perte de certains mouvemens est un signe constant de luxation, et s'observe dans tous les cas : la mobilité extrême s'observe lorsque tous les ligamens d'une articulation ginglymoïdale et les parties molles qui l'environnent ont été déchirés en même temps. — Ten-

sion ou relâchement de certains muscles, selon la direction de l'os et son changement relatif. — Changement de forme des parties qui environnent immédiatement une articulation; inégalité des contours, changement de rapport des divers saillies osseuses. IV, 45 et suiv.

**LUXATIONS (pronostic des).** — Toute luxation non réduite doit priver plus ou moins complètement de l'usage du membre luxé. — La luxation des articulations arthroïdiales n'entraîne ordinairement que peu d'inconvéniens. — La réduction des luxations des articulations orbiculaires est plus facile que celle des articulations ginglymoïdales; mais la maladie est beaucoup moins grave dans le premier que dans le second cas. — Les luxations sont d'autant plus graves qu'elles sont plus complètes, qu'elles sont plus anciennes, qu'elles sont plus compliquées. IV, 54 et suiv.

**LUXATIONS (traitement des).** — Les indications sont de réduire la luxation, de la maintenir réduite, de prévenir les accidens, ou de les combattre lorsqu'ils sont survenus. — La réduction est d'autant plus facile que la luxation est plus récente, et elle doit être tentée le plus promptement possible. — Les forces destinées à opérer la réduction doivent être disposées de manière qu'elles puissent agir également sur tous les muscles tendus, et qu'elles tirent en sens opposés les deux extrémités pour produire leur allongement: extension, contre-extension. — Les efforts extensifs seront exercés le plus loin possible de la luxation; ces efforts seront proportionnés à la résistance qu'opposent les os luxés, et seront pratiqués plutôt par des aides que par une force mécanique, et on les exercera par l'intermède de lacs. — L'extension doit toujours

être faite dans le sens suivant lequel la luxation s'est opérée. — La contre-extension doit être appliquée le plus loin possible de l'articulation lésée: sa force doit être égale à celle de l'extension, elle doit agir perpendiculairement à la surface articulaire de l'os. — On doit procéder à la coaptation lorsque l'extension est portée au degré convenable: on replace l'os en faisant exécuter au membre un mouvement opposé à celui qui a eu lieu pendant le déplacement: il faut ramener l'os par le chemin qu'il a suivi pour sortir de sa cavité. — Dans les luxations incomplètes des articulations ginglymoïdales, on fait la coaptation en poussant l'os déplacé dans un sens opposé à la luxation. — Lorsque l'irritation et la contraction des muscles sont trop violentes, on calme cette complication à l'aide des antiphlogistiques avant de réduire la luxation. — Époque à laquelle on peut tenter encore la réduction. — Signes auxquels on reconnaît que la luxation est réduite. Diminution de la douleur, rétablissement de la forme, de la direction et de la longueur du membre. — On maintient la luxation réduite avec une extrême facilité, en empêchant les mouvemens dans le sens où le déplacement s'est opéré. IV, 57 et suiv.

**LUXATIONS (de la mâchoire inférieure, des vertèbres, des côtes, du bassin, de la clavicule, etc.)** Voy. ces mots.

**LYMPHATIQUES (glandes).** — Sont le siège spécial des abcès froids. I, 70, I, 71.

## M.

**MACHOIRE INFÉRIEURE (fractures de la).** — Peuvent avoir lieu près de la symphyse, entre le menton et l'angle de l'os, dans les branches de la mâchoire, au bord des alvéoles. — Sont ordinairement obliques. —

- Le déplacement est d'autant plus considérable, toutes choses égales d'ailleurs, que la fracture est plus éloignée de la symphyse. — Ont lieu par cause externe, soit immédiatement, soit par contre-coup — *Diagnostic* facile : inégalité de la base de la mâchoire et de l'arcade dentaire; crépitation. — *Pronostic* : ces fractures sont peu graves, et ne s'accompagnent que rarement de paralysie partielle. *Traitement* : replacer les fragmens, en rapprochant l'une de l'autre les deux mâchoires, et les maintenir en contact à l'aide d'un bandage approprié : dans la fracture du col du condyle, on emploie le bandage nommé chevêtre simple, et on place des compresses graduées à l'angle de la mâchoire : éviter tout mouvement de la mâchoire. III, 124 et suiv.
- MACHOIRE INFÉRIEURE** (*luxation de la*). — S'observe assez fréquemment, mais plus rarement chez les enfans que chez les adultes, à cause de la conformation de l'os. — Cet os ne peut être luxé qu'en se portant au-devant de l'apophyse transverse du temporal. — Le plus ordinairement les deux condyles sont luxés en même temps; il peut arriver cependant que l'un d'eux soit seul luxé. — *Causes* : toute force capable de porter l'écartement des mâchoires au-delà des limites naturelles. Bâillemens, vomissemens, chute ou coups sur le menton. — L'action musculaire du masseter et du ptérisgoïdien interne, semble aider encore au déplacement. — IV, 77 et suiv.
- *Signes diagnostiques* : l'ouverture de la bouche, d'abord énorme, diminue peu à peu, et les dents incisives se rapprochent à une distance d'environ un pouce et demi. — Les dents des deux mâchoires ne se correspondent plus : la salive, plus abondante, coule involontairement de la bouche, l'articulation des sons est beaucoup plus difficile; au-devant du canal auditif externe, on remarque une dépression formée par la cavité glénoïde du temporal. — *Pronostic* : n'a rien de grave; si la luxation n'est pas réduite, les mâchoires se rapprochent peu à peu, et le malade finit par pouvoir exécuter quelques mouvemens. Après la réduction, la récurrence est fréquente. — *Traitement* : réduction facile le plus ordinairement : procédé opératoire pour ramener l'os à sa position naturelle; procédé des anciens moins avantageux que celui des modernes : rapprochement violent des mâchoires blâmé par l'auteur. — *Traitement* : débilitant dans le cas où l'inflammation et l'irritation musculaire s'opposent à la réduction. — Mentonnière ou fronde pour prévenir la récurrence. IV, 88 et suiv.
- MACHOIRE INFÉRIEURE**. — Dénudée et nécrosée par la compression. I, 126.
- MALIGNE** (*inflammation*). Dénomination donnée aux phlegmasies qui se terminent essentiellement par gangrène. I, 157. *Voy.* Gangrèneuse.
- MAMELLES** (*contusion des*). — Mérite une attention particulière à cause des accidens graves qu'elle entraîne. — Elle amène souvent la dégénérescence squirrheuse des mamelles. — *Traitement* : émissions sanguines, émolliens; éviter les médicamens répercussifs. VII, 210 et suiv.
- MAMELLES** (*engorgement lacteux des*). — Est vulgairement connu sous le nom de poil. — On désigne sous ce nom l'engorgement du sein qui a lieu chez les femmes nouvellement accouchées. — *Pronostic* de la maladie : symptômes. — Amène souvent la suppuration de la mamelle. VII, 211 et suiv. — *Traitement* : empêcher autant que possible la sécrétion du lait en mettant la femme à la diète, et en usant de médica-

tions dérivatives : topiques avec l'ammoniac. VII, 213 et suiv.

**MAMELLES** (*inflammation des*). — Succède fréquemment à l'engorgement laiteux, et a presque toujours lieu chez les femmes nourrices et nouvellement accouchées. — Cette inflammation se termine quelquefois par résolution, plus fréquemment par suppuration. Le traitement doit être le même que pour les autres inflammations en général. — Il faut ouvrir les abcès du sein avec le bistouri. — Quelquefois à la suite des abcès de la mamelle, il reste des fistules plus ou moins profondes : moyens de les guérir. VII, 214 et suiv. — Volpi rapporte un exemple d'un véritable épanchement de lait dans la mamelle. VII, 217 et suiv.

**MAMELLES** (*tumeurs enkystées des*). — Sont des espèces de mélicéris ou d'athérôme formées par un liquide jaunâtre ou blanchâtre, d'une consistance variable, contenue ordinairement dans une seule enveloppe, rarement dans plusieurs poches isolées. — Ces tumeurs doivent être extirpées avec l'instrument tranchant, quels que soient leur volume, leur forme et leur position, en prenant garde d'ouvrir leur kyste. VII, 219 et suiv.

**MAMELLES** (*cancer des*). — Cette maladie est très-commune. — Son invasion, sa marche et ses symptômes présentent beaucoup de variétés. VII, 220 et suiv. — La maladie ne débute pas toujours par une petite tumeur dure, circonscrite, ronde, mobile, etc.; quelquefois elle envahit une grande partie ou même la totalité du sein pour ainsi dire d'emblée. VII, 222 et suiv. — Chez les femmes qui sont arrivées à l'âge critique, la mamelle au lieu de se tuméfier se racornit en quelque sorte, et devient squirrheuse. 224. — La douleur est regardée comme un signe de la dégénération du squirrhe du sein en cancer, mais

la douleur n'existe pas toujours. 224. — L'engorgement est un phénomène presque constant du cancer du sein; du reste il varie singulièrement. 225 et suiv. — La tumeur perd sa mobilité à mesure qu'elle augmente de volume et change de forme. — Dégénération successive de la peau, ulcération du cancer. VII, 226 et suiv. — Formes variées de l'ulcération; hémorrhagies, engorgement des glandes de l'aisselle, infection générale des humeurs, diathèse cancéreuse; 228 et suiv. — La marche du cancer du sein et sa durée ne sont pas toujours les mêmes. 232. — Le cancer du sein confirmé est essentiellement incurable par les seuls efforts de la nature. — On a vu cependant la gangrène s'emparer de la tumeur et la séparer. 233 et suiv. — Le traitement est différent, selon qu'on peut espérer de le guérir, soit par des médicaments, soit par l'opération, ou qu'il n'y a aucun espoir de guérison. — Circonstances dans lesquelles on peut espérer la guérison de ces tumeurs par voie de résolution. VII, 235 et suiv. — Circonstances dans lesquelles on peut espérer la guérison après l'extirpation de la tumeur. 236. — La récurrence de la maladie après l'extirpation ou l'amputation arrive presque constamment. VII, 237 et suiv. — On ne doit jamais entreprendre l'extirpation d'une tumeur reconnue pour un véritable cancer. 231. — Examen des motifs qui doivent détourner un praticien de l'opération du cancer. VII, 238 et suiv. — L'opération du cancer consiste à emporter toute la tumeur avec l'instrument tranchant. — L'opération est dite extirpation lorsque l'on conserve les tégumens, et amputation dans le cas contraire. — Cas dans lesquels l'une doit être préférée à l'autre. VII, 244. —

Description du procédé opératoire pour l'extirpation du cancer

- du sein. VII, 245 et suiv.—Description du procédé opératoire pour l'amputation du sein cancéreux. VII, 247 et suiv.—De quelle manière que l'ablation de la tumeur ait été pratiquée, on doit procéder en même temps à l'extirpation des glandes axillaires lorsqu'il s'en trouve une ou plusieurs d'engorgées. 249.—On ne doit lever le premier appareil qu'au bout de quatre jours.—L'établissement des exutoires n'est d'aucune utilité pour prévenir la récidive. VII, 251.
- MAMELON** (*vices de conformation du*). — Sont l'aplatissement, l'imperforation, l'absence ou la multiplicité des mamelons.—Moyens conseillés par l'auteur pour déterminer la saillie du mamelon et son développement, et prévenir son aplatissement. VII, 202 et suiv. — L'imperforation est fort rare, et l'obstruction dépend souvent de l'aplatissement de cette partie.—Remèdes employés contre ce vice de conformation. 204. — L'absence ou la destruction du mamelon est irrémédiable. 205. — La multiplicité des mamelons n'entraîne aucun inconvénient, et ne réclame aucun traitement. VII, 204.
- MAMELON** (*excoriations du*). — Causes qui les déterminent, moyens de les prévenir et de les guérir. VII, 205 et suiv.
- MAMELON** (*gerçures du*). Causes de la maladie, ses dangers, ses suites; moyens de la prévenir, de la guérir, de pallier les accidens qu'elle entraîne. VII, 206 et suiv.
- MAMELON** (*ulcères du*). — Le mamelon peut être le siège d'ulcères vénériens primitifs. — Causes de cette affection.—*Signes diagnostiques*. — Accidens consécutifs. — *Traitement*. VII, 208 et suiv.
- MARCHETTIS**. — Rapporte l'observation d'un homme qui fut atteint d'épilepsie, deux ou trois mois après la guérison apparente d'une blessure qu'il avait reçue à la tête. Il y avait perforation de l'os.—Le chirurgien trépana l'os, donna issue à un ichor jaunâtre, et le malade fut guéri de la plaie et de l'épilepsie. V, 142 et suiv.
- MASTURBATION**. — Produit souvent la carie de la colonne vertébrale. I, 86, III, 491, III, 496.
- MATRICE** (*vices de conformation de la*). — *Imperforation*. — L'imperforation de l'utérus est congénitale ou accidentelle.—Accidens résultans de cette imperforation. X, 450 et suiv.—L'imperforation accidentelle ne survient jamais qu'à la suite d'un accouchement laborieux et contre nature, ou d'une inflammation violente des parties. 453. — Elle peut survenir pendant la grossesse.—Cas de ce genre rapportés par les auteurs. X, 454 et suiv.—Conduite du chirurgien dans le cas d'imperforation de l'utérus, à l'époque de l'accouchement. 455 et suiv.
- MATRICE** (*plaies de la*). — Ces plaies sont toujours faites par des instrumens piquans ou par des armes à feu. X, 457. — Les symptômes des plaies ne sont pas les mêmes dans l'état de vacuité et dans l'état de plénitude de ce viscère. 457 et suiv.—Les plaies et contusions de l'utérus chez les femmes enceintes, donnent lieu à des accidens graves. X, 458 et suiv.
- MATRICE** (*inflammation de la*). — Tantôt se borne à la membrane muqueuse, et constitue le catarrhe utérin; tantôt envahit le corps de l'organe, et prend alors le nom de métrite. X, 459.
- Catarrhe utérin*. — Causes, symptômes, traitement de cette maladie. X, 459 et suiv.
- MÉTRITE**. — Est l'inflammation du tissu même de la matrice et des deux membranes qui la revêtent à l'intérieur et à l'extérieur. X, 46. — S'observe rarement avant l'éta-

blissement des règles; succède fort souvent à l'accouchement. 461. — Examen des causes prédisposantes et déterminantes de la maladie. X, 461 et suiv. — Mode d'invasion, symptômes locaux et généraux, complications de la métrite. X, 465 et suiv. — *Diagnostic différentiel.* 466. — La métrite se termine rarement par suppuration. 487 et suiv. — La terminaison par gangrène n'a lieu qu'à la suite de couches. — Signes auxquels on reconnaît cette terminaison. 469 et suiv. — Le *pronostic* de l'inflammation de l'utérus est toujours fâcheux; circonstances qui peuvent le rendre plus ou moins grave. X, 471. — *Traitement* de la métrite en général: il doit être modifié selon les circonstances dans lesquelles la métrite s'est développée, l'intensité de l'inflammation, le tempérament de la malade, les complications de la maladie. X, 471 et suiv.

**MATRICE** (*descente de la*). — A plusieurs degrés que l'on désigne par les noms de relâchement, de descente proprement dite, de chute ou précipitation. X, 475. — Caractères anatomiques, marche et symptômes de ces divers degrés. 475 et suiv. — Le *diagnostic* ne présente ordinairement aucune difficulté. — La maladie ne peut être confondue qu'avec un polype du vagin ou de la matrice: caractères différentiels de ces deux affections. 477. — Le *pronostic* n'a rien de fâcheux, hors le temps de la grossesse. 477. — Le *traitement* consiste à remettre la matrice dans sa place naturelle, et à l'y maintenir; manière de procéder à la réduction. 477 et suiv. — Manière d'appliquer les pessaires: forme et matière de ces instrumens: accidens résultant de leur application. X, 481 et suiv. — Histoire remarquable de grossesse accom-

pagnée de chute de la matrice. X, 485 et suiv.

**MATRICE** (*renversement de la*). — La matrice est renversée quand elle est retournée sur elle-même à la manière d'une bourse, d'un sac ou d'un doigt de gant. X, 486. — Ce renversement présente trois degrés. — Examen des causes prédisposantes ou éloignées, efficaces ou prochaines du renversement de l'utérus: mécanisme de ce renversement. X, 487 et suiv. — La mauvaise manière de faire l'extraction du placenta après l'accouchement, est la cause efficace la plus ordinaire du renversement de la matrice. 495 et suiv. — Cet accident a lieu ordinairement pendant le travail de l'accouchement ou immédiatement après. X, 494. — Un polype développé dans la cavité de la matrice la dispose au renversement. 494. — Les signes et symptômes du renversement de l'utérus sont différens selon les degrés de la maladie; description de ces symptômes. X, 495 et suiv. — Les accidens sont différens selon les degrés de la maladie et les circonstances dont elle est quelquefois accompagnée. 498 et suiv. — Accidens primitifs, accidens consécutifs. 499 et suiv. — Le *diagnostic* du renversement de la matrice qui arrive au moment même de l'accouchement, présente rarement de la difficulté; comparaison entre les diverses maladies qui peuvent simuler le renversement. X, 505 et suiv. — La maladie est toujours fort grave, mais non nécessairement mortelle. 505 et suiv. — La réduction est l'indication que présente le renversement de la matrice; on l'opère d'autant plus facilement que l'accident est plus récent; situation du malade; manœuvres du chirurgien pour opérer cette réduction. X, 506 et suiv. — Lorsqu'on n'a pu réduire la matrice, il convient

de soutenir la tumeur au moyen d'un bandage convenable. 509 et suiv. — Amputation de l'utérus proposée par quelques chirurgiens dans le cas de renversement irréductible. 510. — Fait relatif à la ligature de l'utérus dans un cas de renversement. 510 et suiv. — Faits de réduction spontanée observés par Delabarre et Baudelocque. X, 514 et suiv.

**MATRICE (rétroversion de la).** — Changement de direction de l'organe dans lequel son axe vertical est devenu parallèle au diamètre antéro-postérieur du bassin. X, 520. — Cette maladie n'a commencé à être bien connue que dans les temps modernes. 520 et suiv. — Cette affection n'a presque jamais lieu dans l'état de vacuité de l'organe; elle peut s'opérer lentement ou subitement. 523. — Les accidens qui accompagnent la rétroversion de la matrice sont plus ou moins intenses, selon le volume de cet organe et l'étendue du renversement. — Nature de ces accidens. X, 524 et suiv. — Le *pronostic* est toujours fâcheux : circonstances qui le rendent plus ou moins grave. 527 et suiv. — Le *traitement* consiste à replacer la matrice dans sa position naturelle et à l'y maintenir. — Manœuvres nécessaires pour opérer cette réduction et pour empêcher la récurrence. — Manière de s'opposer aux accidens qui accompagnent ou qui suivent la rétroversion de l'utérus. X, 528 et suiv.

**MATRICE (antéversion de la).** — Dans cette espèce de déplacement le fond de l'utérus est porté en devant et son col en arrière. X, 533. — *Signes* auxquels on reconnaît cette affection; accidens qu'elle peut déterminer; *traitement* qui lui convient. 533 et suiv. — Observations de Levret relatives à l'antéversion de l'utérus. X, 534 et suiv.

**MATRICE (calculs de la).** — Les causes qui donnent lieu à la formation des

calculs utérins sont assez obscures. X, 540. — *Symptômes* et accidens produits par la présence de ces calculs. 541 et suiv. — *Traitement* proposé par différens auteurs. 542 et suiv.

**MATRICE (corps fibreux de la).** — Ont été confondus par la plupart des anciens médecins avec les squirrhes de ce viscère. X, 543. — Leur volume est extrêmement variable. 543 et suiv. — Peuvent avoir leur siège sous la membrane muqueuse de ce viscère, sous la tunique péritonéale et dans l'épaisseur de ses parois. 544. — Ne se forment jamais avant l'âge de trente ans. 545. — *Symptômes, signes et traitement* des corps fibreux de l'utérus. X, 545 et suiv.

**MATRICE (polypes de la).** — Description anatomique de ces productions accidentelles. X, 547 et suiv. — Quelle que soit leur nature intime, ils sont toujours enveloppés par la membrane muqueuse. 552 et suiv. — Ils tiennent à la matrice par un pédicule dont la grosseur, la longueur et la consistance présentent beaucoup de variétés. 553 et suiv. — Ils peuvent naître, 1° du col, 2° de la surface vaginale du museau de tanche, 3° de la face interne du col de la matrice. *Marche et symptômes* de la maladie suivant ces différentes circonstances. X, 554 et suiv. — Ils peuvent être pris pour d'autres affections des organes de la génération. *Diagnostic différentiel*. 561 et suiv. — Observations de Levret relatives aux polypes de la matrice. 563 et suiv. — Le *pronostic* est très-variable: examen des circonstances qui peuvent le rendre plus ou moins grave. X, 564 et suiv. — Les polypes de la matrice sont au nombre des maladies dont on ne peut espérer la guérison que des secours de l'art. 565. — Les moyens de guérir les polypes de l'utérus, recommandés par les auteurs et employés par les

praticiens, sont la cautérisation, la section pure et simple du pédicule de la tumeur, l'arrachement avec torsion et la ligature. 566. — La cautérisation est généralement attribuée à Celse : cette méthode a été entièrement bannie de la pratique. 566 et suiv. — La section pure et simple de ces tumeurs sans les avoir préalablement entourées d'une ligature, conseillée par Aétius et par plusieurs autres auteurs, a été rarement pratiquée : dangers et difficultés de cette méthode. X, 567 et suiv. — Plusieurs auteurs ont conseillé de tordre le pédicule des tumeurs polypeuses de la matrice, pour en déterminer la séparation d'avec la partie de cet organe à laquelle elles sont implantées : dangers de cette méthode qui a été généralement abandonnée. X, 570 et suiv. — La ligature est le procédé le plus généralement employé pour la cure des polypes utérins ; elle peut être pratiquée dans deux circonstances différentes : 1<sup>o</sup> lorsque le polype est sorti par la vulve et qu'on peut le tirer en dehors avec les mains ou avec des tenettes ; 2<sup>o</sup> lorsque la tumeur est encore renfermée en entier dans le vagin. 572. — La ligature des polypes utérins sortis par la vulve peut être faite de deux manières. 572 et suiv. — Elle doit être placée le plus près possible de l'insertion du pédicule. X, 573. — Levret est le premier qui ait conçu et exécuté le projet de lier les polypes utérins encore cachés profondément dans le vagin et même dans la matrice : description des serre-nœud et porte-nœud. 575 et suiv. — Procédé opératoire pour pratiquer cette ligature. 576. — Modification apportée par Levret à ses instrumens pour la ligature des polypes volumineux. 577 et suiv. — Instrumens d'Herbiniaux et de Desault pour la ligature circulaire des polypes utérins : porte-nœud,

serre-nœud : manière d'employer ces divers instrumens. X, 579 et suiv. — Renversement de la matrice proposé par Baudelocque pour lier les polypes dont il est impossible d'aller embrasser la base. 582 et suiv. — Mode particulier de renversement de l'utérus, proposé et exécuté par Herbiniaux, pour parvenir au même but. 584 et suiv. — Manière de serrer les ligatures, selon la grosseur et le siège du pédicule des polypes : effets déterminés par cette constriction. X, 585 et suiv.

**MATRICE** (*cancer de la*). Est connu vulgairement sous le nom d'ulcère : il s'observe très-fréquemment. X, 589. — Les causes de cette maladie ne sont pas mieux connues que celles du cancer des autres organes. 590. — La marche et les symptômes du cancer de la matrice présentent beaucoup de variétés : description des symptômes locaux et généraux. 590 et suiv. — Il est diverses maladies qui offrent plusieurs des symptômes du cancer de la matrice à son début. *Diagnostic différentiel*. 595 et suiv. — Le *pronostic* du cancer de la matrice est extrêmement grave, la maladie est essentiellement incurable. 597. — Le *traitement* du cancer confirmé est proprement palliatif : l'ablation de cette tumeur est formellement contre-indiquée. X, 598 et suiv.

**MATRICE** (*hernie de la*). -- *Voy.* Hernie.

**MATURATIFS** (*remèdes topiques*). — Conseillés dans les inflammations dépendant d'une cause interne. — Leur effet. — S'emploient aussi dans les inflammations externes. — Comment se compose un cataplasme maturatif. — Amènent promptement la suppuration. I, 50. I, 51. Favorisent la réunion du pus des phlegmons en un foyer. I, 56. — Conseillés pour accélérer la maturation des abcès froids. I, 75.

**MAUNOIR.** — Modifie le procédé de Hunter pour l'opération de l'anévrisme. II, 149, II, 150.

**MAXILLAIRE (plaies du sinus).** — Les piqûres n'entraînent ordinairement aucun accident, et leur guérison est facile et prompte. — Les plaies par instrumens tranchans doivent être traitées comme des plaies simples. — Les plaies contuses sont plus graves, et souvent leur guérison est empêchée par la présence de quelques esquilles qu'il faut enlever. VI, 137, VI, 138.

**MAXILLAIRE (inflammation du sinus).** — La membrane qui tapisse le sinus maxillaire est quelquefois le siège d'une inflammation à laquelle ne participe pas le reste de la membrane pituitaire. — Cette maladie se combat par les remèdes généraux de l'inflammation, et n'offre aucune indication particulière. VI, 138, VI, 139.

**MAXILLAIRE (hydropisie du sinus).** — Accumulation de mucus dans le sinus maxillaire qui distend cette cavité. — Reconnaît pour causes les percussions à la joue, la carie de quelques dents, ou le développement d'une dent dans le sinus. — Le sinus peut acquérir un développement énorme et faire une saillie considérable au-dessous des tégumens. — Observation rapportée par M. Dubois. — *Traitement* : injection dans le sinus : cette opération est le plus souvent impraticable ; avulsion des dents cariées, perforation du fond des alvéoles. VI, 139 et suiv.

**MAXILLAIRE (abcès du sinus).** — L'inflammation de la membrane qui tapisse les sinus maxillaires peut se terminer par suppuration, et donner lieu à une collection de pus dans cette cavité : les mêmes effets peuvent être produits par la carie d'une dent, de l'os maxillaire, etc. — Le pus s'écoule souvent de lui-même par l'ouverture naturelle des sinus, et fait ainsi

reconnaître la maladie. — Le pronostic n'est généralement pas fâcheux. — Le seul traitement qu'on ait à apporter à la maladie, c'est de favoriser l'issue du pus. On y parvient en perforant le sinus au fond d'une des alvéoles. — Lamorier proposait de trépaner l'os au-dessous de l'éminence malaire. VI, 146 et suiv. — Modifications apportées au traitement par des fistules à la joue ou par une énorme tuméfaction des sinus. VI, 152 et suiv. — Procédé mis en usage par Bertrand dans un cas de fistule. VI, 153, VI, 154. — lorsque la maladie est l'effet d'une infection syphilitique ancienne, on fait usage des préparations mercurielles. VI, 155, VI, 156.

**MAXILLAIRE (polypes du sinus).** — Causes et caractères de ces tumeurs : changement qu'elles apportent dans la conformation de la face et dans les fonctions des organes voisins. — *Traitement* : trépaner le sinus, ou agrandir les ouvertures fistuleuses de manière à aller saisir et arracher le polype. VI, 156 et suiv.

**MAXILLAIRE (fistules du sinus).** — Ont leur ouverture extérieure sur la joue, et principalement sur le bord alvéolaire. — Elles sont le plus ordinairement produites par les abcès des sinus. — *Traitement* : on ne doit pas tenter le traitement de celles qui ont leur siège au bord alvéolaire ; les autres se guérissent lorsqu'on a facilité l'écoulement du pus par un autre endroit. VI, 160 et suiv.

**MAXILLAIRE (nécrose du sinus).** — L'arcade alvéolaire est la partie de l'os maxillaire supérieur le plus souvent affectée de nécrose. — Elle est le plus souvent consécutive à une maladie ou à l'avulsion des dents. — Caractères auxquels se reconnaît cette affection. *Traitement* : lorsque le pus qui se forme dans le sinus s'écoule librement,

ou doit se contenter de faire des injections pour entraîner les matières purulentes, et d'agrandir les ouvertures fistuleuses dans le cas où le pus s'écoulerait difficilement. VI, 162 et suiv.

**MAXILLAIRE** (*exostose des parois du sinus*). — Cette exostose est inégale, prolongée en différens sens, suivant le degré de résistance que lui opposent les parties qu'elle soulève; dure extérieurement, molle, fongueuse intérieurement. Le *diagnostic* de cette maladie est souvent fort difficile: examen des symptômes qui le caractérisent. VI, 165, VI, 166. — L'exostose du sinus maxillaire est toujours une maladie fâcheuse; cependant sa gravité est proportionnée à son étendue et à la rapidité de ses progrès. VI, 167. — *Traitement*: est relatif à l'ancienneté de la tumeur, à son volume, à ses causes, aux circonstances qui l'accompagnent. VI, 168 et suiv.

**MAXILLAIRE** (*corps étrangers dans le sinus*). — Les corps étrangers qu'on trouve quelquefois dans le sinus maxillaire, y ont pénétré ou par l'ouverture naturelle de cette cavité, ou par une ouverture accidentelle. — *Traitement*: trépanation du sinus et extraction du corps étranger, dans le cas où il donnerait naissance à des accidens trop graves. VI, 171, VI, 172.

**MAXILLAIRE** (*maladie de la glande*), *et de son conduit excréteur*. — Les plaies de cette glande donnent lieu quelquefois aux fistules salivaires. — Son inflammation est souvent confondue avec l'engorgement inflammatoire des ganglions lymphatiques qui l'avoisinent. — Le gonflement de la glande peut avoir lieu par suite de l'oblitération des canaux salivaires par quelques concrétions. — L'existence du squirrhe de cette glande est révoquée en doute par l'auteur. VI, 282 et suiv.

**MÈCHES**. — Se composent avec de longs fils de charpie placés les uns à côté des autres, que l'on replie après les avoir attachés dans leur milieu avec un fil. — Servent pour tenir les lèvres des plaies écartées, ou pour dilater une ouverture naturelle rétrécie. V, 10, I, 173.

**MÉDIASTIN** (*abcès du*). — Se forment le plus ordinairement dans le médiastin antérieur. — Sont produits par des causes internes ou externes. — Ont une marche tantôt aiguë, tantôt chronique. VII, 340 et suiv. — Les symptômes de l'inflammation aiguë du médiastin ont beaucoup de rapport avec ceux des autres inflammations de poitrine. — Cette phlegmasie se propage quelquefois aux organes voisins. 341. — Cette inflammation peut se terminer par résolution ou par suppuration. 342. — Est toujours une maladie très-grave. 342. — Le pus peut s'échapper dans la cavité des plèvres ou du péricarde. 343 et suiv. — Les *indications curatives* se bornent à donner issue au pus, à déterger les parois du foyer, et à favoriser leur réunion. 345 et suiv. — Observations diverses relatives au traitement de ces abcès. VII, 346 et suiv.

**MÉLICÉRIS**. — Nom donné aux loupes enkystées, lorsqu'elles contiennent une matière jaune visqueuse de la consistance du miel. II, 406, II, 343. — Est plus mou, plus élastique, plus fluctuant que les autres espèces de loupes. II, 411, II, 348.

**MEMBRANE MÉDULLAIRE** (*des os*). — Son inflammation à la suite des contusions des os. — Détermine des abcès dans la cavité des os. — *Symptômes* qui annoncent cette maladie. — *Traitement*. I, 398, I, 400.

**MEMBRES**. — Se séparent quelquefois spontanément après la congélation. I, 130.

**MÉNINGO-PHY AX**. — Est un instru-

- ment assez semblable au couteau lenticulaire, dont l'usage est de peser légèrement sur la dure-mère pour faciliter la sortie du sang ou du pus épanché sous cette membrane. V, 160.
- MERCURE.** — A été employé contre le tétanos et a quelquefois réussi. — Doit être administré de manière à exciter la salivation. — Histoire de maladie y relative rapportée par Heurteloup. I, 299, I, 300.
- MÉTACARPE (fracture des os du).** — Est assez rare. — A toujours lieu par cause directe. — Le diagnostic en est facile. — Le pronostic n'est jamais fâcheux, à moins qu'il n'y ait un délabrement considérable des parties molles. — L'amputation peut devenir quelquefois nécessaire. — *Traitement* : compresses longuettes, attelles antérieure et postérieure. — Même traitement que celui des plaies contuses, s'il y a complication de plaie. III, 253, III, 255.
- MÉTACARPE (amputation des os du).** — Voy. Amputation.
- MÉTACARPE (luxations des os du).** — Les quatre derniers os du métacarpe ne peuvent éprouver aucun déplacement qui mérite le nom de luxation : la déchirure ou la distension de leurs ligamens ne demande pas d'autre traitement que celui des contusions ou des plaies contuses. IV, 266.
- MÉTACARPE (luxations du premier os du).** — La luxation en arrière seulement a été observée. — *Causes* : elle ne peut être produite que par une force extérieure qui porte l'os avec violence du côté de la flexion. — *Signes diagnostiques* : saillie de la tête de l'os derrière le trapèze, flexion du pouce et du premier os du métacarpe, impossibilité d'étendre le doigt, douleur vive. — *Traitement* : la réduction est toujours facile, même lorsque le gonflement inflammatoire est considérable ; lorsque cette réduction est opérée, on couvre la main de compresses imbibées d'une liqueur résolutive, et l'on place le long de la partie postérieure de l'os une petite attelle de bois. IV, 267 et suiv.
- MÉTASTASE (inflammatoire).** — *Ses causes* : est souvent produite par l'application intempestive de répercussifs. I, 25, I, 44. — *Ses dangers.* — Explication de Bordeu, I, 23 et suiv.
- MÉTATARSE (amputation des os du).** — Voy. Amputation.
- MÉTRITE.** — Voy. Matrice. (*inflammation de la*).
- MILIAIRE (éruption).** Apparait souvent sur la peau des personnes affectées du tétanos. — Ne produit aucun changement dans la marche de la maladie. I, 291.
- MILIAIRE (érysipele).** — *Ses caractères.* II, 8.
- MOLINELLI.** — Remet en vigueur la méthode d'Anel pour l'opération de l'anévrisme II, 144, II, 145.
- MORAND.** — Cite des faits propres à prouver que le virus charbonneux appliqué à l'intérieur n'est pas dangereux. II, 69.
- MORBIFIQUE (principe).** — Est la cause d'où dépendent les inflammations gangréneuses. — En favoriser l'expulsion par une médication tonique. I, 159. I, 140. — Se porte sur les parties préalablement irritées. I, 141. I, 142.
- MOREAU le père et MOREAU le fils.** — Ont pratiqué avec succès la résection des os des articulations ginglymoïdales dans des cas de tumeur blanche de ces articulations. — Procédés opératoires qu'ils ont mis en usage. IV, 545 et suiv.
- MORSURES.** — Peuvent déterminer le tétanos. — Histoires de maladies y relatives. I, 287.
- MORTIFICATION.** — Précède toujours la dissolution putride. I, 105.
- MOSCATI.** — Inventeur d'un appareil pour maintenir réduites les fractures du col de l'humérus. III, 202, III, 204.

**MOXA.** — Adustion lente d'une partie. XI, 342. — Matières employées par les anciens et par les modernes pour la confection des moxas. 343 et suiv. — Procédé opératoire. 349. — Modifications apportées à ce procédé par Larrey. 349 et suiv. — pansément et chute de l'escarre. 351 et suiv. — Effets du moxa. 352 et suiv. — Circonstances dans lesquelles le moxa doit être préféré au fer brûlant. XI, 355 et suiv. — Parties du corps sur lesquelles le moxa peut être placé. 355. — On ne doit l'appliquer qu'avec circonspection sur le cuir chevelu. 355 et suiv. — L'endroit où le moxa doit être placé par rapport au siège de la maladie, est différent suivant la nature de cette maladie. XI, 360 et suiv. — Manière de le préparer et de l'appliquer, d'après Pouteau. — Son utilité dans le traitement des tumeurs blanches, constatée par l'expérience de l'auteur. — Doit être appliqué principalement sur le point le plus douloureux. — Doit être réitéré, pour agir avec toute son efficacité. IV, 525 et suiv.

**MUGUET.** — Voy. Aphthes des nouveau-nés.

**MUQUEUSES (membranes).** — S'enflamment très-facilement. I, 3. — Sécrètent une matière puriforme lorsqu'elles sont enflammées. — Finissent par s'ulcérer et sécrètent alors du pus. I, 26, I, 27.

**Musc.** — Conseillé comme très-efficace dans le traitement du tétanos. — Doit être donné à haute dose. I, 295.

**MUSCLES.** — Mode de cicatrisation de leurs plaies transversales. — La cicatrice ne nuit pas toujours à l'action de l'organe. — Excision de leurs cicatrices; histoire de maladie y relative. I, 195 et suiv. — Leurs plaies simples ne doivent jamais être réunies par le moyen de la suture. I, 202, I, 203. — Leur tissu ne se répare pas quand ils

ont éprouvé une perte de substance. I, 215.

**MUSCLES (rupture des).** — Cette maladie s'observe très-rarement, et n'a lieu qu'à la suite d'efforts extrêmement violens. XI, 86. — Faits de ce genre rapportés par l'auteur. 86 et suiv. — La rupture transversale des muscles ne se réunit pas immédiatement. 89. — Elle n'est point une maladie dangereuse, et seulement elle nuit pendant un certain temps à l'action musculaire. 89 et suiv. — Le traitement de la rupture des muscles doit être le même que celui des plaies transversales de ces organes; appareils et bandages convenables. XI, 90.

**MYDRIASIS.** — Voy. Pupille.

**MYOPIE.** — Est l'état des individus qui ont la vue courte et qui ne peuvent voir les objets que de près. — Causes: organisation vicieuse de l'œil, dont les humeurs ou les membranes, et quelquefois les unes et les autres, réfractent avec trop de force les rayons lumineux; étendue trop grande du diamètre antéro-postérieur de l'œil; habitude contractée dès l'enfance de regarder les objets de près. — Signes diagnostiques: yeux gros et saillans, vue courte: nyctalopie. — Traitement: bésicles à verre concave. — La vieillesse produit quelquefois la guérison en diminuant les humeurs de l'œil et en aplatisant la cornée; guérit quelquefois après l'extraction du cristallin dans l'opération de la cataracte. V, 610 et suiv., V, 617 et suiv.

## N.

**NARCOTIQUES.** — Recommandés à l'intérieur dans les inflammations accompagnées d'insomnie et d'agitation. — Funestes quand l'inflammation est interne et peu violente. I, 36 et suiv.

**NARINES (rétrécissement et oblitération des).** — Cette difformité est rare-

ment congénitale; elle dépend ordinairement de l'ulcération de leur circonférence, causée par la brûlure, la gangrène, la petite-vérole. — On prévient le rétrécissement et l'oblitération à l'aide de corps dilatans introduits dans les narines; et on combattra cette difformité à l'aide d'incisions ou de l'application de canules et de tentes VI, 75 et suiv.

**NARINES** (*corps étrangers introduits dans les*). — S'arrêtent plus ou moins profondément, et donnent lieu à des effets différens, suivant leur grosseur, leur forme et leur nature. — Doivent être extraits avec des instrumens convenables, ou repoussés dans la gorge. VI, 78 et suiv.

**NARINES** (*ulcères de la membrane muqueuse des*). — Ils sont de deux sortes: simples, benins, n'exhalant aucune odeur; ou putrides, malins, et rendant une odeur très-fétide. — Les ulcères benins ne pénètrent ordinairement que la surface de la membrane muqueuse, et sont déterminés par l'action des corps irritans ou par l'inflammation chronique de la membrane. — *Traitement*: remèdes locaux: lotions et injections émollientes, injections détersives, application de substances aromatiques et légèrement irritantes. VI, 83 et suiv. — *Ulcères malins*. V. Ozène. — *Ulcères vénériens*. — Ne sont jamais primitifs, dépendent toujours d'une vérole constitutionnelle; doivent être traités comme cette dernière maladie. VI, 89 et suiv. — *Ulcères dartreux*. — Signes auxquels on reconnaît qu'ils sont produits par le vice herpétique. *Traitement* relatif à l'affection générale qui a produit la maladie. VI, 91. — *Ulcères scorbutiques*. — Sont beaucoup plus rares que les ulcères dartreux. — Doivent être traités par des injections stimulantes et par un régime dirigé contre la cause générale. VI, 91. — *Ulcères cancé-*

*reux*. — S'observent peu communément: sont souvent le résultat d'un traitement intempestif dirigé contre des ulcères d'autre nature. — Sont essentiellement incurables. VI, 92.

**NARINES** (*polypes des*). — Sorte de végétations contre nature de la membrane pituitaire, et qu'on nomme polypes à cause d'une certaine ressemblance avec les zoophytes de ce nom. — Peuvent se développer sur tous les points des fosses nasales et même des sinus, et tiennent à la membrane pituitaire tantôt par une base large, tantôt par un pédicule plus ou moins épais. — Leur volume varie beaucoup; ils sont de deux espèces, mous, vasculaires ou muqueux, ou bien durs ou sarcomateux. — Les polypes durs et sarcomateux diffèrent entre eux en ce que les uns paraissent purement charnus, et les autres squirrheux. — Examen de leur structure anatomique. VI, 95 et suiv. — Examen des causes des polypes du nez. VI, 98. — *Symptômes*: différens selon les degrés et l'espèce de la maladie. *Parallèle et diagnostic différentiel* des polypes muqueux et des polypes sarcomateux. VI, 99 et suiv. — *Pronostic*: le pronostic des polypes du nez est subordonné à leur nature, au lieu qu'ils occupent, à leur volume, à l'étendue de leurs adhérences, etc., etc. VI, 102 et suiv. — *Traitement*: pour guérir les polypes des fosses nasales, on a proposé et employé le déchirement, l'arrachement et la ligature. VI, 104. — *Ésiccation* des polypes: médicamens employés à cet effet; manière de les porter dans les fosses nasales et de les y appliquer: cette pratique peut être utile, surtout après l'arrachement d'un polype ou sa destruction par tout autre procédé; elle peut prévenir, ou tout au moins retarder la reproduction de la tu-

meur. VI, 104, VI, 105. — La cautérisation a été souvent mise en usage dans le traitement des polypes du nez : l'application des caustiques a des inconvéniens graves ; l'on ne doit s'en servir que pour les polypes muqueux situés peu profondément. VI, 105, VI, 106. — L'excision ou amputation des polypes a été anciennement recommandée par Celse, Paul d'Égine, et les chirurgiens qui les ont suivis : cette pratique ne peut être admissible que lorsque le polype a un pédicule et qu'il est situé assez près de l'ouverture des narines. VI, 108 et suiv. — L'arrachement est le procédé que l'on met le plus souvent en usage pour la guérison des polypes. Il convient particulièrement pour les polypes muqueux ; on peut s'en servir aussi contre les polypes squirrheux à pédicule. Description des pinces à polype et du procédé opératoire employé pour l'arrachement ; description des tenettes recourbées pour l'arrachement des polypes qui se sont portés dans la gorge. — Arrachement des polypes à l'aide des doigts, en imprimant à la tumeur des mouvemens alternatifs vers les ouvertures antérieure et postérieure de la fosse nasale jusqu'à ce qu'elle cède. — Combattre l'inflammation qui suit l'extirpation de ces tumeurs. VI, 108 et suiv. — Ficelle nouée imaginée par Paul d'Égine pour détruire les restes des polypes arrachés ou coupés ; instrument inventé par Levret dans même but : inutilité et danger de ces méthodes. VI, 114, VI, 115. — Séton imaginé par Ledrau pour porter sur les restes des polypes des médicamens propres à les détruire : avantages de ce procédé. VI, 115, VI, 116. — La ligature des polypes n'est applicable qu'à ceux qui ont un pédicule, et qui sont situés au plancher des fosses nasales ou vers le bas de leurs pa-

rois. — La manière de l'employer est différente selon que le polype est borné à la fosse nasale et qu'il se montre par la narine, ou qu'ayant commencé à se former dans la fosse nasale il s'est jeté en arrière dans le pharynx. — La ligature est toujours très-difficile et souvent impossible : instrumens et procédé opératoire de Fallope : modifications apportées à ce procédé par Levret et Palucci. VI, 117, VI, 118. — Ligature des polypes avec un fil de chanvre ou de soie, inventée et exécutée par Glandorp. — Description de son procédé. VI, 118. — Procédés de Dionis et de Heister. VI, 119 et suiv. — Procédé de Levret, description de son serre-nœud ou porte-anse, manière de s'en servir. VI, 120 et suiv. — La ligature des polypes du nez qui pendent dans la gorge ne présente guère moins de difficultés que celle des polypes des fosses nasales : tuyaux soudés inventés par Levret ; manière de diriger le fil et d'embrasser le polype. VI, 123 et suiv. — Procédé employé par Roderik sur lui-même : ligature double à treuil : modifications apportées par Desault. VI, 127 et suiv. — Méthode de Brasdor : procédé opératoire, instrumens inventés par ce chirurgien. VI, 129 et suiv. — Instrumens inventés par Desault ; manière de les employer. VI, 131 et suiv.

**NARINES** (*épaississement de la membrane muqueuse des*). — Quelquefois la membranepituitaire acquiert une épaisseur considérable, au point d'obstruer entièrement les narines. — *Traitement.* Combattre les causes générales ou locales qui peuvent déterminer cet épaississement ; dilater artificiellement les narines. VI, 135, VI, 136.

**NÉCROSE.** — Mortification d'un os ou d'une portion d'os. — Peut affecter tous les os du corps, mais plus particulièrement ceux qui sont abon-

damment pourvus de substance compacte. — Dans les os plats elle peut se borner à l'une ou à l'autre de leurs surfaces, et rarement à leur substance diploïque : dans les os longs elle n'affecte que le corps et la surface extérieure, ou celle qui correspond à la cavité médullaire, quelquefois toute l'épaisseur de l'os. — *Causes* : le virus vénérien et le vice scrophuleux, la suppression de certaines hémorrhagies habituelles, les cachexies ; l'action du froid, les caustiques, les contusions, les fractures comminutives, la dénudation des os. — *Signes diagnostiques* : douleur fixe, tumeur plate non circonscrite, suppuration, ulcération, mortification du périoste et du tissu cellulaire, dénudation de l'os, affaissement des bords de l'ulcère, décoloration, mobilité, élimination de l'os nécrosé. — Lorsque le périoste n'est pas lui-même mortifié, les symptômes sont beaucoup plus graves. — *Nécrose des os larges*. — Douleur, tumeur à la peau, abcès, fistules, élimination de la portion nécrosée, élimination beaucoup plus lente dans le cas où le périoste n'est pas lui-même mortifié. III, 418 et suiv., III, 421 et suiv. — Les symptômes et les phénomènes éprouvent des modifications aux os du crâne. — Modifications qui surviennent quand la nécrose occupe un os cylindrique, soit qu'elle affecte toute son épaisseur, ou en même temps l'os et le périoste sans la membrane médullaire, ou bien l'os et la membrane médullaire sans le périoste. — Reproduction de l'os ; mécanisme de cette reproduction. — La nécrose peut être divisée en aiguë ou chronique relativement à sa marche. — La maladie a été divisée en trois périodes. 1<sup>re</sup> période, formation de la nécrose ; 2<sup>e</sup> période, séparation du séquestre, et reproduction de l'os ; 3<sup>e</sup> période, élimi-

nation du séquestre. Symptômes propres à chacune de ces périodes. — *Pronostic* variable. La nécrose superficielle est une maladie peu grave ; la nécrose profonde peut compromettre les jours du malade. La nécrose qui pénètre dans une articulation est extrêmement grave. III, 431 et suiv., III, 435 et suiv. — *Indications curatives générales* : combattre la diathèse ou le virus qui a donné naissance à la nécrose. — *Indications curatives locales* : 1<sup>re</sup> et 2<sup>e</sup> périodes : ouverture de l'abcès, agrandissement des ouvertures fistuleuses ; remèdes dirigés contre les symptômes généraux graves qui accompagnent les nécroses profondes ; 3<sup>e</sup> période, laisser autant que possible à la nature le soin d'expulser le séquestre, reconnaître l'étendue du séquestre avant d'en venir à l'opération : procédés opératoires pour l'extraction de l'os. Bistouri à lame forte, gouge, trépan, scie : pansemens et traitement consécutifs. III, 442 et suiv., III, 447 et suiv.

**NÉCROSE.** — Survient souvent à la suite des contusions des os, dans les plaies d'armes à feu. — Sa marche. — Son traitement relatif aux plaies qu'elle complique. I, 398, I, 400.

**NÉPHRITE.** — Voy. Reins (*inflammation des*).

**NÉPHRITE CALCULEUSE.** — Voy. Reins (*calculs des*).

**NÉPHROTOMIE.** — Voy. Reins (*calculs des*).

**NERFS.** — Existents dans toutes les parties du corps. I, 178. — Ne se réparent pas quand ils ont éprouvé une perte de substance. I, 215.

**NERFS.** — Leur constriction et leur dilacération peuvent devenir la source d'accidens graves dans la ligature des artères. I, 271. — Leur lésion complique les plaies : accidens qu'elle détermine ; moyens d'y remédier. I, 279 et suiv.

**NERFS (contusion des).** — Déter-

mine l'engorgement inflammatoire des parties. — S'accompagne de douleurs violentes. — Entraîne souvent la paralysie. — Son traitement relatif aux plaies qu'elle complique. I, 398, I, 400.

**NERF SCIATIQUE.** — Contenait une artère de la grosseur de la radiale chez un homme opéré quelque temps auparavant d'un anévrisme de l'artère poplitée. II, 293.

**NEZ (fractures des os du).** — Sont toujours produites par une violence exercée sur le lieu même de la fracture, et accompagnées d'une contusion plus ou moins considérable. — Sont souvent comminutives, et étendent leurs effets jusqu'aux os maxillaires, à l'ethmoïde et même au cerveau. — *Pronostic* : ordinairement peu grave, à moins de complication. — *Traitement* : replacer les fragmens en les repoussant de dedans en dehors ; topiques émolliens ; le traitement général sera réglé d'après l'état des parties molles et l'affection cérébrale qui complique la fracture. III, 117 et suiv., III, 118 et suiv.

**NEZ (plaies du).** — Peuvent être produites par les instrumens piquans ou par les instrumens tranchans : celles de la première espèce ne réclament aucun traitement : celles de la seconde doivent être traitées par les bandelettes agglutinatives ou par la suture. VI, 58 et suiv.

**NEZ (tumeurs du).** — N'offrent aucune indication spéciale, doivent être traités ou par la ligature ou par l'excision. — Cas dans lesquels l'un de ces moyens doit être préféré à l'autre. VI, 60 et suiv.

**NEZ (ulcères du).** — Le nez peut être affecté d'ulcères vénériens, dartreux ou cancéreux. — *Les ulcères vénériens* sont le plus ordinairement consécutifs. — Ils s'étendent rapidement en détruisant peu à peu les parties environnantes. — Le traitement ne diffère pas de celui de la syphilis constitutionnelle.

VI, 62 et suiv. — *Les ulcères cancéreux* attaquent rarement les jeunes gens, et s'observent principalement chez les vieillards. — Ces ulcères résistent à tous les moyens ordinaires, et l'on ne peut les guérir qu'en les emportant avec l'instrument tranchant ou en les consumant avec un caustique. VI, 66. — *Les ulcères dartreux* ont ordinairement leur base au contour des narines. — Ils sont ordinairement superficiels et pénètrent rarement au-delà de la peau. — Le traitement, local et général, est celui des dartres. VI, 67.

**NEZ (vices de conformation du).** — L'inclinaison vicieuse du nez se corrige aisément avec un bandage qui tire le nez dans un sens opposé. VI, 68. — L'art ne peut rien contre la déviation du cartilage de la cloison du nez. VI, 69. — On a vu chez quelques hommes deux nez, ou du moins un appendice considérable dont on doit tenter l'ablation. VI, 69. — La division contre nature des parois du nez est ordinairement l'effet d'une plaie, ou bien elle est congénitale. — Le *traitement* sera le même que pour le bec de lièvre. VI, 70.

**NEZ (perte du).** — Méthode de Taliacot et de Thomas Cruso pour remédier à cette difformité. VI, 71 et suiv. — Une portion de nez entièrement séparée du corps a pu être réunie par première intention. I, 184, I, 185.

**NITRATE D'ARGENT.** — Utile pour réprimer les chairs fongueuses des ulcères. I, 171. — Sert à détruire les inégalités des cicatrices. I, 172. — Est le moyen le plus efficace pour irriter les surfaces des plaies qui suppurent et entretenir une suppuration louable. I, 237.

**NOEUD (du chirurgien).** — Ne doit point être employé pour la ligature des artères. II, 138, II, 139.

**NOEVI MATERNI.** — *Voy.* Taches de naissance.

- NOIRCEUR.** — L'un des principaux caractères de la gangrène sèche. — Quelquefois n'existe pas. I, 144. I, 145. — Simule la gangrène dans le cas de brûlure par explosion de la poudre à canon. I, 169, I, 170.
- NYCTALOPIE.** — Affection dans laquelle on distingue nettement les objets pendant la nuit, et l'on ne peut voir pendant le jour. — *Causes* : modification particulière et inexplicable de la sensibilité de la rétine ; séjour prolongé dans un lieu obscur ; certaines influences épidémiques ; hérédité. — *Pronostic.* Il n'offre rien de fâcheux lorsque la maladie n'a pas encore duré long-temps. — *Traitement* : remplir les indications fournies par les causes prédisposantes et par les causes immédiates. — Même traitement général et local que celui de l'amaurose. V, 479 et suiv., V, 483 et suiv.
- NYMPHES** (*vices de conformation des*). X, 401 et suiv.

## O.

- OBLITÉRATION** (*des artères*). — Peut s'effectuer spontanément, quand le vaisseau divisé est d'un petit calibre. I, 248, I, 249. — Réclame les secours de la chirurgie quand l'artère est un peu considérable. — Mécanisme de cette oblitération. — Opinion de Petit, de Pouteau. I, 249 et suiv.
- OBSTRUCTION** (*des vaisseaux*). — Ne peut être considérée comme la cause de l'inflammation. I, 9.
- OCCIPITALE** (*anévrisme de l'artère*). — A été fort rarement observé. — Devra être traité par la compression. II, 183, II, 192.
- ODEUR.** — Spéciale et pathognomonique de la gangrène. I, 111, I, 112.
- ŒDÉMATEUX** (*érysipèle*). — Ses caractères, sa gravité. — Se termine souvent par gangrène. II, 8.
- ŒDÈME.** — Définition. — S'étend quelquefois à toutes les parties du corps et prend alors le nom de leucoplegmatie. — Le plus ordinairement est partiel. — S'observe principalement dans les parties les plus éloignées du centre de la circulation. — Se complique souvent d'érysipèle. — Est divisé en idiopathique et en symptomatique. — *Causes* de l'œdème idiopathique : infraction des règles de l'hygiène ; obstacle au cours du sang ; irritation chronique ; la pléthore sanguine, la suppression de certaines évacuations habituelles. — *Causes* de l'œdème symptomatique : répercussion de certaines maladies éruptives ; maladies nerveuses ; inflammation chronique des viscères ; oblitération des vaisseaux lymphatiques ; des lésions organiques du cœur et des gros vaisseaux. — *Signes diagnostiques* : tumeur incolore, indolente, conservant l'impression du doigt. — *Caractères anatomiques* : épanchement d'un liquide séro-albumineux dans les mailles du tissu cellulaire. — *Pronostic* : différent suivant l'espèce de la maladie, la nature de la cause qui l'a produite, l'ancienneté du mal, l'âge et le tempérament du malade. — *Traitement local* : habitation saine ; situation horizontale, frictions de la partie affectée avec des topiques résolutifs ; bandage roulé, mouchetures. — *Traitement général* : boissons apéritives et diurétiques, antiscorbutiques, laxatifs, toniques ; émissions sanguines. II, 386 et suiv., II, 323 et suiv.
- ŒDÈME** (*des femmes nouvellement accouchées*). — Attaque rarement les femmes enceintes. — Survient le plus souvent après l'accouchement, à des époques indéterminées. — A le plus souvent son siège aux extrémités inférieures, rarement aux supérieures. — *Causes prédisposantes* : une grossesse laborieuse, les infractions habituelles aux lois de l'hygiène, l'ex-

citation des organes contenus dans le petit bassin. — *Causes déterminantes* : action du froid, suppression des lochies, métastase lacteuse. — *Symptômes* : frissons, douleurs dans les fosses iliaques, engourdissement dans les cuisses, tension inflammatoire des glandes inguinales; inflammation le long du trajet des vaisseaux lymphatiques du membre; diminution des couleurs; apparition de l'œdème, qui envahit successivement la cuisse, la jambe et le pied : inflammation du tissu cellulaire qui avoisine les vaisseaux; abcès, infiltration purulente. — *Pronostic* : variable en raison de l'acuité, de l'intensité de la maladie. — *Traitement* : boissons diaphorétiques, lavemens, bains de vapeurs, sangsues à la valve, embrocations huileuses sur le membre. — La saignée ne doit être employée qu'avec un ménagement extrême. — Applications topiques résolutive lorsque la douleur et l'inflammation sont dissipées. — Purgatifs doux. — Evacuation du pus des abcès qui se sont formés. — Usage du petit-lait de Weiss. II, 333 et suiv., II, 396 et suiv.

ŒDÈME (de la glotte). — *Voy.* Glotte.

ŒDÈME (du serotum). — *Voy.* Hydrocèle.

ŒIL (de lièvre). *Voy.* Lagophthalmie.

ŒIL (plaies du globe de l') par instrumens piquans. — Sont en général peu dangereuses; ne s'accompagnent pas de l'écoulement des humeurs de l'œil. — *Traitement* : couvrir les deux yeux et empêcher autant que possible leurs mouvemens. — Pratiquer une ou plusieurs saignées, si l'inflammation s'empare de la partie. V, 353 et suiv., V, 356 et suiv.

ŒIL (plaies du globe de l') par instrumens tranchans. — Sont plus graves que les piquures, et s'accompagnent souvent de l'issue complète des humeurs de l'œil. — Leur

gravité est beaucoup moindre quand elles n'intéressent qu'une portion de la cornée ou de la sclérotique. — *Traitement* : tenir les deux yeux fermés, prévenir leurs mouvemens : prévenir et combattre l'inflammation. V, 354, V, 357.

ŒIL (contusion de l'). — Lorsqu'elle est légère, il n'en résulte qu'une infiltration de sang dans le tissu cellulaire qui unit la conjonctive au globe de l'œil. — Les topiques résolutifs suffisent pour amener la guérison. — Si la contusion a été violente, elle peut s'étendre à toutes les membranes de l'œil et les déchirer, de manière à produire la confusion des humeurs, et le mélange d'une plus ou moins grande quantité de sang à ces humeurs. — *Traitement* : saignées générales et locales portées fort loin, application des topiques résolutifs. V, 355 et suiv., V, 357 et suiv.

ŒIL (corps étrangers dans l'). — Les corps étrangers qui s'introduisent entre les paupières et le globe de l'œil présentent beaucoup de variétés par rapport à leur volume, à leur forme et à leur nature. — Ils irritent l'œil, l'enflamment s'ils ne sont pas entraînés par les larmes. — *Traitement* : les lotions répétées, l'ablation des corps étrangers suffisent ordinairement pour faire cesser tous les accidens. — *Les corps étrangers enfermés dans l'œil* causent une irritation très-vive, et souvent une suppuration de la partie; on devra toujours les extraire le plus tôt possible. — Ceux qui s'enfoncent entre la partie orbitaire et la partie supérieure de l'œil, produisent souvent des lésions du cerveau ordinairement mortelles. V, 359 et suiv., V, 361 et suiv.

ŒIL (inflammation de la membrane muqueuse de l') ou ophthalmie. — *Causes* : l'action d'un vent froid ou chargé de poussière et de sable, l'exposition à une lumière très-vive, l'application de substances très-froides ou très-

chaudes sur l'œil, les contusions, les plaies, les maladies des paupières.

— *Causes internes*: suppression d'un flux habituel, répercussion d'un exanthème, diathèse scorbutique, scorbutique ou dartreuse, affection vénérienne, influences épidémiques. — Est aiguë ou chronique.

— *Signes diagnostiques* de l'ophtalmie aiguë : rougeur, tuméfaction de la conjonctive, douleur, prurit, larmolement, céphalalgie, fièvre, impossibilité de supporter la lumière. — *Pronostic*. La durée de la maladie est ordinairement de douze à quatorze jours quand elle est intense, mais laisse quelquefois ou des taches ou des suppurations de la cornée. — *Traitement*. Dans l'ophtalmie aiguë bénigne : lotions émollientes, cataplasmes de pommes cuites. — Dans l'ophtalmie aiguë violente : saignées générales et locales, diète, purgatifs, vomitifs, rescision de la membrane muqueuse boursoufflée, vésicatoire à la nuque, fomentations émollientes, astringentes, résolutive. V, 364 et suiv., V, 366 et suiv.

— *Ophtalmie puriforme des enfans*.

— Se montre chez les nouveau-nés ou chez les enfans qui sont encore à la mamelle; s'accompagne d'un gonflement énorme à la conjonctive et d'un écoulement très-abondant de mucosités puriformes, de fièvre, de diarrhée, de convulsions. — *Traitement* : saignées locales, topiques émollients. Quand la maladie est plus avancée, on fait usage de topiques astringens. V, 373 et suiv., V, 375 et suiv.

— *Ophtalmie blennorrhagique*. — Provient de la suppression d'une blennorrhagie ou du contact du virus blennorrhagique avec la membrane muqueuse de l'œil. — Tantôt il y a suppression, tantôt diminution seulement du flux de l'urètre. — Occupe presque toujours les deux yeux. — *Signes diagnostiques* : douleurs légères s'aug-

mentant rapidement, chaleur, douleurs excessives, tuméfaction énorme de la conjonctive, chémosis, écoulement très-abondant d'une liqueur puriforme, inflammation, ulcération de la cornée transparente. — *Pronostic*: est toujours fâcheux. — *Traitement* : modérer l'intensité de l'inflammation; rétablir l'écoulement de l'urètre : topiques calmans, préparations mercurielles. V, 374 et suiv., V, 376 et suiv.

— *Ophtalmie chronique*. — Succède souvent à l'ophtalmie aiguë. — Peut être causée par toutes les causes d'irritation qui agissent avec peu de violence et pendant long-temps. — *Symptômes* : douleur peu vive, rougeur n'occupant ordinairement que le bord des paupières. — *Pronostic* : si la maladie dure long-temps, elle ne tarde pas à amener le ptérygion, les taies de la cornée, le nuage. — *Traitement* : éloigner les causes qui ont pu déterminer ou entretenir la maladie; collyres et onguens astringens : vésicatoire derrière la nuque. — *Traitement* relatif aux complications, si l'ophtalmie est scorbutique, vénérienne ou dartreuse. V, 378 et suiv., V, 381 et suiv.

**OËIL** (*excroissances fongueuses de l'*). — Occupent tantôt la cornée, tantôt la sclérotique, et le plus souvent l'une et l'autre. — Elles sont plus ou moins volumineuses, de couleur grise ou rougeâtre, et tiennent à l'œil tantôt par un pédicule, tantôt par une large base. — *Traitement* : l'incision est le moyen le plus prompt de guérir ces tumeurs; si elles étaient attachées à l'œil par un pédicule étroit, on emploierait la ligature. V, 411, V, 414.

**OËIL** (*abcès ou empyème de l'*). — Abcès occupant la totalité du globe de l'œil. — *Causes* : inflammation spontanée de l'œil, conta-

- sion violente. — *Signes diagnostiques* : douleur intolérable, tuméfaction considérable, obscurcissement des humeurs de l'œil. — Fièvre violente, symptômes cérébraux. — *Traitement* : Saignées répétées, émoulliens, ponction du globe de l'œil. V, 418 et suiv., V, 422 et suiv.
- ŒIL** (*inflammation du globe de l'*). — A reçu encore le nom d'ophtalmie interne. — *Causes* : violente contusion, plaie, exanthème cutané. — *Signes diagnostiques* : douleur violente dans le fond de l'orbite, avec chaleur et pulsations ; sensibilité excessive de l'œil, fièvre, délire, confusion des humeurs de l'œil, suppuration. — *Pronostic* : la perte de la vue est presque inévitable, la mort du malade arrive souvent. — *Traitement* : saignées générales et locales, révulsifs ; ouverture de l'œil. V, 554 et suiv., V, 559 et suiv.
- ŒIL** (*hydropisie de l'*). — Voy. Hydrophthalmie.
- ŒIL** (*atrophie de l'*). — Consiste dans la diminution ou l'absence totale des humeurs de l'œil. — *Causes* : blessures de l'œil, violente ophtalmie. — *Pronostic* : toujours fâcheux en tant que l'œil est nécessairement perdu. — *Traitement* : nul. V, 565 et suiv., V, 571 et suiv.
- ŒIL** (*cancer de l'*). — S'observe assez rarement. — Affecte plus particulièrement les enfans. — *Causes* : blessures, contusions, inflammation de l'œil. — *Signes diagnostiques* : douleurs vives et lancinantes, inégalité du globe de l'œil, obscurcissement, perte de la vue, ulcération, fongosités de l'œil. — *Pronostic* : toujours très-fâcheux. — *Traitement* : extirpation de la totalité de l'œil, procédés opératoires de Bartsch, Fabricc de Hildan, de Louis, de Desault ; instrumens nécessaires pour cette opération : manuel opératoire adopté de nos jours : pansement et traitement subséquens, V, 367 et suiv., V, 373 et suiv.
- ŒIL** (*chute ou proci-dence du globe de l'*). — Ne diffère de l'exophtalmie qu'en ce qu'aucun obstacle mécanique n'empêche le remplacement de l'œil dans la cavité orbitaire. — *Causes* : relâchement des liens qui fixent en arrière le globe de l'œil, la contusion violente de cet organe. — *Traitement* : replacer l'œil dans l'orbite, maintenir l'organe dans sa position à l'aide de bandages convenables : empêcher ou prévenir l'inflammation qui pourrait survenir. V, 586 et suiv., V, 595 et suiv.
- ŒIL** (*mouvements convulsifs du globe de l'*). — Cette affection est presque toujours congénitale, et s'observe chez les personnes vives et très-irritables, et chez les aveugles de naissance. — Ces mouvements sont quelquefois extrêmement rapides, et nuisent au libre exercice de la vue. — *Traitement* : celui des affections nerveuses convulsives. V, 609 et suiv., V, 615 et suiv.
- ŒIL** (*artificiel*). — L'emploi des yeux artificiels était connu des anciens. — De nos jours ils sont fabriqués en émail. — Le globe de l'œil doit être diminué au moins d'un tiers pour qu'on y puisse adapter un œil d'émail. — Manière de l'appliquer. — Mobilité des yeux artificiels. V, 617 et suiv., V, 624 et suiv.
- ŒSOPHAGE** (*inflammation de l'*). — Cette maladie s'observe rarement. — Elle ne s'étend jamais à toute la longueur de ce canal membraneux. — Peut se terminer par résolution, par suppuration ou par gangrène. — *Traitement* : éminemment antiphlogistique. VII, 143 et suiv.
- ŒSOPHAGE** (*perforation de l'*). — A quelquefois été produite par la compression qu'exerçait sur ce conduit une tumeur anévrysmale ;

- elle est quelquefois l'effet d'une plaie. VII, 146 et suiv.
- ŒSOPHAGE** (*rupture de l'*). — Peut être occasionnée par l'ulcération de ses parois, ou par les effets du vomissement. — A été observée une fois par Boerhaave. — Est nécessairement mortelle. VII, 147 et suiv.
- ŒSOPHAGE** (*constriction spasmodique de l'*). — Voy. Dysphagie spasmodique.
- ŒSOPHAGE** (*paralysie de l'*). — Voy. Dysphagie paralytique.
- ŒSOPHAGE** (*obstruction de l'*). — Voy. Dysphagie par vice organique.
- ŒSOPHAGE** (*corps étrangers dans l'*) — Toute substance alimentaire ou autre arrêtée dans l'œsophage est regardée comme corps étranger. — Ces corps présentent des variétés relatives à leur volume, à leur forme, à leur nature, au lieu de l'œsophage où ils s'arrêtent. VII, 175 et suiv. — *Signes diagnostiques* de la présence des corps étrangers dans l'œsophage, tirés de la douleur, de l'impossibilité d'avaler, des nausées, etc. 196 et suiv. — *Traitement*: on doit extraire les corps étrangers arrêtés dans le pharynx ou l'œsophage, et lorsque leur extraction est impossible, les enfoncer dans l'estomac. — Il est ordinairement beaucoup plus difficile de les retirer que de les enfoncer. — Extraction à l'aide des doigts. 179 et suiv. — Instrumens divers inventés pour retirer les corps étrangers du pharynx ou de l'œsophage: crochet mousse de Stedman, stylet à anse de J.-L. Petit. — Stylet à anneaux du même chirurgien. VII, 180 et suiv. — Procédé employé par les anciens: éponge imbibée d'huile. 183. — Sonde à éponge de Fabrice de Hildan, perfectionnée par J.-L. Petit. 184. — Sonde œsophagienne employée de nos jours. 185. — Exciter le vomissement. 186. — Moyens divers mis en usage pour enfoncer les corps étrangers dans l'estomac. — Boissons prises en grande quantité: eas dans lesquels ce moyen peut réussir. 186. — Stylet à olive de Verdier. 187. — Bougie employée par Fabrice d'Aquapendente. 188. — Tige de baleine garnie d'une éponge mise en usage par Willis. 188. — Administrer les remèdes propres à calmer l'irritation déterminée par le corps étranger et par les manœuvres du chirurgien. 188. — Pratiquer la bronchotomie dans le eas où le corps étranger comprimerait trop fortement la trachée-artère. VII, 189. — L'inflammation consécutive peut quelquefois tuer le malade en déterminant des abcès. 189. — Les corps étrangers aigus et volumineux peuvent séjourner dans l'œsophage sans causer de grandes incommodités. 190. — Cas dans lesquels on doit pratiquer l'œsophagotomie. (Voy. ce mot). VII, 191 et suiv. — Des sangsues ont pu quelquefois s'arrêter dans le pharynx et dans l'œsophage. — Accidens qu'elles y causent; moyens d'y remédier. VII, 198 et suiv.
- ŒSOPHAGOTOMIE**. — Consiste à ouvrir l'œsophage pour extraire un corps étranger qui s'y est arrêté. — Cas dans lesquels on doit recourir à cette opération. VII, 191. — Décrite imparfaitement par Verdier et avec précision par Guattani, pratiquée avec succès par Bonneval, Morand et Rolland. 191 et suiv. — Procédé opératoire. — Pansemens subséquens. VII, 192 et suiv.
- OIGNONS**. Voy. CORS.
- OLÉCRANE** (*fractures de l'*). — Sont presque toujours transversales, quelquefois comminutives ou compliquées de plaie. — Sont le plus souvent produites par une cause immédiate, et rarement par la contraction du muscle triceps brachial. — Sont toujours accompagnées de déplacement. — *Diagnostic*: douleur, gonflement, demi-flexion de l'avant-bras, extension

complète impossible, dépression entre les deux fragmens. — *Pronostic* : cette fracture n'est grave que lorsqu'elle est accompagnée de plaie de l'articulation. — *Traitement* : réduire la fracture, placer le membre dans l'extension, rapprocher les fragmens à l'aide de compresses graduées : la guérison n'est jamais complète, il reste toujours entre les deux fragmens un intervalle comblé par un tissu cellulo-fibreux. — *Traitement des complications*. — Plaies de l'articulation. — Fausse ankylose. III, 224 et suiv., III, 226 et suiv.

OMBILIC (*tumeur graisseuse de l'*). — *Voy.* Sarcomphale.

OMBILIC (*dilatation des veines de l'*). — *Voy.* Varicomphale.

OMBILIC (*hydropisie enkystée de l'*). — *Voy.* Hydromphale.

OMBILIC (*tumeur vésiculeuse de l'*). — *Voy.* Pneumatomphale.

OMBILIC (*tumeur fongueuse de l'*). — Elle est formée par le tissu cellulaire de l'ombilic, ou par l'extrémité supérieure de l'ouraque qui donne passage à l'urine. — S'accompagne toujours d'occlusion de l'urètre. — Lésions anatomiques trouvées sur un cadavre par Littré. VII, 539. — Observation de guérison, par Cabrol. 539 et suiv. — Indications curatives et *traitement*. VII, 541 et suiv.

OMBILIC (*ulcères de l'*). — Peuvent dépendre seulement de l'affection des tégumens, ou être liés à quelque maladie des viscères de l'abdomen. — *Traitement* dans ces deux circonstances. VII, 542 et suiv.

OMBILICAL (*section et ligature du cordon*). — Lieu où la section du cordon doit être faite après la naissance, et où l'on en doit faire la ligature. VII, 545. — On ne doit jamais négliger la ligature du cordon ombilical. 544. — Jamais cette ligature ne doit être faite avant la section du cordon et son

dégorgement. 544. — La portion du cordon qui tient au placenta ne doit point être liée. 544. — Desiccation du cordon. 545. — Ruptures et hémorrhagies de l'artère ombilicale, moyens d'y remédier. VII, 545.

OMOPLATE (*fractures de l'*). — Sont assez rares et ne peuvent être produites que par des causes directes. — Sont ou longitudinales, ou horizontales, ou comminutives. — Dans les cas de fracture verticale le déplacement est peu considérable ; il l'est au contraire beaucoup dans le cas de fracture transversale. — Déplacement considérable dans le cas de fracture de l'acromion et de l'angle inférieur de l'os. — On reconnaît difficilement la fracture verticale de l'omoplate et celle de l'apophyse coracoïde, la première à cause du peu de déplacement des fragmens, la deuxième à cause de l'engorgement des parties. — *Pronostic* : peu grave en général, si ce n'est dans le cas de fracture du col ou de l'apophyse coracoïde. — *Traitement* : doit être modifié suivant le siège de la maladie et la manière dont les fragmens sont déplacés : fixer le bras contre le tronc, et maintenir les fragmens en contact à l'aide de la situation et des bandages. III, 161 et suiv., III, 163 et suiv.

ONGLE (*entré dans la chair*). — Maladie dans laquelle les bords latéraux de l'ongle agissent sur la peau et en déterminent l'inflammation et l'ulcération. XI, 76. — Legros orteil est le siège ordinaire de cette maladie. 77. — Examen des causes qui peuvent la déterminer. 77. — Symptômes et accidens causés par l'ongle entré dans les chairs. 77 et suiv. — Les différens moyens proposés pour sa guérison sont l'excision ou la destruction des chairs fongueuses par les caustiques, la section ou l'extraction

- de la portion d'ongle qui entre dans la chair, et l'ablation du bourrelet que forme la peau en s'élevant au-dessus de l'ongle : examen de ces différens moyens curatifs. 78 et suiv. — Plusieurs chirurgiens préfèrent l'arrachement de l'ongle, cette opération est blâmée par l'auteur. XI, 8 et suiv.
- ONGLES** (*développement excessif des*). — Ce développement s'observe quelquefois au gros orteil, chez les personnes qui ne se coupent jamais les ongles des pieds. XI, 83. — Quand il survient des accidens, l'excision de l'ongle est le seul remède à employer. XI, 85.
- ONGUENT** (*de la mère*). — Considéré comme maturatif. I, 51. — *Onguent basilicum*. — Employé comme maturatif. I, 51. — *Onguent brun*. — Conseillé pour irriter la surface des plaies qui suppurent. I, 237.
- OPÉRATIONS** (*en général*). — Action méthodique de la main du chirurgien, seule ou armée d'un instrument, sur le corps humain, pour guérir, pallier, prévenir une maladie ou faire disparaître une difformité. — Consistent à réunir les parties divisées, et à réduire celles qui sont déplacées; *synthèse* ou réunion. — A diviser les parties réunies contre l'ordre naturel, ou dont la réunion s'oppose à la guérison d'une maladie; *diérèse* ou division. — A extraire les corps étrangers ou les substances nuisibles, *exérèse* ou extraction. — A ajouter au corps des moyens mécaniques pour suppléer aux parties qui manquent ou qui sont mal conformées; *prothèse* ou addition. — Avant d'entreprendre une opération le chirurgien doit savoir : 1° en quoi elle consiste; 2° pourquoi il la pratique; 3° si elle est nécessaire et possible; 4° quelle est la meilleure manière de la pratiquer. — *Temps d'élection*, est celui qui est au choix du chirurgien; *temps de nécessité* ce-  
 lui qui nécessite une opération immédiate. — Opérations qui doivent être faites dans le temps de nécessité ou élection. — Lieu d'élection et de nécessité. — Préparations des malades relatives au physique et au moral. — Avant d'exécuter une opération il faut s'occuper de l'appareil, du local où l'opération doit être pratiquée, de celui où le malade doit rester après l'opération, de la lumière, des aides, de la situation des aides, de celle de l'opérateur, et surtout de celle du malade pendant l'opération. — Ce qu'on entend par appareils et par instrumens, etc. (*Voy. ces mots*). — Préceptes relatifs à la pratique de toutes les opérations : *citò*, *tuto*, *jucundè*. — Le pansement doit être fait aussi promptement, mollement et sûrement. — On ne doit pas tamponner les plaies lorsqu'on peut arrêter l'hémorrhagie par tout autre moyen. — Le bandage d'appareil doit être toujours médiocrement serré. — Eloigner du malade toutes les circonstances physiques et morales qui pourraient contrarier le succès de l'opération. V, 1 et suiv.
- OPHTHALMIE**. — *Voy. OEil*. (*inflammation de la membrane muqueuse de l'*).
- OPISTOTONOS**. — Nom donné au tétanos lorsque la contraction occupe les muscles de la partie postérieure du corps. I, 286.
- OPIMUM**. — Mis au nombre des remèdes topiques anodins. I, 48. — Conseillé par les médecins anglais dans les hémorrhagies : peu efficace dans ce cas. I, 178. — Très-utile pour calmer la douleur qui complique les plaies. I, 280. — Administré avec avantage à l'intérieur et à l'extérieur, pour calmer les douleurs atroces qui surviennent quelquefois dans la gangrène sèche; contribue quelquefois à arrêter les progrès du mal. I, 152. — Extrêmement efficace dans la gangrène de

- Pott; histoire de maladie y relative. I, 156, I, 157. — Avantageux dans le traitement des brûlures au troisième degré. I, 170, I, 171. — Conseillé pour guérir le tétanos, manière de l'administrer; insister long-temps sur son emploi; en augmenter rapidement les doses, l'associer aux autres médicamens antispasmodiques. I, 293 et suiv. — Uni au carbonate de potasse a une grande efficacité pour le traitement du tétanos. I, 308 et suiv.
- OREILLE** (*Maladies du pavillon de l'*). — Le tragus, l'antitragus et l'anthélix sont quelquefois tellement enfoncés dans le conduit auditif, que son ouverture s'en trouve rétrécie. — On remédie à ce rétrécissement à l'aide d'un cornet acoustique. — Les plaies du pavillon seront réunies par première intention à l'aide de bandages agglutinatifs. — La fracture ne saurait jamais avoir lieu. — La gangrène s'observe quelquefois à la suite d'une trop longue compression, elle n'offre aucune indication particulière. — Son inflammation détermine quelquefois des abcès qui n'offrent aucun danger. — Il s'y développe quelquefois des tumeurs enkystées ou des accumulations d'humeur sébacée; on en fait l'extirpation, si elles gênent, ou si elles causent une difformité incommode. — Les croûtes laiteuses qui se remarquent chez les enfans derrière le pavillon de l'oreille ne demandent que des soins de propreté, et ne doivent jamais être traitées par les répercussifs. VI, 1 et suiv.
- OREILLONS**. — Engorgement inflammatoire qui se manifeste dans la région de la parotide, et qui règne ordinairement d'une manière épidémique. — N'occupent le plus souvent que la peau et le tissu cellulaire. — Les enfans et les jeunes gens sont presque seuls exposés à cette maladie. — *Symptômes* pré-
- curseurs et concomitans, marche et terminaison de la phlegmasie. — Métastase sur les testicules chez l'homme, sur les mamelles ou sur les parties extérieures de la génération chez la femme. — *Signes* auxquels on peut juger que la maladie va se porter sur un autre organe. — *Traitement*: antiphlogistique local et général. — Application des topiques irritans sur les parotides dans le cas de métastase. VI, 244 et suiv.
- ORGANISATION** (*des cicatrices*). — Est démontrée par une expérience. I, 208.
- ORGE MIELLÉ**. — Conseillé pour irriter légèrement la surface des plaies. I, 236.
- ORGOLET**. — Petite tumeur inflammatoire de la nature du furoncle, qui naît en divers endroits des bords des paupières, mais pour l'ordinaire vers le grand angle de l'œil, et qui attaque plus fréquemment la paupière supérieure que l'inférieure. — *Traitement*: topiques répercussifs au début de l'inflammation; diachylon gommé, cataplasmes émoulliens, pulpe de pommes cuites; cautérisation du bourbillon dans quelques cas. V, 276, V, 278.
- ORTEILS**. — Se séparent quelquefois spontanément après la congélation. I, 130. — Se réunissent vicieusement à la suite des brûlures. — Prévenir cette réunion. I, 172. I, 173.
- Os**. — Ouvrir promptement les abcès situés dans leur voisinage. I, 60. — Sont détruits par les tumeurs anévrismales situées à leur proximité. II, 99.
- Os**. — Sont sujets à presque toutes les maladies qui attaquent les parties molles. — Ont la même structure et les mêmes propriétés vitales que les parties molles. — Ne diffèrent des parties molles que quant aux proportions des élémens constitutifs et à l'énergie des propriétés

vitales. — Doivent leur grande solidité à la quantité de phosphate calcaire qu'ils contiennent. — Sont plus mous et plus flexibles dans l'enfance, plus durs et plus cassans chez les vieillards. — Leurs maladies ont un caractère de lenteur bien remarquable; elles se divisent en celles qui affectent leur continuité et celles qui affectent leur contiguité. III, 1 et suiv.

Os (*maladies des*). — Affectant leur continuité : fractures, plaies, nécrose, exostose, carie, spina ventosa, osteo-sarcôme, rachitis, fragilité. — Affectant leur contiguité : entorse, diastasis, luxation, hydropisie des articulations, corps étrangers qui se développent dans les articulations, tumeurs blanches, ankylose. III, 5 et suiv.

Os (*contusion des*). — Est souvent suivie de la nécrose de l'os, de l'inflammation de la membrane médullaire, d'abcès dans la cavité de l'os. — Règles à suivre relativement au traitement des plaies qui s'accompagnent de contusion des os. I, 398, I, 400.

Os (*dénudation des*). — S'effectue ou par suite de l'inflammation et de la suppuration du périoste, ou par l'action violente et instantanée d'un corps extérieur sur les tégumens qui recouvrent un os. — La suppuration du périoste entraîne ordinairement la mortification des lames superficielles de l'os. — La dénudation de l'os par une violence extérieure expose au même accident, si l'os est resté longtemps en contact avec l'air ou avec des corps irritans. — On doit réunir immédiatement les plaies avec dénudation des os. — Inflammation de l'os; adhésion de l'os attribuée par certains auteurs à une exfoliation insensible. — Exfoliation de la partie dénudée : phénomènes qu'elle présente : mode d'élimination de la lame osseuse

nécrosée. *Traitement* propre à seconder cette élimination : topiques irritans blâmés par l'auteur, topiques émolliens recommandés; inutilité des térébrations de l'os. III, 392 et suiv., III, 395 et suiv.

Os (*plaies des*). — Dénomination réservée aux solutions de continuité des os faites par des instrumens tranchans. — Sont toujours accompagnées de plaies aux parties molles. — S'étendent plus ou moins sur l'os blessé, et peuvent quelquefois le séparer entièrement ou le fracturer. — *Diagnostic* : très-facile lorsque l'os a été entièrement séparé ou que la plaie des tégumens est parallèle à celle de l'os. — Ces plaies peuvent se réunir par première intention; mais leur réunion se fait attendre beaucoup plus long-temps que celle des fractures. Cette réunion peut même avoir lieu quand l'os est complètement divisé; dans ce cas, il reste souvent une articulation contre nature. — *Pronostic* : peu grave en général, si ce n'est lorsque la plaie a été faite au niveau ou dans le voisinage d'une articulation. — *Traitement* : la réunion immédiate doit être faite dans presque tous les cas; si une lame de l'os a été soulevée en même temps que les chairs, la réunion sera tentée après l'ablation de ce fragment; ablation des esquilles; bandage légèrement compressif : appareil des fractures compliquées dans le cas de division complète de l'os. III, 405 et suiv., III, 408 et suiv.

OSTEO-SARCÔME. — Transformation de l'os en une substance analogue au cancer des parties molles. — Peut affecter tous les os, mais s'observe plus spécialement aux os de la face et de la base du crâne, à ceux des extrémités et à ceux des hanches. — La tumeur peut commencer par les parties molles et se propager à l'os, ou débiter par l'os. — *Causes* : le virus cancéreux. — *Signes diag-*

P.

- nostiques* : douleurs vives, aiguës, profondes, accompagnées d'élanemens, souvent sans tuméfaction; bientôt la tuméfaction survient, est inégale, bosselée, incompressible, s'accroît rapidement en s'accompagnant de douleurs lancinantes. — Ulcération présentant tous les caractères du cancer; fièvre hectique, colliquation. — La marche de la maladie est rarement lente, le plus souvent elle tue le malade en quelques mois. *Caractères anatomiques* : dégénération de l'os en une masse homogène lardacée, plus ou moins ramollie, avec altération analogue des tissus environnans. — *Pronostic* : toujours entrêmemment fâcheux. — *Traitement* : l'art ne possède d'autre moyen de guérir cette maladie que l'amputation du membre. III, 587 et suiv., III, 593 et suiv.
- Os (fragilité des).** — Ne constitue pas une véritable maladie, et n'a pas été jusqu'ici assez bien observée pour pouvoir être bien décrite. III, 607, III, 613.
- Os (ramollissement des).** — Voy. Rachitis.
- OVAIRE (Hernie de l').** — Voy. Hernie.
- OXYCRAT.** — Considéré comme répercussif. I, 44, I, 45.
- OZÈNE.** — Ulcère fétide des narines qui ne fournit aucune matière, et qui peut durer toute la vie sans faire des progrès sensibles. — Son siège et les altérations pathologiques qu'il entraîne à sa suite ne sont point encore bien connus. — Les personnes qui ont le nez épaté y sont plus sujettes que les autres. — L'odeur fétide est le seul signe de l'ozène. — L'ozène commençant est quelquefois susceptible de guérison : celui qui est ancien peut être réputé incurable. — *Traitement* : révulsifs, préparations mercurielles, antiscorbutiques, purgatifs, eaux minérales, etc. VI, 86 et suiv.
- PAIN (mie de).** — Bouillie avec du lait fait d'excellens cataplasmes émolliens. — S'aigrit promptement. — Devient répercussive. — A besoin d'être souvent renouvelée. I, 46.
- PALAIS (division congénitale du voile du).** — Ce vice de conformation nuit à la déglutition, et surtout altère le timbre de la voix. — Application d'un obturateur pour remédier à la division simultanée du palais et du voile du palais. — Procédé de Roux pour la suture du voile du palais. V, 443 et suiv.
- PALAIS (plaies du voile du).** — Sont fort rares, et ne demandent de soins particuliers que lorsqu'elles se compliquent d'hémorrhagie. — Cautérisation du vaisseau qui donne le sang. VI, 447.
- PALAIS (inflammation du voile du).** — S'observe surtout dans les angines. — Se termine quelquefois par suppuration. — Ouverture des abcès qui s'y forment. VI, 447.
- PALAIS (tumeurs de la membrane muqueuse du).** — Ces tumeurs sont de deux espèces. — Les unes sont cancéreuses, les autres n'ont pas ce caractère. — On doit les enlever avec l'instrument tranchant. — On doit cautériser les bases de celles qui sont de nature cancéreuse. VI, 450 et suiv.
- PALETTES.** — Employées pour prévenir les difformités des articulations à la suite des brûlures. I, 173.
- PALPÉBRAL (flux).** — Est la cause ordinaire de la tumeur et de la fistule lacrymale. — A son siège dans les glandes de Meibomius, et dans les parties de la conjonctive qui les avoisinent. — *Signes diagnostiques* : tuméfaction du bord libre de la paupière et des glandes de Meibomius; écoulement d'un liquide puriforme; accumulation de ce liquide dans le sac lacrymal. — *Traitement* : lotions des paupières, injections des conduits lacrymaux. —

- Application de l'onguent de Janin. V, 351 et suiv., V, 354 et suiv.
- PANARIS. — Inflammation phlegmoneuse des doigts. XI, 25. — La plupart des chirurgiens en ont distingué quatre espèces: la première, nommée *tourniolo*, n'est qu'une affection érysipélateuse de la peau qui environne la racine de l'ongle; les trois autres ne sont que des degrés différens de la même maladie. XI, 26. — Symptômes et traitement de la *tourniolo*. 26 et suiv. — Le panaris se développe toujours dans la région palmaire des doigts. 28. — Il se montre quelquefois sans qu'on puisse lui assigner de causes. 29. — Symptômes précurseurs, symptômes locaux et généraux du panaris. 30. — Il peut se terminer par résolution, par suppuration ou par gangrène. XI, 31 et s. — La suppuration est la suite presque inévitable du panaris: on doit donner très-promptement issue au pus. 31 et s. — Le traitement peut être distingué en préservatif et en curatif; ce qu'il faut faire pour empêcher le développement du panaris. 33 et suiv. — Méthodes différentes proposées pour faire avorter l'inflammation à son début. 35. — *Traitement* général et local lorsque l'inflammation est violente. 36 et suiv. — Manière de pratiquer l'incision et le débridement dans le panaris. Pansemens consécutifs à l'opération. XI, 37 et suiv. — Quelquefois la gaine des tendons et les tendons eux-mêmes s'exfolient, et l'inflammation se propage à la main et même jusqu'au bras. 39 et suiv. — Le panaris s'étend quelquefois jusqu'aux os dont les doigts sont composés; ces os peuvent être affectés primitivement ou consécutivement. 42 et suiv. — Dans le cas où les os sont affectés primitivement, cette affection est le principe du panaris. 43. — Cas dans lesquels on doit en venir à l'amputation de la phalange. XI, 43 et suiv.
- PANSEMENS des plaies qui suppurent. — Manière de les faire. — Leur fréquence est relative à l'abondance de la suppuration. — Les premiers demandent beaucoup d'attention. I, 231 et suiv. — S'opposent, quand ils sont mal faits, à la cicatrisation des plaies. I, 241.
- PANTOUFLE (de Petit). — Bandage pour la rupture du tendon d'Achille. I, 190.
- PARACENTÈSE. — Voy. Hydropisie du bas-ventre.
- PARALYSIE. — Est souvent la suite de la contusion des nerfs. — *Considérée comme complication des plaies*. Ses caractères. — Est toujours due à la section complète de quelques nerfs. — Ne doit pas être confondue avec celle qui résulte de la section d'un muscle ou d'un tendon. — Est tout-à-fait irrémédiable. I, 311, I, 312.
- PARAPHIMOSIS. — A lieu lorsque le prépuce porté au-delà du gland ne peut plus revenir sur cette partie de la verge, qu'il étrangle et qu'il serre comme le ferait une ligature. X, 328. — Les personnes dont l'ouverture du prépuce est naturellement étroite sont les seules exposées au paraphimosis. 328. — Mécanisme de la formation de cet étranglement. 328 et suiv. — La cure consiste à ramener le prépuce en devant, de façon que le gland puisse être recouvert. 330. — Lorsque la maladie est récente, la réduction peut se faire sans autre secours que celui des doigts. 330 et suiv. — Le débridement est nécessaire quand les doigts sont insuffisants. Procédé opératoire pour pratiquer ce débridement. 331 et suiv. — Conduite du chirurgien lorsque le paraphimosis est accompagné d'un gonflement inflammatoire très-grand; lorsque l'inflammation est peu considérable. X, 332 et suiv. — Accidens qui peuvent survenir lorsqu'on néglige de faire la réduction. 333. — Paraphimosis na-

tuel ; opération qu'exige quelque fois ce vice de conformation. 334 et suiv. — Caractères, *traitement* de la division congénitale du prépuce. 337 et suiv. — Opération nécessaire pour soustraire à l'incommodité résultant de la longueur excessive du frein de la verge. X, 338.

**PAROTIDE** (*plaies de la glande*). — Ces plaies s'accompagnent le plus souvent de l'écoulement de la salive, et de fistule salivaire. Il est fort rare qu'on puisse en obtenir la réunion par première intention. VI, 257 et suiv. (*Voy. Canal de Sténon.*)

**PAROTIDES.** — Gonflement de la région parotidienne qui survient dans le cours ou vers le déclin des fièvres de mauvais caractère. — Elles sont symptomatiques ou critiques. — Dans l'une et l'autre espèce les symptômes locaux sont à peu près les mêmes que ceux des oreillons. — Le *pronostic* des parotides critiques est aussi favorable que celui des parotides symptomatiques est fâcheux. VI, 248. — *Traitement* : Dans les parotides critiques on doit avoir pour but de favoriser la suppuration de la partie enflammée, ou la chute de l'escarre quand la parotide s'est terminée par gangrène. — Dans les parotides symptomatiques il faut autant que possible chercher à diminuer l'inflammation. — L'engorgement des parotides peut aussi succéder à la suppression de certains flux, à la répercussion de certains exanthèmes, à la carie des dents : le *traitement* sera alors relatif à la cause qui aura produit l'affection. VI, 248 et suiv.

**PAROTIDE** (*squirrhe de la*). — S'observe assez fréquemment à la suite des inflammations chroniques, ou de la répercussion de certains exanthèmes. — Le *diagnostic* est difficile, et les diverses tumeurs développées dans la région parotidienne peuvent imposer pour le squirrhe de la glande. — *Signes* auxquels on

distingue la maladie. VI, 254 et suiv. — L'engorgement squirrheux de la parotide n'est pas ordinairement suivi d'accidens fort graves. VI, 258. — *Traitement*. On a employé dans le traitement du squirrhe de la parotide tous les moyens vantés contre les affections cancéreuses des autres parties. — Médicaments résolutifs, fondans, le plus souvent ce squirrhe résiste à tous les remèdes externes et internes. — Si la tumeur fait des progrès rapides, l'extirpation est le seul moyen de la guérir. — Difficultés et dangers de cette opération. VI, 258 et suiv.

**PAROTIDE** (*fistules de la*). — Sont la suite d'une plaie, d'un abcès essentiel, ou d'un dépôt critique de cette glande. — La sortie de la salive est le signe pathognomonique de ces fistules. — Elles offrent des variétés relatives au lieu qu'elles occupent, à leur forme, à leur grandeur. VI, 263, VI, 264. — Les moyens dont on a fait usage avec succès dans le traitement des fistules sont les styptiques, les caustiques, la compression et les injections irritantes. — Examen de ces divers moyens. VI, 264 et suiv.

**PAUPIÈRES** (*plaies des*). — Peuvent être produites par des instrumens piquans, tranchans ou contondans. — Les piqûres ne sont dangereuses que lorsque l'instrument a blessé en même temps l'œil et le cerveau. — Les plaies par instrumens tranchans n'entraînent ordinairement aucun danger ; on les réunit à l'aide de bandages agglutinatifs ou de la suture. — Les contusions des paupières, quand l'œil ne participe pas à l'inflammation, ne présentent aucune indication spéciale. — Les plaies contuses sont plus graves, en ce que s'il y a perte de substance, et qu'on ne puisse pas réunir immédiatement, il y a ensuite renversement des paupières. V, 247, V, 248 et suiv.

- PAUPIÈRES (inflammation des).** — Se développe quelquefois spontanément ; mais elle est ordinairement produite par l'érysipèle de la face, l'inflammation du sac lacrymal, ou la lésion des paupières par cause externe. — Les topiques émolliens suffisent le plus souvent pour dissiper la phlegmasie. V, 252, V, 253.
- PAUPIÈRES (brûlures des).** — Doivent être traitées comme celles des autres parties du corps. — Caused le plus souvent le renversement des paupières et leur adhésion. — Moyens de s'opposer à l'adhésion des deux paupières. V, 253, V, 254.
- PAUPIÈRES (œdème des).** — Maladie assez commune. — Reconnaît pour causes la compression des joues, ou une leucophlegmatie générale. — Se dissipe aisément en enlevant la cause locale qui le détermine, ou en faisant disparaître la cause générale de l'anasarque. V, 254, V, 255.
- PAUPIÈRES (tumeurs cystiques des).** — S'observent assez fréquemment. — Varient beaucoup en grosseur. — On doit en tenter d'abord la résolution à l'aide des médicamens appropriés ; et si l'on ne peut y parvenir, on en fait l'ablation ; manière de pratiquer cette opération, et de faire les pansemens subséquens. V, 255, V, 256.
- PAUPIÈRES (verrues des).** — Doivent être traitées par l'excision plutôt que par la ligature. V, 258, V, 259.
- PAUPIÈRES (squirrhes des).** — Se reconnaissent à leur dureté, à l'inégalité de leur surface, à la lividité de la peau qui les couvre, et à la lenteur de leur développement. — Se terminent rarement par résolution, et dégénèrent souvent en cancers. — Doivent être traités ou par les caustiques ou par l'excision. — L'excision doit toujours être préférée à cause du voisinage du globe de l'œil. V, 259, V, 260.
- PAUPIÈRES (clignotement des).** — Mouvements convulsifs rapides et passagers des paupières, accompagnés d'un trouble plus ou moins grand de la vue. — Affecte quelquefois les deux yeux. — Les causes en sont tout-à-fait inconnues. — *Traitement* : préparations antispasmodiques et opiacées, section des nerfs frontal et sous-orbitaire. V, 260, V, 261.
- PAUPIÈRE SUPÉRIEURE (relâchement ou chute de la).** — Dans cette maladie, la paupière supérieure, constamment abaissée, recouvre et cache le globe de l'œil. — Peut être congénital. — Causes : atonie, engorgement, allongement de la peau, paralysie du muscle releveur. — *Traitement* : topiques résolutifs, ablation d'une portion des tégumens. — Dans le cas de paralysie, on administrera à l'intérieur et à l'extérieur les irritans du système nerveux. — Cette maladie ne doit point être confondue avec la contraction spasmodique du muscle orbiculaire des paupières. — *Diagnostic différentiel*. V, 261 et suiv., V, 263 et suiv.
- PAUPIÈRES (renversement des).** — Voy. Ectropion.
- PAUPIÈRES (ulcérations des).** — Ont reçu le nom de gale ou gratelle des paupières. — Causes : contact de substances âcres, frottement, atouchemens sales ; vices dartreux, vénérien, psorique, scrophuleux, varioleux. — L'ulcération commence par le bord des paupières, et s'étend de là à la membrane muqueuse et au tissu cellulaire sous-jacent. — *Traitement*. Doit varier selon que la maladie est ancienne ou récente, et selon la cause qui l'a produite. — Au début, collyres émolliens et anodins ; plus tard, collyres détersifs et dessiccatifs. — *Traitement* dirigé contre les vices internes qui entretiennent

- la maladie. V, 274 et suiv., V, 276 et suiv.
- PAUPIÈRES (grêle des).** — Tumeur ronde, mobile, dure, demi-transparente, assez semblable à un grain de grêle qui se forme dans l'épaisseur des paupières, sous la peau et sous la conjonctive. — *Traitement*: extirpation de la tumeur. — V, 278, V, 280.
- PAUPIÈRES (calculs des).** — Petits amas de matière crétacée qui se forment dans l'épaisseur de la paupière. Doivent être extirpés. — V, 278, V, 280.
- PAUPIÈRES (union contre nature des).** — Cette maladie est presque toujours partielle et a lieu vers l'angle externe de l'œil. — Est rarement congénitale, et survient ordinairement dans le cours de la petite-vérole, ou d'une vive inflammation des paupières, à la suite d'une brûlure ou d'une plaie. — *Traitement*: séparer les deux paupières avec l'instrument tranchant, et prévenir la formation d'une nouvelle adhérence. — Manière de pratiquer cette opération. — L'adhérence des paupières au globe de l'œil reconnaît à peu près les mêmes causes et réclame un *traitement* analogue. — V, 283 et suiv., V, 284 et suiv.
- PEAU.** — Après les brûlures, sa couleur fauve indique la désorganisation. I, 128. — Se durcit, se sèche, se noircit dans la gangrène sèche. I, 145.
- PEAU (cornes de la)** — *Voy.* Cornes.
- PECQUET (réservoir de).** — Sa rupture peut causer un épanchement de chyle dans l'abdomen. II, 3.
- PÉNIS.** — *Voy.* Verge.
- PÉRCY.** — A perfectionné les pincettes pour l'extraction des balles. — *Voy.* Pincettes. I, 381, I, 383. — A employé avec succès le séton pour obtenir la réunion des fragmens d'une articulation contre nature. III, 113. III, 114.
- PERFORATIF (trépan).** — Ainsi nommé, parce qu'il n'a d'autre action que de percer. — Sa forme. V, 154.
- PÉRICARDE (hydropisie du).** — *Voy.* Hydropéricarde.
- PÉRIODIQUE (érysipèle).** — Caractérisé par la périodicité de son apparition. II, 9.
- PÉRIOSTE (tumeurs fongueuses lymphatiques du).** — On a décrit sous ce nom des tumeurs cancéreuses du tissu cellulaire, développées dans le voisinage des os. — *Signes diagnostiques*: douleur très-aiguë, tumeur mobile, bientôt adhérente à l'os; douleurs lancinantes, inflammation, suppuration, ulcération carcinomateuse. — *Pronostic*: toujours funeste. — *Traitement*: amputation de la partie affectée. III, 593, III, 599.
- PÉRIOSTOSE (ou gomme).** — Engorgement du périoste, accompagné d'une altération de cette membrane et de la nécrose des lames superficielles de l'os. — Affecte les os où le virus syphilitique porte principalement son action. — Caractères anatomiques, dégénérescence du périoste en un tissu homogène, blanchâtre, compacte. — *Cause*: l'action du virus vénérien. — *Signes diagnostiques*: douleurs vives, fixes, nocturnes; engorgement profond; tumeur pâteuse, molle, sans fluctuation. Terminaisons: la tumeur est stationnaire puis finit par disparaître; d'autres fois l'inflammation devient plus considérable, un abcès se forme, s'ouvre, devient fistuleux, et ne tarde pas à laisser échapper une portion d'os nécrosée: bientôt la guérison s'effectue sans difficulté. — *Traitement*: doit être toujours dirigé d'abord contre le virus vénérien: ce traitement est peu efficace quand la maladie a fait de grands progrès: application de cataplasmes émolliens et anodius, d'emplâtres de vigo cum mercurio: frictions locales mercurielles: ouverture de

- l'abcès quand il s'est formé. III, 562 et suiv., III, 568 et suiv.
- PÉRITOINE.** — S'épaissit lorsqu'il est mis à découvert et qu'il suppure. I, 221.
- PÉRITOINE (hydropisie enkystée du).** — Voy. Hydropisie.
- PÉRONÉ (fracture du).** — Est assez fréquente. — A lieu directement ou par contre-coup, par une déviation du pied ou une entorse. — Déplacement peu considérable et seulement selon l'épaisseur de l'os, élargissement consécutif de la mortaise qui reçoit l'astragale. — *Diagnostic* peu facile : déformation, crépitation très-obscure, complication de luxation du pied. — *Prognostic* : nullement fâcheux si la maladie est traitée convenablement. — *Traitement* : l'extension et la contre-extension sont inutiles : dépression de la malléole pour faire exécuter au fragment inférieur un mouvement de bascule ; adduction du pied ; application d'une attelle externe qui réprime la malléole : consolidation rapide. III, 376 et suiv., III, 379 et suiv.
- PÉRONÉ (luxations du).** — S'effectuent très difficilement. — Une violence extérieure appliquée sur la tête du péroné pourrait lui faire exécuter un mouvement de glissement, et une luxation du pied en dehors pourrait déplacer à la fois les deux surfaces articulaires de cet os avec le tibia. — La réduction serait très-facile, et un bandage roulé suffirait pour empêcher la récidive. IV, 373.
- PETIT.** — Inventeur d'une pantoufle pour la rupture du tendon d'Achille. I, 190. — Pensait que les artères s'oblitéraient à l'aide d'un caillot, même dans le cas de plaies latérales : fait rapporté à l'appui de cette opinion. I, 249 et suiv. — Moyen qu'il propose pour reconnaître après la mort d'un animal s'il était enragé pendant sa vie. I, 439, I, 442.
- PEYRONIE (La).** — Guérit un ivrogne affecté de gangrène sèche en lui interdisant l'usage du vin. I, 151, I, 152.
- PHALANGES (fracture des).** — Est toujours produite par une cause immédiate, et compliquée d'une contusion considérable. — Le déplacement n'a lieu que suivant la direction de l'os. — *Diadnostic* : Mobilité des fragmens, crépitation, déformation. — Le *pronostic* n'est grave que lorsqu'il y a écrasement. — *Traitement* : réduction facile, bandage roulé, attelle antérieure et postérieure ; consolidation rapide : amputation de la phalange dans le cas d'écrasement considérable. III, 235 et suiv., III, 237 et suiv.
- PHALANGES (luxations des).** — Peuvent avoir lieu en arrière, en avant et sur les côtés. — La luxation en arrière est la plus facile et la plus commune. — *Causes* : chutes, coups, efforts, contorsions des doigts. — *Signes diagnostiques* : dans la luxation en arrière la phalange luxée est renversée du côté de l'extension, la tête de la phalange précédente fait saillie à la partie postérieure de l'articulation. — *Traitement* : extension, contre-extension et coaptation. La réduction de ces luxations est très-facile ; mais elles deviennent promptement irréductibles. Quand la luxation est réduite on contient la phalange à l'aide de compresses longues et d'un bandage roulé. IV, 275 et suiv.
- PHALANGES (amputation des).** — Voy. Amputation.
- PHIMOSIS.** — Disposition vicieuse du prépuce dont l'ouverture est trop étroite pour permettre au gland d'y passer et de se découvrir. X, 313. — Se distingue en naturel et en accidentel. 313. — Le phimosis existe presque toujours chez les jeunes enfans. 313. — Description des inconvéniens graves qui

peuvent naître de cette conformation vicieuse du prépuce. 314. — Il se forme quelquefois des calculs entre le gland et le prépuce. 315. — Si l'urine éprouve des difficultés à sortir, il faut promptement recourir à l'opération. X, 315 et suiv. — Quand le prépuce est trop étroit, les érections deviennent très-douloureuses. 316. — L'accumulation de la matière sébacée entre le gland et le prépuce cause quelquefois une inflammation de cette partie : moyens d'y remédier. 317. — L'opération du phimosis consiste à fendre le prépuce dans sa partie moyenne et supérieure. Description du procédé opératoire. 318 et suiv. — Les adhérences du prépuce au gland rendent l'opération du phimosis beaucoup plus difficile; modifications particulières apportées à cette opération par cette circonstance. 320 et suiv. — Pansemens consécutifs à l'opération. 322 et suiv. — Le phimosis accidentel n'a guère lieu que chez les sujets dont l'ouverture du prépuce n'est pas assez grande pour permettre de découvrir et de recouvrir le gland avec facilité : la blennorrhagie et les chancres vénériens en sont la cause la plus commune. X, 323. — Situation des chancres qui produisent le phimosis accidentel. 324 et suiv. — *Traitement* du phimosis dans le cas d'ulcères syphilitiques. 325. — Circonstances dans lesquelles on est obligé de pratiquer l'opération du phimosis lorsqu'il existe des chancres vénériens. 325 et suiv. — Le phimosis est souvent la conséquence de de l'œdème du prépuce : *traitement*. 326 et suiv. — Chez les adultes, et principalement chez les sujets qui ont de l'embonpoint et qui sont atteints d'un vice acrimonieux, on voit quelquefois le prépuce s'allonger, s'infiltrer et se rétrécir. *Traitement* de cette espèce de phimosis. X, 327 et suiv.

PHLÉBOTOMIE. — *Voy.* Saignée.

PHLEGMON. — A son siège dans le tissu cellulaire. — Affecte les parties où le tissu cellulaire existe en plus grande abondance. — Doit être distingué en interne et en externe. — Est toujours produit par une cause irritante, soit interne, soit externe. — *Symptômes* locaux : caractères particuliers de la douleur, de la rougeur, de la chaleur, de la tumeur. — *Symptômes* généraux : fièvre primitive et consécutive. — Ses terminaisons. — Sa délitescence est fort rare. — La résolution se fait souvent et doit être favorisée. — La suppuration arrive presque toujours ; époque à laquelle elle se montre ; *signes* qui font reconnaître qu'elle aura lieu. — Se termine quelquefois par gangrène ; *causes*, *signes* de cette terminaison. — Peut se terminer par induration, principalement dans les organes glanduleux. — Le *pronostic* varie selon l'étendue et la violence de l'inflammation, selon la nature et la situation relative des parties enflammées. — *Traitement* : essentiellement antiphlogistique, quelquefois évacuant. — Les répercussifs ne peuvent être employés qu'au début de la maladie. — Les émoulliens, les anodins, les narcotiques conviennent quand la douleur est fort intense ; les maturatifs quand l'inflammation est trop peu active. II, 34 et suiv.

PHLEGMON des grandes lèvres. — *Voy.* Grandes lèvres.

PHLEGMONEUX (*érysipèle*). — Ses caractères, sa gravité, sa terminaison. II, 7 et suiv.

PHLYCTÈNES. — Se forment sur la peau gangrenée. I, 111. — Se remarquent souvent autour des plaies par morsure d'animaux venimeux. I, 431, I, 434. — Dans l'érysipèle. II, 11 et suiv.

PHYSIE LARYNGÉE. — *Voy.* Laryngée.

**PIBRAC.** — Fait connaître l'inutilité et les dangers de la suture dans un grand nombre de cas. I, 202.

**PIED.** — Se sépare quelquefois spontanément de la jambe après la gangrène par congélation. I, 130. — Amputation partielle du pied. — (*Voy.* Amputation). — Saignée du pied. — (*Voy.* Saignée).

**PIED (fractures des os du).** — Ont lieu fort rarement, et seulement par l'action de causes directes. — Doivent être traitées comme les plaies contuses. — La fracture du calcaneum présente seule des indications particulières. *Voy.* Calcaneum. III, 384, III, 387.

**PIED (luxations du).** — Peuvent s'effectuer en dedans, en dehors, en arrière et en avant : les luxations en avant et en arrière sont les plus rares. — Sont simples ou compliquées : simples lorsque les ligamens qui entourent l'articulation ont cédé sans se rompre ; compliquées quand il y a déchirement des ligamens articulaires, écartement du péroné, fracture des malléoles, issue des os à travers les tégumens, luxation de l'astragale sur le calcaneum et le scaphoïde, fracture de l'astragale. — *Causes* : renversement violent du pied en dedans ou en dehors. — *Signes diagnostiques.* — *Luxation en dedans* : renversement du pied en dehors ; saillie de l'astragale au-dessous de la malléole interne. — *Luxation en dehors* : renversement du pied en dedans, saillie de l'astragale au-dessous de la malléole externe. — On reconnaît la complication de fracture des malléoles à la crépitation et à leur mobilité. — *Pronostic* : très-fâcheux à cause des accidens inflammatoires qui compliquent toujours cette luxation. — En raison de la dilacération ou de l'affaiblissement des ligamens, les luxations complètes, celles surtout

qui s'accompagnent de déchirure des tégumens, de fractures, de luxations de l'astragale, entraînent un danger beaucoup plus grand. IV, 576 et suiv. — *Traitement.* — La réduction doit être tentée promptement : extension, contre-extension, coaptation ; manière de pratiquer ces trois opérations. — Après la réduction, application d'un bandage en huit de chiffre, et de compresses imbibées de liqueurs résolatives. — Prévenir l'inflammation à l'aide des saignées locales et générales, de la diète, des boissons délayantes et rafraîchissantes. — Complication de diastase : exercer une compression sur les deux malléoles. — Complication de fracture : si le péroné est fracturé et que la fracture soit méconnue, un déplacement consécutif est à craindre : réduire la luxation, maintenir le pied dans sa rectitude naturelle à l'aide de deux attelles, exercer une compression sur la malléole externe. — Complication de plaie et d'issue des os : si le désordre était trop considérable, il faudrait sur-le-champ pratiquer l'amputation de la jambe ; dans le cas contraire, la plaie étant débri-dée, on réduit la luxation et on la traite comme une plaie compliquée. — Complication de luxation de l'astragale sur le calcaneum et le scaphoïde : extraction de l'astragale ; avantages de cette opération ; exemple du succès de cette opération. — Complication de nécrose du tibia : résection de cet os. IV, 283 et suiv.

**PIED (luxations en devant et en arrière).** — Sont beaucoup plus rares que les luxations latérales. — *Causes* de la luxation en devant : chute sur la pointe du pied, celui-ci étant fortement étendu. — *Causes* : extension forcée et subite de la jambe sur le pied, celui étant retenu par un obstacle puissant. — *Signes diagnostiques.* — *Luxation en arrière* :

racourcissement du pied, allongement du talon. — *Luxation en avant* : allongement du pied, raccourcissement du talon. — *Pronostic* : est moins grave que celui des luxations latérales — *Traitement* : extension, contre-extension, coaptation ; manière de remplir ces trois indications ; même traitement subséquent que celui des luxations latérales. IV, 401 et suiv.

**PIED-BOT.** — *Voy.* Difformités du pied.

**PIED ÉQUIN.** — *Voy.* Difformités du pied.

**PIED (difformités du).** — *Voy.* Difformités.

**PIEDS (cors aux).** — Excroissances tuberculeuses, dures, inorganiques, dont la substance provient de l'épiderme et du corps réticulaire de la peau. XI, 62. — Les orteils sont leur siège le plus ordinaire. 62 et suiv. — Caractères anatomiques des cors qui affectent les différentes parties du pied. 63 et suiv. — Examen des causes qui prédisposent à cette maladie et qui la déterminent. 64 et suiv. — Lorsque les cors sont récents et peu volumineux, on parvient sans peine à les arracher. 67. — Manière de pratiquer l'excision et l'extirpation des corps. XI, 67 et suiv. — Les cors de la plante du pied méritent une considération particulière. 69 et suiv. — La forme aplatie des cors situés entre les orteils, et leur peu de consistance, en rendent l'excision très-difficile ou même impossible. 70. — Il ne faut pas confondre les cors situés entre les orteils avec les excroissances vénériennes qui se développent quelquefois dans le même endroit. 71. — L'étendue considérable d'un cor et son adhérence intime avec les parties sous-jacentes, peuvent nécessiter l'amputation d'une portion de l'orteil. 71 et suiv. — Considérations particulières sur l'origine, les causes, les caractères anatomiques et le traitement

de l'espèce de cor appelé oignon. XI, 73 et suiv.

**PIERRE (opération de la).** — *Voy.* Vessie (calculs de la).

**PIERRES.** — *Voy.* Calculs.

**PIERRES DE LA VESSIE.** — *Voy.* Vessie (calculs de la).

**PINGETTES.** — Instrument propre à retirer les balles profondément engagées. — Ont été perfectionnées par Percy. — Description de cet instrument : manière de s'en servir. I, 381, I, 383.

**PIQUANS (instrumens).** — Peuvent agir de deux manières : en produisant simplement une piqûre, ou à la fois une piqûre et une déchirure. I, 335.

**PIQUES.** — Instrumens qui les causent. — Présentent à peu près les mêmes phénomènes que les plaies faites par les instrumens tranchans. — Causent une vive douleur. — Guérissent d'elles-mêmes lorsqu'elles sont simples. — Se compliquent d'hémorrhagie, de gonflement inflammatoire, de corps étrangers. — *Pronostic* : variable, souvent fâcheux. — *Traitement* : antiphlogistiques généraux et locaux. — Extraire les corps étrangers : moyen de les reconnaître, de les extraire. I, 335 et suiv.

**PISSEMENT DE SANG.** — *Voy.* Hématurie.

**PITUITAIRE (maladies de la membrane).** — *Voy.* Narine et Nez.

**PLAIES.** — Définition. — Différent entre elles accidentellement ou essentiellement. — Leurs différences accidentelles sont relatives à leur situation, aux parties qu'elles intéressent, à leur direction, aux instrumens qui les ont produites. — Leurs différences essentielles sont relatives à leur simplicité, à leur complication. — Simples. — Compliquées. — Compliquées avec leur cause. I, 175 et suiv.

**PLAIES faites par les instrumens tranchans.** — Mode d'action des instrumens tranchans. — Phénomènes de la solution de conti-

- nuité : effusion de sang , douleur , écartement des bords de la plaie. — Leurs signes, divisés en commémoratifs et diagnostiques. — D'où se tirent les signes commémoratifs. — Leurs *signes diagnostiques* : sensibles ou rationnels. Leur *pronostic* : variable selon l'étendue et la profondeur de la division , les parties qu'elles intéressent , les circonstances qui l'accompagnent , l'âge, le tempérament, les maladies. I, 177 et suiv.
- Indications curatives des plaies par instrumens tranchans.* — Réunion par première et par seconde intention. — Réunion des plaies par première intention : cas dans lesquels on doit la tenter ; conditions de cette réunion. — Observations rapportées par Garengéot, Jean Hunter. — Moyens que l'art emploie pour la réunion des plaies simples. — Situation, bandages, emplâtres agglutinatifs, suture. I, 183 et suiv. — Consolidation des plaies simples : moyens de l'obtenir. I, 200 et suiv.
- PLAIES simples qui suppurent.** — *Causes* : leurs phénomènes : diminution de la douleur ; suintement sanguinolent ; dessèchement de la plaie ; inflammation, suppuration ; bourgeons charnus. I, 209, I, 210. — Régénération des chairs. I, 213 et suiv. — Mécanisme de leur consolidation : dégorgeement et affaïssement du bord de la plaie ; rapprochement de la peau, formation de la cicatrice. I, 222 et suiv. — *Traitement* général. — Régime des malades aux différentes périodes de la maladie. — Antiplogistiques. — Toniques. I, 229 et suiv. — *Traitement local* : préserver les plaies du contact de l'air à l'aide d'un pansement convenable. I, 228. — Époque à laquelle on doit lever le premier appareil, précautions à prendre pour éviter la douleur. — Manière de procéder aux pansemens subséquens. — Fréquence des pansemens relative à la quantité du pus. Époque à laquelle on doit exciter les plaies. I, 231 et suiv. — *Causes* qui peuvent retarder la guérison des plaies qui suppurent. — *Causes internes* : mauvaise direction du régime ; les différens vices et virus. — *Causes externes* : déperdition de substance ; désorganisation de la peau ; mode de pansemens ; maigreur du malade. I, 238 et suiv.
- PLAIES (accidens qui compliquent les).** — Ces accidens sont l'hémorrhagie, la douleur, l'inflammation, le tétanos, la paralysie (*Voy.* ces mots).
- PLAIES CONTUSES.** — Sont produites par les corps contondans. — Leurs différences entre elles. — Sont simples ou compliquées. — Doivent être, dans la majorité des cas, réunies par première intention. Moyen d'y parvenir. — *Traitement.* — Peuvent être compliquées d'hémorrhagie, de corps étrangers et d'inflammation. — Indications à suivre dans ce cas. I, 347 et suiv.
- PLAIES D'ARMES A FEU.** — Définition. — En quoi elles diffèrent des autres plaies contuses. — Diffèrent elles-mêmes beaucoup entre elles. — Agens par lesquels elles sont faites, leur mode d'action. — Désordres locaux, variés suivant l'agent, suivant les parties, etc. — Désordres généraux : commotion, stupeur. I, 350 et suiv. — Attrition. — Caractères des plaies faites par les balles. — En général elles ne saignent pas. — Couleur spéciale des lèvres de la solution de continuité. — Renferment fréquemment des corps étrangers. I, 356 et suiv. — Accidens locaux primitifs : douleur, hémorrhagie, engourdissement, stupeur. — Accidens généraux primitifs, nerveux, attribués par les anciens à un prétendu venin. — Accidens locaux consécutifs : engorgement inflammatoire dépendant de la stupeur et de l'irritation ; gangrène,

suppuration, pourriture d'hôpital suppression de la suppuration. — Accidens généraux consécutifs : fièvre, convulsions, tétanos, coma. I, 360 et suiv. — *Signes des plaies d'armes à feu.* Distingués en commémoratifs et en diagnostiques. I, 365, I, 366. — *Pronostic des plaies d'armes à feu.* Ne peut être établi d'une manière générale. — Varie en raison d'une multitude de circonstances. I, 365, I, 366. — *Traitement des plaies d'armes à feu.* Consiste 1° à changer la nature de ces plaies par les incisions convenables; 2° à arrêter l'hémorrhagie lorsqu'elle a lieu; 3° à extraire les corps étrangers; 4° à prévenir, à guérir les accidens; 5° à procurer la suppuration. — *Première indication.* Pratiquer les incisions convenables. — Avantages immenses qu'elles procurent. — Ne sont pas nécessaires dans toutes les plaies d'armes à feu. — Nécessaires lorsque les muscles sont enveloppés d'aponévroses. — Ne doivent pas être trop étendues. — Débridemens : méthode pour les opérer. — Scarification du trajet de la balle. — Scarification des aponévroses. — Double débridement s'il existe deux plaies. — Cas dans lesquels on doit réunir les deux ouvertures. — Étendue des incisions, variable en raison de la partie et de la profondeur du corps étranger. I, 365 et suiv. — *Seconde indication.* — Arrêter l'hémorrhagie. — Placer d'abord un tourniquet. — Faire la ligature. — Tamponner si la ligature est impraticable. I, 270 et suiv. — *Troisième indication.* — Rechercher et extraire les corps étrangers. — S'assurer d'abord si la balle n'est pas sortie spontanément. — Investigation à faire à cet égard. — Situation dans laquelle on doit placer le malade. — Exploration à l'aide du doigt. — Exploration à l'aide d'une grosse sonde. — L'ex-

traction des balles doit être faite dès les premiers momens de la blessure. — On ne doit que rarement la tenter quand les accidens inflammatoires sont développés. — L'extraction sera faite par la plaie même ou par une-contre ouverture. — Cas dans lesquels on doit pratiquer la contre-ouverture : procédé opératoire. — Précautions à prendre avant de procéder à l'extraction. — Les doigts peuvent servir pour les plaies peu profondes. — Curette, manière de s'en servir. — Curette tire-balle; manière de s'en servir. — Pincette de Percy; manière de s'en servir. — Procédé opératoire à suivre pour les autres corps étrangers que les balles. — Enlèvement de la balle dans la substance d'un os, tire-fond de Thomassin. — Trépanation de l'os. — Extraction des esquilles. — Cas dans lesquels il faut laisser les corps étrangers dans la plaie. I, 371, I, 375 et suiv. — *Quatrième indication curative.* Prévenir les accidens qui peuvent survenir, remédier à ceux qui sont déjà arrivés. — Manière de faire le premier pansement. — Emploi des liqueurs résolatives. — Les topiques spiritueux sont nuisibles. — Antiphlogistiques dans le but de prévenir et de tempérer l'inflammation. — Vomitifs dans le cas de saburres gastriques. — Boissons laxatives. — Toniques. — Narcotiques, antispasmodiques. — Remèdes locaux, eau salée. — Toniques stimulans dans le cas de stupeur. — Emolliens, anodins. I, 388 et suiv., I, 390 et suiv. — Manière de procéder aux pansemens. — Doivent être les mêmes que pour les plaies qui suppurent.

**PLAIES D'ARMES A FEU** (*compliquées de fractures comminutives*). — Sont souvent mortelles. — Considérer d'abord si le membre peut être conservé. — Cas dans lesquels l'amputation doit être pratiquée. —

Epoque à laquelle on doit pratiquer l'amputation. — Opinion des auteurs à ce sujet. — Opinion de Faure, de Boucher. — L'amputation doit être faite immédiatement. — Motifs de ce précepte. I, 399 et suiv., I, 401 et suiv. — Cas dans lesquels on doit essayer de conserver le membre. — Faire de très-grandes incisions. — Pratiquer des contre-ouvertures. — Extraire les corps étrangers. — Placer le membre sur un appareil à fractures avec un bandage de Seultet. — Panser mollement. — Traiter par les antiphlogistiques. — Prévenir la terminaison par gangrène, le croupissement du pus. — Obstacles qui s'opposent à la consolidation des fractures. — Cas dans lesquels l'amputation devient nécessaire. I, 411 et suiv. I, 413 et suiv.

**PLAIES** (*par arrachement*). — Définition. — Causes : s'accompagnent toujours de désordres énormes. — Sont rarement compliquées d'hémorragie. — *Traitement* : le même que dans les plaies qui suppurent. I, 419, I, 422.

**PLAIES** (*par morsure d'animaux sains*). — Doivent être rapportées à la classe des plaies par piqûre, par contusion ou par arrachement. — Sont souvent accompagnées d'accidens graves. — Leur seule indication est de prévenir l'engorgement inflammatoire à l'aide d'un traitement antiphlogistique. — *Traitement* des fractures comminutives si les os ont été brisés. I, 421. I, 424.

**PLAIES** (*par morsure d'animaux venimeux*). — Ne sont produites en France que par la morsure de la vipère. — Mode d'introduction du venin dans la plaie. — *Symptômes* de la morsure de la vipère : locaux, généraux. — *Symptômes* locaux, douleur, tuméfaction, phlyctènes. — *Symptômes* généraux : lésion de l'appareil sensitif, de

l'appareil circulatoire. — Les accidens sont d'autant plus graves que les blessés sont plus faibles de corps et d'esprit. — Ces plaies sont rarement mortelles. — *Traitement* : beaucoup de remèdes ont été tour à tour vantés et abandonnés. — Le traitement local est le plus efficace. — Caustiques. — Cautére actuel. — Manière d'appliquer les caustiques. — Embrocations huileuses. — Remèdes internes : ammoniaque liquide, eau de Luce ; manière d'administrer ces remèdes. I, 423, I, 425.

**PLAIES** (*par morsures d'animaux enragés*). — Peu importantes comme lésion locale. — Déterminent une série d'accidens à laquelle on a donné le nom de rage. — N'offrent rien qui les distingue localement des autres plaies. I, 435, I, 438. — Se cicatrisent avec autant de facilité que les autres plaies. — Temps d'incubation du virus rabique. — Invasion de la rage. — *Symptômes* locaux : presque nuls. — *Symptômes* généraux : nerveux, graves, mort prompte. — *Pronostic* des plaies : variable selon leur étendue, selon la manière dont elles ont été faites, selon l'état moral du blessé. — *Traitement*. — Première indication : enlever ou détruire le venin qui a été déposé dans la partie. — Cautére actuel. — Cautére potentiel. — Manière d'employer cette médication dans les plaies diverses que produisent les animaux enragés. — Traiter les plaies déjà cicatrisées comme celles qui viennent d'être faites. — Application des épispastiques sur le lieu de la blessure. — *Traitement* interne : peu utile, antispasmodiques, diètes sudorifiques, recettes empiriques, narcotiques, etc. I, 441, I, 443 et suiv.

**PLAIES** (*accidens consécutifs des*). — Sont : le croupissement du pus, la suppression de la suppuration, et

- la pourriture d'hôpital ( Voy. ces mots). I, 512 et suiv.
- PLAIES** ( par déchirure. ) — *Causes.* — *Traitement.* I, 555, I, 556.
- PLAIES** de tête, des articulations, de l'abdomen, des intestins, de l'estomac, etc., etc. Voy. ces mots.
- PLEUROSTOTONOS.** — Nom donné au tétanos latéral. I, 289.
- PLÈVRE** ( abcès du tissu cellulaire de la ). — Le tissu cellulaire qui unit la plèvre aux muscles intercostaux devient quelquefois le siège d'un engorgement inflammatoire qui se termine par suppuration. — La cause est tantôt externe, tantôt interne. — La marche de la maladie est tantôt aiguë, tantôt chronique. VII, 530 et suiv. — *Symptômes* locaux et généraux de l'affection. 551. — Abandonnés à la nature, ces abcès suivent en général la marche de ceux que l'on nomme froids. — Ils s'accompagnent souvent de la carie des côtes. 555. — *Le diagnostic* de ces abcès ne présente aucune difficulté. 553 et suiv. — *Traitement* : variable suivant que l'abcès est phlegmoneux ou froid. VII, 554 et suiv.
- PLÈVRES** ( abcès de la cavité des ). — Ils se montrent le plus ordinairement à la partie antérieure des dernières vraies côtes. — Plus fréquens chez les jeunes gens que chez les adultes. — Sont la suite de la pleurésie ou de la pleuro-péritonite. VII, 537. — Lésions anatomiques trouvées à l'ouverture des corps. 537 et suiv. — Doivent être traités par l'opération de l'empyème. VII, 539 et suiv.
- PLUMASSEAUX.** — Se composent avec plusieurs brins de charpie placés les uns sur les autres et formant une petite masse plus large qu'épaisse, destinée à être mise dans une plaie ou à la recouvrir, ou bien à empêcher l'oblitération d'une ouverture naturelle. — Leur largeur doit être proportionnée à celle de la plaie. — Les fils qui les com-
- posent seront placés parallèlement. — Prennent le nom de gâteaux de charpie quand ils sont fort larges, et qu'ils recouvrent la plaie immédiatement. V, 9.
- PNEUMATOPHIALE.** — Nom donné à une tumeur emphysémateuse de l'ombilic, sans déplacement des parties. — Cette affection ne s'est jamais rencontrée. VII, 458 et suiv.
- POIGNET** ( luxations du ). — Peuvent avoir lieu en avant, en arrière et sur les côtés. — Les luxations en avant et en arrière sont beaucoup plus communes que celles en dehors et en dedans. — Les premières sont presque toujours complètes, les autres presque constamment incomplètes. — Les ligamens correspondans au côté vers lequel le déplacement a lieu sont nécessairement rompus. — *Causes* : une chute sur le dos ou sur la paume de la main, ou bien sur le côté radial ou cubital de la même partie ; une violence subite exercée dans le même sens. — *Signes diagnostiques* généraux : mouvemens de la main, mouvemens de rotation du radius impossibles, douleur très-vive rapportée à l'articulation. — *Signes particuliers* de la luxation en avant : extension de la main, flexion des doigts, saillie du carpe, tension des fléchisseurs. — Dans la luxation en arrière, flexion de la main, extension des doigts, saillie du carpe à la partie postérieure de l'articulation. — Dans la luxation en dehors, inclinaison de la main vers le côté cubital de l'avant-bras, côté externe du carpe saillant au-dessous de l'extrémité inférieure du radius. — Dans la luxation en dedans, inclinaison de la main vers le côté radial de l'avant-bras, saillie du carpe au-dessous de l'extrémité inférieure du cubitus. IV, 255 et suiv. — *Pronostic* ordinairement fâcheux, à cause du déchirement des ligamens et de la distension des parties environnantes ; la

gravité du pronostic varie en raison de l'étendue du désordre et des complications de la luxation. — *Traitement*: réduction; manière de l'opérer. La réduction est facile, à moins qu'il n'existe un engorgement inflammatoire considérable; dans ce cas on calmera d'abord les accidens, et la réduction sera tentée ensuite. — Lorsque la luxation est réduite, des compresses résolatives et un bandage roulé suffisent ordinairement pour consolider l'articulation et pour prévenir la récidive. — Quelquefois il se manifeste une inflammation violente, et des abcès se forment dans l'intérieur de l'articulation; dans ce cas il est à craindre que l'altération des surfaces articulaires n'amène l'ankylose. — Débridemens à pratiquer dans le cas d'issue du radius à travers les tégumens. IV, 258 et suiv.

POITRINE (*plaies non pénétrantes de la*). — Peuvent être simples ou compliquées. — Peuvent se compliquer de douleur, d'hémorrhagie, d'inflammation, d'abcès, d'emphysème, de corps étrangers. — *Signes diagnostiques*; *Pronostic et traitement* de ces diverses complications. VII, 252 et suiv.

POITRINE (*plaies pénétrantes de la*). — *Signes* auxquels on reconnaît qu'une plaie a pénétré dans la poitrine. — Danger de l'introduction des sondes pour explorer les plaies de poitrine. VII, 257 et suiv. — Ces plaies sont rarement simples; presque toujours les poumons sont lésés, quelquefois le cœur, les gros vaisseaux ou l'œsophage: il peut y avoir complication d'épanchement de sang, d'hémorrhagie, d'emphysème ou de corps étrangers. — La lésion du tissu pulmonaire est la complication la plus fréquente: *Signes* auxquels elle se reconnaît. VII, 259. — L'inflammation qui accompagne les plaies du poumon n'est pas toujours en

raison de la largeur et de la profondeur de la plaie. 260. — Un emphysème un peu étendu ne peut avoir lieu sans que le poumon soit divisé. 261. — Souvent il se forme une hernie du poumon: *Signes* auxquels elle se reconnaît; moyens d'y remédier. VII, 261 et suiv. — La lésion du cœur est le plus souvent mortelle instantanément; quelquefois cependant les malades survivent quelques jours, ou même guérissent. 264 et suiv. — La lésion des grosses artères est nécessairement mortelle. VII, 268 et suiv. — Les plaies de poitrine sont rarement accompagnées de la lésion de l'œsophage. *Signes* auxquels on reconnaît la lésion de cet organe. Cette complication est ordinairement mortelle: observation de guérison rapportée par Payen. 269 et suiv. — L'épanchement de sang est une complication fréquente des plaies qui pénètrent dans la poitrine: *effets et signes diagnostiques* de cette complication: *pronostic* extrêmement grave. VII, 273 et suiv. — L'emphysème s'observe dans les plaies pénétrantes qui n'ont intéressé que la plèvre; son mécanisme; son peu de danger. 279. — Il est très-considérable lorsqu'il y a eu en même temps lésion du poumon; il peut acquérir quelquefois un volume et une étendue considérables. 279 et suiv. — La lésion du poumon à l'occasion de laquelle il se forme un emphysème, peut être produite par le fragment d'une côte cassée. VII, 282 et suiv. — Le *pronostic* des plaies pénétrantes de la poitrine est beaucoup plus grave que celui des plaies non pénétrantes. VII, 285. — Le *traitement* des plaies pénétrantes de la poitrine est différent, selon qu'elles sont simples ou compliquées. 286. — Lorsque le poumon est blessé, on aura recours à un *traitement* antiphlogistique énergique pour prévenir ou guérir son inflammation.

287. — Lorsqu'une portion du poumon est sortie par la plaie, si elle est saine, on doit la faire rentrer avec les doigts ou avec une sonde mousse : débridement de la plaie; ligature de la portion de poumon herniée. 287 et suiv. — Indications particulières des plaies pénétrantes compliquées de lésion de l'œsophage. VII, 288. — Ligature, compression de l'artère intercostale, dans le cas où elle fournit une hémorrhagie abondante; procédés divers usités pour la compression de ce vaisseau. — Plaque de Lotteri. — Pelote de Quesnay. — Machine de Bellocq. — Bourdonnet de charpie employé de nos jours. VII, 289 et suiv. — Moyens de favoriser l'issue ou la résorption du sang épanché dans la poitrine; agrandissement de la plaie; tuyau d'aspiration, opération de l'empyème. VII, 294 et suiv. — *Traitement de l'emphysème*: incision pratiquée sur le lieu même de la plaie, dans les diverses parties de la peau. VII, 300 et suiv. — Extraction des corps étrangers, opération préliminaire. VII, 301 et suiv.

**POITRINE** (*plaies de la*) par des instrumens contondans. — Ces plaies diffèrent entre elles, selon qu'elles ont été faites par des instrumens contondans ordinaires, ou par un corps mis en mouvement par la poudre à canon. VII, 304. — La contusion produite par un corps contondant ordinaire, et bornée aux parois de la poitrine, est rarement suivie d'accidens. 304. — Les plaies contuses simples des parois de la poitrine doivent être réunies au moyen des emplâtres agglutinatifs et des bandages : elles exigent un traitement spécial quand elles sont compliquées d'hémorrhagie, d'inflammation ou de corps étrangers. 305. — Les plaies des parois de la poitrine par armes à feu ont presque toujours un trajet oblique et

plus ou moins long. 306. — Signes auxquels on reconnaît que la plaie est pénétrante. 306. — Les corps poussés par la poudre à canon peuvent percer atteinte aux viscères de la poitrine sans pénétrer dans sa cavité; mais le plus ordinairement ils y pénètrent et agissent immédiatement sur ces viscères. VII, 308. — Ces plaies ne sont pas toujours mortelles. 309. — *Traitement*: extraire les corps étrangers lorsque la chose est possible et peut être tentée sans de grands dangers : lieux divers que peut occuper la balle. VII, 309 et suiv. — Prévenir et combattre l'inflammation : ouvrir les abcès qui se forment. 311 et suiv. — Les plaies de la poitrine, particulièrement celles que font les armes à feu, deviennent quelquefois fistuleuses : causes, effets, traitement de ces fistules. VII, 312 et suiv.

**POITRINE** (*abcès extérieurs de la*). — Ne diffèrent en rien de ceux que l'on observe dans les autres parties du corps. — Ceux de l'aisselle présentent seuls des caractères particuliers et des indications spéciales. VII, 334. — (*Voy. Aisselle.*)

**POITRINE** (*hydropisie de la*). — *Voy. Hydrothorax.*

**POLYPES** (*du rectum*). — *Voy. Rectum.*

**POLYPES** (*des narines*). — *Voy. Narines.*

**POLYPES** (*du vagin*). — *Voy. Vagin.*

**POLYPES** (*de la matrice*). — *Voy. Matrice.*

**POMMES CUITES** (*pulpe de*). — Sert à composer des cataplasmes utiles dans le traitement des ophthalmies. I, 46.

**PONCTION** (*des abcès froids*). — Lieu où elle se pratique. — Instrumens dont on se sert. — Doit être réitérée. — Utilité de cette méthode. — Bistouri. — Aiguille à cataracte. — Observations relatives à la ponction. I, 77 et suiv. — Est le meilleur

- moyen d'ouvrir les abcès par congestion. I, 95.
- PONCTION (de la vessie).**—*Voy.* Rétention d'urine.
- POPLITÉE (anévrisme de l'artère).**—Est quelquefois causé par des agens vulnérans.—Doit être dans ce cas traité par la ligature plutôt que par la compression.—On doit préférer la méthode de Hunter.—Siège que peut occuper l'anévrisme vrai.—*Diagnostic* très-facile : peut être traité assez avantageusement par la compression.—On doit employer la ligature par le procédé de Hunter, quand la compression est impraticable.—Dans certains cas, on usera de la méthode ancienne.—Manière de pratiquer ces opérations.—Dans le cas d'imminence de rupture et de carie des os, l'amputation devra être préférée. II, 197 et suiv., II, 219 et suiv.
- POTASSE CAUSTIQUE.**—Préférée au bistouri pour l'ouverture des abcès froids.—Manière de se servir de ce caustique.—Son mode d'action.—Epoque à laquelle on doit l'enlever.—Escarre qu'elle forme. I, 74 et suiv.
- POTT.**—A le premier bien décrit une tumeur fongueuse accidentelle qui se développe dans la jambe, et a été nommée anévrisme de Pott. II, 322.—Espèce de gangrène observée et décrite par cet auteur.—*Traitement* qu'il conseille. I, 154 et suiv.
- POURRITURE D'HÔPITAL.**—A aussi reçu le nom de gangrène humide d'hôpital.—Définition.—Est épidémique.—Influences sous lesquelles elle se développe.—Ne s'observe pas dans les hôpitaux de nouvelle construction.—Peut régner dans toutes les saisons.—Attaque indistinctement toute espèce de plaies.—Est essentiellement contagieuse.—Scs symptômes.—Couleur des ulcérations.—Fétidité.—Symptômes généraux.—Sa durée variable.—Est toujours une complication grave.—Est presque toujours mortelle dans les grandes plaies.—*Traitement préservatif* : soustraire les malades aux causes directes et indirectes de la maladie.—Panser plus souvent et avec plus de soin.—*Traitement curatif* : changement de lieu, médicamens internes, variables selon les symptômes de la maladie.—Médicamens topiques, quinquina, térébenthine, cautère actuel, huile bouillante, cataplasmes émolliens. I, 320 et suiv.
- POUTEAU.**—Regarde la pourriture d'hôpital comme essentiellement contagieuse. I, 322.—Attribue l'oblitération des artères à la tuméfaction et au gonflement des chairs et du tissu cellulaire embrassés par la ligature. I, 249, I, 250.—Prétend avoir guéri des cancers par l'usage exclusif de l'eau à la glace prise à l'intérieur. II, 321, II, 384.
- PRÉPUCE.**—Prétendue régénération du prépuce après l'amputation de la verge. I, 219, I, 220.
- PRESBYTIE.**—Etat de la vision dans lequel les malades voient obscurément les objets qu'ils regardent de près, et nettement ceux qu'ils regardent de loin.—*Causes* : diminution de la force réfringente de l'œil, aplatissement de la cornée, diminution de la quantité des liquides, rapprochement de la cornée et de la rétine.—*Signes diagnostiques* : yeux aplatis, peu saillans, pupilles étroites.—*Traitement* : nul ; usage de bésicles à verres convexes. V, 621 et suiv., V, 625 et suiv.
- PRESSE-ARTÈRE.**—Instrument inventé par Deschamps pour oblitérer les vaisseaux dans l'opération de l'anévrisme. II, 139, II, 140.
- PRONOSTIC (de l'inflammation en général).**—Variable suivant le siège de la maladie, son intensité, son étendue, etc. I, 22.
- PROSTATE (inflammation et gonflement de la).**—*Voy.* Rétention d'urine.
- PROSTRATION.**—Survient promptement

ment, et est considérable dans les inflammations gangréneuses. I, 158.

**PROTHÈSE.** — Consiste à ajouter au corps des moyens mécaniques pour suppléer aux parties qui manquent par défaut de nature ou autrement, ou pour faciliter l'exercice de celles qui sont mal conformées. — Entre rarement dans l'exécution d'une opération; elle forme le complément de quelques-unes et souvent une opération particulière. — Ses règles varient suivant les cas pour lesquels on l'emploie. V, 42 et suiv.

**PSOÏTIS.** — Nom donné, dans ces derniers temps, à l'inflammation du tissu cellulaire qui unit le péritoine aux muscles psoas et iliaque. — Cette maladie se rencontre plus souvent chez les adultes que chez les enfans et les vieillards. — Elle débute par un état fébrile qui a tous les caractères de la fièvre inflammatoire. — Elle se termine presque toujours par suppuration. — Le pus s'accumule au pli de l'aîne et vers la hanche. — On doit ouvrir ces tumeurs avec l'instrument tranchant dès que la fluctuation est sensible, et donner à l'incision une étendue suffisante pour que le pus s'écoule librement. VII, 509 et suiv.

**PTÉRYGION.** — Connu aussi sous le nom d'ongle, onglet, unguis, pannus, sorte d'excroissance membraneuse ayant la forme d'un triangle, dont le sommet est dirigé vers le centre de la pupille et la base vers la circonférence de l'hémisphère antérieur de l'œil. — A son siège ordinairement au grand angle de l'œil. — *Causes*: inflammation chronique, contusion ou plaie de la conjonctive. — *Pronostic*. Cette affection n'est grave que lorsqu'elle a envahi la cornée transparente; alors elle met obstacle à la vision. — *Traitement*: nul, si la maladie est stationnaire et n'a pas envahi la cornée; dans le cas contraire on

fera l'ablation du ptérygion. — Procédé opératoire. — Si le ptérygion s'étend sur la cornée, on en fera l'excision seulement au niveau du point de jonction de la sclérotique. V, 385 et suiv., V, 388 et suiv.

**PUPILLE (constriction de la).** Occupe ordinairement les deux yeux. — *Causes*: violences extérieures exercées sur l'œil, ophthalmies violentes, opération de la cataracte. V, 438 et suiv. — *Pronostic*: le plus souvent défavorable. — La maladie est ordinairement incurable. — *Traitement*: émissions sanguines locales et générales, vomitifs, purgatifs, pupille artificielle. V, 438 et suiv., V, 441 et suiv.

**PUPILLE ARTIFICIELLE.** — Voy. Iris (im-perforation de l').

**PUPILLE (dilatation contre nature de la).** — Occupe tantôt un seul œil, tantôt les deux yeux à la fois. — *Causes*: contusions de l'œil, violentes ophthalmies, narcotiques, amaurose, vers intestinaux, maladies cérébrales. — *Signes diagnostiques*: grandeur contre nature de la pupille, immobilité de l'iris. — *Traitement*: topiques irritans, vomitifs, antiphlogistiques. V, 448 et suiv., V, 452 et suiv.

**PUS.** — Comment il se forme dans les abcès phlegmoneux. — Est disséminé dans le tissu cellulaire, en déchire les cellules, se réunit en foyers. I, 55, I, 56. — Contracte des qualités nuisibles quand il s'amasse dans un foyer caché. — Moyens de prévenir cette viciation. — Agrandissement de l'ouverture du foyer, contre-ouvertures, compression. I, 313 et suiv. — Effets funestes du pus vicié sur l'économie. I, 316.

**PUS (croupissement du).** — Voy. Croupissement.

**PUSTULE MALIGNÉ.** — Inflammation gangréneuse de la peau. — Est presque toujours unique, rarement multiple. — Très-commune dans certaines contrées de la France. —

Produite par le contact médiate ou immédiat des animaux charbonneux. — S'observe chez des individus adonnés à certaines professions. — A son siège sur les parties du corps ordinairement nues. — Est essentiellement contagieuse. — Observation contradictoire de Morand, Thomassin, Esnault et Chaussier. — La durée de la maladie peut être divisée en 4 périodes. — 1<sup>re</sup> Période : inoculation, incubation, inflammation vésiculeuse. — 2<sup>e</sup> Période : mortification du derme. — 3<sup>e</sup> Période : Extension de l'escarre, engorgement inflammatoire des parties environnantes. — 4<sup>e</sup> Période, variable suivant la terminaison de la maladie : accidens ataxo-adyamiques, emphysème sous-cutané, mort. — Se termine quelquefois spontanément par l'élimination de la partie gangrenée. II, 64 et suiv. — *Pronostic* : variable, en raison du siège, de l'étendue, et de la marche rapide de la maladie. — *Traitement* de la 1<sup>re</sup> et de la 2<sup>e</sup> période : scarifications. — Caustiques. — Manière de les employer. — Cas dans lesquels on doit en réitérer l'application. — *Traitement* de la 3<sup>e</sup> période : fendre et enlever l'escarre afin d'introduire les caustiques. — Les saignées locales et générales sont préjudiciables. — Topiques toniques et résolutifs. — Mêmes remèdes internes que dans les fièvres ataxiques et adynamiques. — Histoires de maladies relatives à la pustule maligne. II, 75 et suiv.

**PUSTULEUX (Erysipèle).** — Voy. ERY-SIPÈLE.

**PURGATIFS.** — Il faut en user sobrement. — Ne sont point antiphlogistiques. — Irritent toujours. — Sont nuisibles quand le canal digestif est enflammé. I, 38, I, 39.

## Q.

**QUESNAY.** — Son opinion relative à la gangrène des membres par in-

flammation. — Cette opinion est discutée et combattue par l'auteur. I, 109, I, 110. — Histoire de gangrène sèche rapportée par lui. I, 151. — Réfute la théorie de Garregeot sur la régénération des chairs. I, 214.

**QUINQUINA.** — Impropre à prévenir le développement de la gangrène par inflammation. I, 114. — Convient lorsque la gangrène a lieu. I, 115. — Empêche une aussi prompte putréfaction. I, 118. — Regardé par les Anglais comme un spécifique de la gangrène sèche, donné en substance ou en décoction. — Préférable aux cordiaux. I, 149 et suiv. — Inutile dans le traitement de la gangrène de Pott. I, 155, I, 156. — Peu utile comme médicament interne dans la pourriture d'hôpital. — Très-avantageux comme topique, associé à la térébenthine. I, 331, I, 333 et suiv.

## R.

**RABEL (eau de).** — L'un des styptiques les plus usités. — Conseillée pour arrêter l'hémorrhagie. — Ne convient que lorsque l'effusion du sang est peu considérable. — Irrite violemment les parties sur lesquelles elle est appliquée. I, 254, I, 255.

**RACHITIS.** — Maladie dans laquelle les os sont privés de leur solidité ordinaire. — Se manifeste ordinairement depuis l'âge de quatre à six mois jusqu'à celui de trois ou quatre ans, très-rarement chez les adultes et chez les vieillards. — Causes : le tempérament lymphatique et nerveux, la constitution scrophuleuse, les maladies antécédentes, l'habitation dans des lieux humides, la suppression de certains flux, le vice véaérien, rhumatismal, goutteux; cette maladie a été attribuée à l'accroissance des humeurs qui altèrent la substance terreuse des os. — *Signes diagnosti-*

ques : tristesse , torpeur, gonflement des extrémités articulaires , amaigrissement , augmentation du volume de la tête et des facultés intellectuelles. Dans une période plus avancée , augmentation du volume du foie , météorisation de l'abdomen , carie , chute des dents , douleur , déformation de l'épine , ramollissement , déviation des côtes et des os des membres abdominaux : symptômes nerveux propres aux hydrocéphaliques. — *Terminaisons* : quelquefois la maladie se termine spontanément ; les fonctions se rétablissent ; les os semblent acquérir plus de dureté ; le plus souvent , les membres se contractent ; il survient des escarres , et la mort a lieu. III, 609 et suiv. , III, 615 et suiv. — *Caractères anatomiques* : augmentation de la masse cérébrale , hydropisie des ventricules , tuméfaction , dégénérescence tuberculeuse des glandes du mésentère , décoloration des muscles , tuméfaction , ramollissement des os. — *Pronostic* : est le plus souvent fâcheux , surtout quand il existe complication de vérole ou de scrophules. — *Traitement* : se borne ordinairement à l'emploi des moyens diététiques et médicamenteux excitans ou toniques , et au traitement des diverses maladies connues qui peuvent compliquer le rachitis. — Préparations mercurielles , antiscorbutiques , alcalines , savonneuses , antimoniales , sulfureuses , martiales. — Habitation des lieux élevés , chauds et secs. — Les moyens orthopédiques mis en usage contre les déformations sont plutôt nuisibles qu'utiles. III, 619 et suiv. , III, 625 et suiv.

**RADIALE** (*anévrisme de l'artère*). — Est ordinairement produit par cause externe. — Doit être traité par la compression ou par la ligature , selon la place qu'il occupe. II, 208, II, 209.

**RADIUS** (*fracture du*). — Est plus fréquente que celles du cubitus et de l'avant-bras. — Peut dépendre d'une cause immédiate ou avoir lieu par contre-coup. — Le déplacement ne s'effectue que suivant l'épaisseur et la circonférence de l'os. — *Diagnostic* : difficulté dans les mouvemens de supination et de pronation , défaut de mobilité de la tête du radius , crépitation. — *Pronostic* : peu grave. — *Traitement* : le même que celui des fractures de l'avant bras (*Voy.* ce mot). III, 218 et suiv. , III, 220 et suiv.

**RADIUS** (*luxation de l'extrémité supérieure du*). — Ne peut s'effectuer qu'en arrière. — Est plus fréquente et plus facile chez les enfans que chez les adultes et chez les vieillards. — Cette plus grande fréquence chez les enfans dépend de la laxité des ligamens articulaires. — La luxation est toujours complète. — *Causes* : une chute sur la main surprise dans un état de pronation forcée , ou simplement un mouvement violent de pronation. — Chez les enfans les ligamens se relâchent , et la luxation a lieu dans le mouvement que l'on fait pour les entraîner et les soulever par les bras. — *Signes diagnostiques* : douleur vive rapportée à l'articulation , flexion de l'avant-bras , pronation forcée , supination impossible , saillie du radius derrière la petite tête de l'humérus. — *Pronostic* : n'est jamais fâcheux , dans le cas même où la luxation n'est pas réduite. — *Traitement* : réduction facile. — Après la réduction on s'abstiendra pendant quelque temps de tout mouvement de pronation. — Pour prévenir la récurrence on placera l'avant-bras dans la flexion , et à l'aide d'une attelle on empêchera les mouvemens de pronation. — L'appareil sera supprimé du 20<sup>e</sup> au 25<sup>e</sup> jour. IV, 239 et suiv.

**RAGE.** — A reçu aussi le nom d'hy-

drophobie. — Définition de la maladie. — Divisée en spontanée et en communiquée. — La rage spontanée ne se montre jamais chez l'homme. — Symptômes de la rage chez le chien, peuvent exister dans certaines maladies. — Moyens de reconnaître après la mort d'un animal s'il était enragé. — Se communique à l'homme par le contact de la bave des animaux enragés. — Est quelquefois très-long-temps à se déclarer. — Symptômes locaux presque nuls. — Symptômes généraux très-graves. — Mort certaine. — Lésions cadavériques. I, 435, I, 438 et suiv. — Peut être arrêtée par la cautérisation dès le début des premiers symptômes. I, 454, I, 458.

RAMOLLISSEMENT DES OS. — Voy. Rachitis.

RANULE. — Voy. Grenouillette.

RECOLLEMENT (*des parois des abcès froids*). — Se fait long-temps attendre. — Moyens de l'obtenir plus promptement. I, 77.

RECTUM (*corps étrangers dans le*). — Les corps étrangers contenus dans le rectum peuvent venir du dehors, ou s'être formés, soit dans cet intestin, soit dans quelque autre point du canal intestinal. X, 30. — Nature des corps étrangers qui s'arrêtent dans le rectum après avoir été avalés. 30. — Symptômes auxquels donne lieu la présence des corps étrangers en général dans le rectum. 31. — Exploration du rectum à l'aide du doigt ou du *speculum ani*. — L'extraction est l'indication commune que présentent des corps étrangers. X, 32. — Quand ils sont peu volumineux ils sont ordinairement chassés spontanément : dans d'autres cas on doit les extraire à l'aide d'instrumens introduits dans le rectum, et ne recourir à l'incision de l'anus que dans les cas désespérés. 32 et suiv. — Instrumens employés pour l'extraction de ces corps étrangers.

33 et suiv. — Procédés ingénieux employés par différens auteurs pour extraire des corps étrangers retenus dans le rectum. 34 et suiv. — Des corps étrangers introduits avec violence dans le rectum peuvent produire des accidens fort graves, bien qu'ils n'y séjournent pas. X, 37 et suiv. — Des corps formés dans l'intérieur des intestins peuvent aussi s'arrêter dans le rectum et produire des accidens plus ou moins graves : conerétions appelées pierres stercorales. Nature et forme de ces conerétions : symptômes locaux et généraux qu'elles déterminent. 39 et suiv. — Le *diagnostic* de ces conerétions est quelquefois fort obscur. 42. — L'expulsion des calculs stercoraux peut être obtenue à l'aide de laxatifs, et si ces moyens sont insuffisans, il faut procéder à l'extraction du corps étranger. X, 42 et suiv. — Outre les pierres stercorales, il peut se former dans le gros intestin des amas de matières fécales qui acquièrent une grande ténacité. 43 et suiv. — Nature des accidens qui peuvent en résulter. *Traitement*, X, 44 et suiv.

RECTUM (*chute et renversement du*). — Il en existe deux espèces : dans l'une, la membrane muqueuse du rectum lui-même forme une tumeur qui sort par l'anus ; dans l'autre le colon, invaginé dans le rectum, se montre hors de l'anus. X, 84 et suiv. — Accroissement gradué, mode de développement et caractères particuliers de la tumeur formée par la sortie de la membrane muqueuse du rectum. 85 et suiv. — Cette maladie est très-fréquente chez les enfans et chez les dysentériques. 86. — Ce renversement tant qu'il est récent ne présente aucun danger : dégénérescence des tissus lorsque l'inflammation s'est long-temps prolongée dans la membrane muqueuse. X, 87 et suiv. — La chute

du rectum peut devenir mortelle par l'étranglement de la tumeur et la gangrène qui en est la suite. 88.

— Les indications qu'il présente sont différentes, suivant que la maladie est récente ou ancienne, simple ou compliquée. 88. — Réduction de la tumeur, manière de la pratiquer. 89 et suiv. — Lorsque la maladie est ancienne et la tumeur considérable, on est obligé de la contenir à l'aide d'un bandage convenable : description de ce bandage. X, 90 et suiv. — Introduction dans le rectum d'une mèche soutenue par un bandage. 91. — Opération chirurgicale propre à empêcher la chute de la membrane muqueuse du rectum. 91 et suiv. — Application du cautère actuel sur la tumeur pour parvenir au même but. X, 92 et suiv.

La seconde espèce de chute du rectum consiste dans l'invagination de l'iléon, du colon, ou du commencement du rectum, avec renversement d'un de ces intestins hors de l'anus, X, 94. — Ouverture du corps d'individus morts avec cette maladie : description anatomique de l'invagination. 95 et suiv. — Mécanisme de cette invagination. 96 et suiv. — Caractères spéciaux, symptômes locaux et généraux de cette espèce de tumeur. 97 et suiv. — L'indication curative est de réduire la tumeur quand elle est récente, et de prévenir les accidens que peut amener l'étranglement. X, 98 et suiv.

**RECTUM (polypes du).** — Ils diffèrent entre eux à raison de leur situation, de leur figure, de leur volume et de leur texture. X, 152 et suiv. — *Signes diagnostiques* de cette affection. 153. — Les polypes du rectum ne sont point en général dangereux. 153. — Moyens employés par les chirurgiens pour attirer les polypes au dehors, et pour en faire la ligature et l'excision. 154 et suiv. — Tumeurs analogues obser-

vées par l'auteur et plusieurs autres écrivains. *Traitement curatif.* X, 155 et suiv.

**RECTUM (affections vénériennes du).** — Ces affections, communes au rectum et à l'anus, sont les chancres, les rhagades et les excroissances. X, 159. — Les chancres de l'anus et du rectum sont assez fréquens dans les deux sexes; ils sont primitifs ou consécutifs. 160. — Le traitement doit être antisypilitique; ceux du rectum sont fort difficiles à guérir. 160 et suiv. — Les rhagades sont des gerçures qu'on observe assez fréquemment entre les plis de l'anus, et qui dépendent d'une affection vénérienne. 161. — Le traitement est antisypilitique; si les douleurs étaient trop vives on ferait usage des opiacés. 161 et suiv. — Les excroissances sypilitiques de l'anus et du rectum ont reçu différens noms, suivant l'aspect particulier qu'elles offraient : cèdent au traitement mercuriel général, et à l'usage des topiques escarrotiques, de la ligature et de l'excision. X, 162 et suiv.

**RECTUM (cancer du).** — Se présente sous des formes très-variées. X, 163. — Attaque plus fréquemment les femmes que les hommes. 163. — Est situé le plus souvent à un ou deux pouces au-dessus de l'anus. 164. — Marche, symptômes locaux et généraux de cette maladie. 164 et suiv. — Le *diagnostic* est ordinairement facile lorsqu'on examine avec soin les parties malades. 166. — Le cancer du rectum est constamment mortel. 167 et suiv. — L'extirpation, conseillée par quelques chirurgiens, est ou impossible ou nuisible. — Le traitement sera simplement palliatif. X, 168 et suiv.

**REFLUX (de la suppuration).** — Nom donné à la suppression de la suppuration. — A été regardé comme

- la cause des abcès internes. I, 317, I, 318.
- RÉGÉNÉRATION DES CHAIRS.**— Son mécanisme.— Théorie de Garengéot, réfutée par Quesnay. — Attribuée à la dilatation des petits vaisseaux. — Adoptée long-temps par les chirurgiens. — Combattue et entièrement renversée par Fabre : preuves ; objections. I, 213 et suiv.
- REINS (plaies des).**— S'observent rarement à cause de la profondeur à laquelle ces organes sont situés. VIII, 453. — On reconnaît que ces organes sont blessés, à la situation, à la direction, à la profondeur de la plaie, et aux symptômes dont elle est accompagnée : examen de ces symptômes, soit locaux, soit généraux. VIII, 453 et suiv. — Histoire de maladies rapportées par divers auteurs. 454 et suiv. — La plaie est beaucoup plus grave si le rein est blessé à sa partie antérieure ; raison anatomique de ce pronostic : fait rapporté par Laubius. 456. — Le pronostic des plaies des reins est toujours fâcheux. 456. — Le traitement des plaies des reins consiste à combattre les premiers accidens par les saignées et les boissons adoucissantes, et à évacuer les urines lorsqu'elles sont retenues dans la vessie. VIII, 457.
- REINS (inflammation des) ou néphrite.**— Se distingue en idiopathique et en calculeuse. Cette dernière est la plus fréquente. VIII, 457. — Cette inflammation attaque rarement les deux reins en même temps ; celle du rein gauche est plus fréquente que celle du droit. 457 et suiv. — Examen des causes diverses qui peuvent produire la néphrite. 458. — La néphrite idiopathique est toujours accompagnée de fièvre : symptômes locaux, généraux. 458 et suiv. — Elle peut se terminer comme les autres inflammations, par résolution, par gangrène ou par suppuration. *Signes* auxquels on peut reconnaître que la phlegmasie se terminera ou s'est terminée de l'une de ces manières. 459 et suiv. — Moyens divers employés pour amener l'inflammation des reins à résolution : avantages, inconvéniens de certaines médiations. 460 et suiv. — La terminaison par gangrène fait périr constamment les malades : fait rapporté par Fabricius de Hildan. 462. — La suppuration du rein est aussi une terminaison fort grave ; le pus peut se faire jour, ou par la vessie, ou par une autre partie. 463 et suiv. Le pronostic des abcès des reins est toujours fort grave. 465. — Ces abcès seront toujours ouverts de bonne heure. 466. — Lorsque l'on connaît le lieu où l'ouverture de ces abcès doit être faite, on peut la pratiquer avec le bistouri ou avec la potasse caustique. 466 et suiv. — La plupart des auteurs ont confondu à tort les abcès des reins avec les collections purulentes qui se forment dans le tissu cellulaire qui enveloppe ces organes. VIII, 467. Quand le pus se fait jour à travers les voies urinaires, la maladie devient alors un ulcère du rein. 467. — Le diagnostic de cet ulcère est en général fort difficile. 467 et suiv. — Le traitement de ces ulcères doit être subordonné aux accidens dont ils sont accompagnés. 468 et suiv. — Les abcès des reins, lorsqu'ils se font jour au dehors, donnent souvent naissance à des fistules, le plus ordinairement entretenues par la présence d'un calcul. 469. — L'induration squirrheuse des reins à la suite de la néphrite est une chose extrêmement rare. VIII, 469 et suiv.
- REINS (abcès des).**— Voy. plus haut Inflammation des reins.
- REINS (ulcères des).**— Voy. plus haut Inflammation des reins.
- REINS (tumeurs des).**— On comprend sous ce titre toutes les affections des reins dans lesquelles le volume de ces organes est plus ou moins

augmenté. VIII, 470. — Ces tumeurs diffèrent entre elles, par rapport aux altérations qu'elles produisent, à la matière qu'elles contiennent, et aux phénomènes dont elles sont accompagnées. 470 — Histoires de maladies avec ouverture de corps, relatives à diverses tumeurs des reins. 470 et suiv. — Les tumeurs des reins se sont développées quelquefois à la suite d'un coup ou d'une chute sur le flanc; d'autres fois elles sont survenues après une métastase rhumatismale, dartreuse, etc. VIII, 484. — Le *diagnostic* de ces tumeurs présente toujours beaucoup d'obscurité: *signes* tirés des symptômes locaux et des symptômes généraux. 484 et suiv. — Ces tumeurs sont au-dessus de toutes les ressources de l'art et font constamment périr les malades. 485. — Dans leur traitement on ne doit s'attacher qu'à combattre les accidens par des remèdes appropriés à leur nature: lorsque la tumeur est très-volumineuse et que l'on y sent bien distinctement la fluctuation d'un liquide, on peut lui donner issue en pratiquant la ponction. VIII, 485 et suiv.

**REINS** (*calculs des*). — Les calculs des reins présentent de nombreuses variétés relativement à leur siège, à leur nombre et à leur volume. VIII, 486 et suiv. — Ils diffèrent aussi entre eux à raison de leur couleur, de leur densité, de leur structure et de leur nature. 487. — Les causes qui prédisposent aux calculs rénaux sont très-difficiles, et le plus souvent impossibles à déterminer; examen des causes assignées par les auteurs. 487 et suiv. — Les calculs produisent des effets différens sur les reins, suivant leur volume, leur figure et leur situation. 488 et suiv. — Les signes qui annoncent des calculs dans les reins offrent souvent beaucoup d'incertitude: ils peuvent y exister sans

manifester leur présence par aucun symptôme particulier: *symptômes* locaux et généraux qu'ils déterminent le plus souvent. VIII, 489 et suiv. — Le rhumatisme lombaire peut, par sa violence et son mode d'invasion, être pris quelquefois pour un accès de néphrite calculeuse. 493. — Les diverses affections des reins ou des organes qui les avoisinent peuvent, dans certains cas, donner naissance aux mêmes symptômes. 493 et suiv. — La durée des accès de néphrite calculeuse est très-variable: ils cessent quelquefois au bout d'une ou de plusieurs heures, d'autres fois ils se prolongent pendant plusieurs jours. 494 et suiv. — La présence des calculs dans les reins produit quelquefois dans la région lombaire une tumeur dans laquelle on sent de la fluctuation. 495. — La néphrite calculeuse est toujours une maladie grave; mais elle l'est plus ou moins suivant l'âge et la constitution des sujets. — *Symptômes* et accidens dont elle est accompagnée. 495 et suiv. — Le *traitement* des calculs rénaux consiste: 1° à calmer les douleurs et les autres symptômes causés par leur présence; 2° à empêcher leur accroissement et même à diminuer leur volume s'il est possible; 3° à les expulser des reins et des voies urinaires. VIII, 496 et suiv. — Plusieurs auteurs ont proposé la néphrotomie pour extraire ces pierres: examen critique des chances de cette opération et des moyens de la pratiquer. 499 et suiv. — La néphrotomie peut être pratiquée lorsque la pierre a déterminé la suppuration des reins et qu'il se forme un abcès aux environs des lombes. VIII, 500. — La plupart des abcès produits par les pierres des reins ont deux foyers distincts, l'un primitif, l'autre extérieur et consécutif; mécanisme de leur formation. 501 et suiv. — *Signes* aux-

quels on peut reconnaître une collection purulente intérieure, et conduite du chirurgien dans ce cas. 502 et suiv. — Souvent plusieurs abcès se succèdent et déterminent des accidens plus ou moins graves. 506. — A la suite des abcès des reins il reste souvent des fistules entretenues par la présence des pierres qui n'ont point encore été entraînées par la suppuration. 507. — Dans le traitement de ces fistules on doit s'attacher à entretenir la sortie libre du pus et des corps étrangers. 507 et suiv. — Remèdes internes conseillés pour empêcher la récurrence de la néphrite. 508 et suiv. — Remèdes internes et externes conseillés pour favoriser l'expulsion des calculs d'un petit volume. VIII, 509 et suiv.

**REINS (vers des).**—Ces vers se rencontrent assez fréquemment dans les reins : observations de ce genre rapportées par divers auteurs. VIII, 510 et suiv.—Il est aussi difficile d'expliquer l'origine de ces vers et les causes de leur formation, que d'en établir le diagnostic. 512 et suiv.—L'expulsion avec les urines d'un ou de plusieurs vers, est le seul signe auquel on puisse reconnaître la présence de ces entozoaires dans le rein. 513 et suiv.—Indication des espèces de vers qui peuvent exister dans les reins. 514 et suiv.—Ces vers se frayent une route au dehors, non seulement par l'urètre, mais encore par des abcès qui peuvent se former dans la région des lombes. 518.—Après l'ouverture des abcès du rein, il arrive quelquefois que la présence de ces vers entretient une fistule lombaire. 519 et suiv.—La médecine n'offre aucune ressource directe contre les vers qui peuvent se trouver dans les reins ou dans les voies de l'urine. VIII, 520 et suiv.

**REINS (fistules des).**—Voy. plus haut Calculs, Vers des reins.

**REINS (hydatides des).**—Les auteurs ont admis deux espèces d'hydatides rénales. La première, qui a été nommée kyste hydatiforme, n'est autre chose qu'un kyste séreux situé dans l'épaisseur de la membrane propre du rein; la seconde dans des vésicules isolées ou réunies, qui sont regardées comme des êtres animés. VIII, 521. — Les kystes hydatiformes sont assez communs et se rencontrent principalement sur les reins des vieillards : caractères anatomiques de cette espèce de kyste. 521 et suiv.—Description anatomique des hydatides proprement dites, qui se rencontrent dans les reins. 522 et suiv.—Les hydatides des reins sont très-rare, elles se voient dans le bassin, dans les calices, dans l'uretère ou dans la vessie. 527.—Nature des accidens que leur présence peut déterminer, difficulté souvent insurmontable du diagnostic. 528.—Le pronostic des hydatides des reins est très-fâcheux : presque toujours la présence de ces vers dans les voies urinaires donne lieu à des altérations organiques qui font périr les malades. 528 et suiv.—Dans le traitement on doit avoir pour objet de combattre les accidens causés par la présence des hydatides, de favoriser leur sortie et d'empêcher qu'il ne s'en forme de nouvelles. VIII, 529 et suiv.

**RENVERSEMENT (de la matrice).**—Voy. Matrice.

**RENVERSEMENT (du rectum).**—Voy. Rectum.

**RENVERSEMENT (du vagin).**—Voy. Vagin.

**RENVERSEMENT (de la membrane interne de la vessie et de l'urètre).**—Voy. Vessie.

**RÉPERCUSSIFS (remèdes).**—Sont au nombre des topiques.—Leur mode

d'action. — Conviennent dans les inflammations modérées qui dépendent d'une cause externe. — Font avorter la maladie. — Arrêtent l'inflammation consécutive aux brûlures légères. — Sont dangereux dans certains cas. — Peuvent produire des métastases, des gangrènes, l'induration. — S'emploient sous forme liquide ou sous forme de cataplasme. I, 43 et suiv. — Conseillés dans les violentes contusions. I, 124. — Dans les trois degrés de la brûlure. I, 165 et suiv. — Doivent être soigneusement évités dans le traitement de l'érysipèle par cause interne. II, 20.

**RÉPERCUSSION.** — D'une maladie cutanée, peut déterminer le tétanos. I, 287.

**RÉSECTION DES OS.** — A été indiquée par Hippocrate et surtout par Paul d'Égine. — A d'abord été pratiquée pour la carie de l'extrémité supérieure de l'humérus, et ensuite a été mise en usage pour celle du coude et pour la plupart des autres articulations ginglymoïdales. — Withe, Vigarous et David ont les premiers pratiqué la résection de l'extrémité supérieure de l'humérus. Cette opération semble à l'auteur devoir être toujours préférée à l'amputation du bras dans l'article : procédés opératoires mis en usage par ces divers chirurgiens. IV, 555 et suiv. — Withe et Vermandois conseillent de faire la résection du fémur dans le cas de luxation spontanée de cet os : cette opération est blâmée par l'auteur. — Park a conseillé et pratiqué avec succès la résection des os du genou dans un cas de tumeur blanche de l'articulation ; son exemple a été suivi par Vermandois, les Moreau et Champion : cette opération est blâmée par l'auteur, qui préfère, dans ce cas, l'amputation au-dessus de l'articulation. — Procédés opératoires pour la résection

des articulations huméro-éubitale, tibio-fémorale, tibio tarsienne. — Résection du poignet pratiquée avec succès par Moreau ; procédés opératoires conseillés par Roux. IV, 541 et suiv.

**RÉSOLUTIFS (remèdes topiques).** — Associés avec avantage aux émoulliens. — Peuvent quelquefois renouveler l'inflammation des glandes ; doivent être employés seuls lorsque l'inflammation y est complètement dissipée. I, 49, I, 50. — Conseillés dans les contusions violentes. I, 124, I, 344, I, 345.

**RÉSOLUTION.** — L'une des terminaisons de l'inflammation. — Sa définition. — Est distinguée de la délitescence. — Ses phénomènes. — Est la terminaison la plus favorable de l'inflammation. — Dangereuse dans certaines fièvres malignes et pestilentielles. — Epoque variables auxquelles elle a lieu. I, 25 et suiv.

**RÉTENTION D'URINE.** — Etat dans lequel l'urine accumulée dans la vessie ne peut être expulsée. IX, 108. — A été distinguée suivant ses degrés en dysurie, en strangurie, et en ischurie. 108. — A encore été distinguée en rénale, urétérique, vésicale et urétrale. 108. — Les causes de la rétention d'urine sont nombreuses et variées. — Mode d'action de ces causes. 108 et suiv. — Chez la femme, la rétention d'urine peut dépendre de l'état de grossesse ou de l'accouchement. — La distension des parois de la vessie est le résultat immédiat de l'accumulation de l'urine dans ce viscère : cette distension peut être énorme. IX, 111 et suiv. — Le début de la maladie est tantôt subit, tantôt lent et gradué. 114 et suiv. — Signes rationnels et sensibles de la rétention d'urine. 115 et suiv. — En général cette maladie est fort grave et exige de très-prompts secours. 117 et suiv. — Le traitement consiste à favoriser l'expulsion du

liquide en détruisant la cause qui le retient, et à évacuer l'urine par le cathétérisme ou la ponction, quand ces moyens sont insuffisants. IX, 118.

— *Cathétérisme*. — Opération qui consiste à introduire par l'urètre une sonde dans la vessie, pour donner issue à l'urine, explorer la cavité de ce viscère, y faire des injections, etc. IX, 118. — L'instrument dont on se sert pour cette opération a reçu le nom de cathéter, algalie ou sonde. 118 et suiv. — Les sondes sont de deux espèces, les unes solides, les autres flexibles. 119. — La longueur et la grosseur des sondes doivent être proportionnées à l'âge du malade, à la longueur et au diamètre de l'urètre. 119 et suiv. — Description des sondes employées pour l'homme et pour la femme. 120 et suiv. — Sondes à double courbure, 122 et suiv. — Sondes flexible seules propres à être laissées à demeure dans la vessie. 123 et suiv. — Description et usages des sondes flexibles inventées jusqu'à ce jour. 124 et suiv. — Choix du cathéter, relatif à l'âge du sujet, à son sexe et à la nature de la maladie qui réclame l'emploi du cathétérisme. 130 et suiv. — Il y a deux manières d'introduire la sonde dans la vessie des hommes, savoir : par-dessus et par-dessous le ventre : cette dernière méthode a reçu le nom de *tour du maître*. — Description du procédé opératoire pour sonder suivant l'une ou l'autre méthode. IX, 131 et suiv. — Manière de fixer la sonde dans la vessie. 137 et suiv. — Le cathétérisme chez la femme n'offre aucune difficulté. IX, 142 et suiv. — Quand le cathétérisme est impossible, il faut avoir recours à la ponction de la vessie.

— *Ponction de la vessie*. — Cette opération peut être pratiquée en trois endroits différens, au-dessus du pubis, au périnée et au rectum.

IX, 144. — Description anatomique relative à la ponction au-dessus du pubis : cette opération a été pratiquée pour la première fois par Méry. 145 et suiv. — Cette opération doit être faite à la ligne blanche, environ un pouce au-dessus de la symphyse des os pubis : description des instrumens employés pour la pratiquer. 146 et suiv. — Époque jusqu'à laquelle on doit laisser la canule dans la vessie : nature des instrumens qu'on peut lui substituer. 151. — Histoires de maladies relatives à la ponction de la vessie au-dessus du pubis, dans le cas de rétention d'urine. 152. — Avantages de la ponction de la vessie au-dessus du pubis. IX, 153 et suiv. — Manière de pratiquer la ponction de la vessie par le périnée : instrumens dont on se sert pour cette opération : modifications proposées par l'auteur. IX, 155 et suiv. — La possibilité de faire la ponction de la vessie par le rectum, sans intéresser le péritoine, est fondée sur les rapports anatomiques de ces parties entre elles. 157 et suiv. — Situation du malade pour cette opération ; instrumens employés par le chirurgien ; procédé opératoire ; manière de fixer la canule. 158 et suiv. — Circonstances dans lesquelles il serait dangereux de pratiquer par cette méthode la ponction de la vessie. 160 et suiv. — Procédé des anciens pour remédier aux accidens de la rétention d'urine quand ils ne pouvaient pas exécuter le cathétérisme. IX, 162 et suiv. — Chez les femmes la ponction de la vessie s'exécute de même que chez les hommes au-dessus du pubis et par le vagin. IX, 163.

RÉTENTION D'URINE (*causée par la paralysie de la vessie*). — Cette paralysie, très-commune chez les vieillards, peut survenir à tout âge, à la suite des maladies des centres ou des conducteurs nerveux. IX, 164 et suiv.

— *Signes diagnostiques*: tirés de la distension de la vessie et de l'écoulement de l'urine goutte à goutte. 165.

— La distension forcée et prolongée des fibres musculaires de la vessie en amène quelquefois la paralysie : circonstances dans lesquelles cette distension peut avoir lieu. 166 et suiv. — L'inflammation de la vessie est aussi une cause fréquente et dangereuse de rétention d'urine. 169.

— Le même accident peut être un symptôme des fièvres ataxiques et adynamiques. 169 et suiv. — On a vu la paralysie de la vessie être la suite de la masturbation et du coït. 170 et suiv. — La rétention d'urine, chez les vieillards, se forme d'une manière lente et graduée : chez les adultes au contraire, elle apparaît subitement. 172 et suiv.

— Symptômes locaux et généraux de la maladie, indépendamment des causes qui l'ont produite. IX, 173 et suiv. — Observations de maladies y relatives, rapportées par Murray et Franck. 174 et suiv. — Il est rare que la paralysie de la vessie et la rétention qui en résultent, soient accompagnées d'accidens fâcheux. 177. — On peut prévenir et même guérir cette paralysie lorsqu'elle est commençante. 177 et suiv. — Lorsque l'urine s'accumule dans la vessie et n'en peut être expulsée, il faut très-promptement avoir recours au cathétérisme, laisser la sonde à demeure, et traiter les complications de la maladie. IX, 178 et suiv. — Le temps où la vessie recouvre la faculté de se contracter varie beaucoup. 182. — Injections toniques conseillées pour rétablir la faculté contractile de la vessie. — Le catarrhe de la vessie vient se joindre quelquefois à la paralysie de ce viscère. IX, 182 et suiv.

— Symptômes locaux et généraux de la maladie, indépendamment des causes qui l'ont produite. IX, 173 et suiv. — Observations de maladies y relatives, rapportées par Murray et Franck. 174 et suiv. — Il est rare que la paralysie de la vessie et la rétention qui en résultent, soient accompagnées d'accidens fâcheux. 177. — On peut prévenir et même guérir cette paralysie lorsqu'elle est commençante. 177 et suiv. — Lorsque l'urine s'accumule dans la vessie et n'en peut être expulsée, il faut très-promptement avoir recours au cathétérisme, laisser la sonde à demeure, et traiter les complications de la maladie. IX, 178 et suiv. — Le temps où la vessie recouvre la faculté de se contracter varie beaucoup. 182. — Injections toniques conseillées pour rétablir la faculté contractile de la vessie. — Le catarrhe de la vessie vient se joindre quelquefois à la paralysie de ce viscère. IX, 182 et suiv.

— Symptômes locaux et généraux de la maladie, indépendamment des causes qui l'ont produite. IX, 173 et suiv. — Observations de maladies y relatives, rapportées par Murray et Franck. 174 et suiv. — Il est rare que la paralysie de la vessie et la rétention qui en résultent, soient accompagnées d'accidens fâcheux. 177. — On peut prévenir et même guérir cette paralysie lorsqu'elle est commençante. 177 et suiv. — Lorsque l'urine s'accumule dans la vessie et n'en peut être expulsée, il faut très-promptement avoir recours au cathétérisme, laisser la sonde à demeure, et traiter les complications de la maladie. IX, 178 et suiv. — Le temps où la vessie recouvre la faculté de se contracter varie beaucoup. 182. — Injections toniques conseillées pour rétablir la faculté contractile de la vessie. — Le catarrhe de la vessie vient se joindre quelquefois à la paralysie de ce viscère. IX, 182 et suiv.

— Symptômes locaux et généraux de la maladie, indépendamment des causes qui l'ont produite. IX, 173 et suiv. — Observations de maladies y relatives, rapportées par Murray et Franck. 174 et suiv. — Il est rare que la paralysie de la vessie et la rétention qui en résultent, soient accompagnées d'accidens fâcheux. 177. — On peut prévenir et même guérir cette paralysie lorsqu'elle est commençante. 177 et suiv. — Lorsque l'urine s'accumule dans la vessie et n'en peut être expulsée, il faut très-promptement avoir recours au cathétérisme, laisser la sonde à demeure, et traiter les complications de la maladie. IX, 178 et suiv. — Le temps où la vessie recouvre la faculté de se contracter varie beaucoup. 182. — Injections toniques conseillées pour rétablir la faculté contractile de la vessie. — Le catarrhe de la vessie vient se joindre quelquefois à la paralysie de ce viscère. IX, 182 et suiv.

— Symptômes locaux et généraux de la maladie, indépendamment des causes qui l'ont produite. IX, 173 et suiv. — Observations de maladies y relatives, rapportées par Murray et Franck. 174 et suiv. — Il est rare que la paralysie de la vessie et la rétention qui en résultent, soient accompagnées d'accidens fâcheux. 177. — On peut prévenir et même guérir cette paralysie lorsqu'elle est commençante. 177 et suiv. — Lorsque l'urine s'accumule dans la vessie et n'en peut être expulsée, il faut très-promptement avoir recours au cathétérisme, laisser la sonde à demeure, et traiter les complications de la maladie. IX, 178 et suiv. — Le temps où la vessie recouvre la faculté de se contracter varie beaucoup. 182. — Injections toniques conseillées pour rétablir la faculté contractile de la vessie. — Le catarrhe de la vessie vient se joindre quelquefois à la paralysie de ce viscère. IX, 182 et suiv.

— Symptômes locaux et généraux de la maladie, indépendamment des causes qui l'ont produite. IX, 173 et suiv. — Observations de maladies y relatives, rapportées par Murray et Franck. 174 et suiv. — Il est rare que la paralysie de la vessie et la rétention qui en résultent, soient accompagnées d'accidens fâcheux. 177. — On peut prévenir et même guérir cette paralysie lorsqu'elle est commençante. 177 et suiv. — Lorsque l'urine s'accumule dans la vessie et n'en peut être expulsée, il faut très-promptement avoir recours au cathétérisme, laisser la sonde à demeure, et traiter les complications de la maladie. IX, 178 et suiv. — Le temps où la vessie recouvre la faculté de se contracter varie beaucoup. 182. — Injections toniques conseillées pour rétablir la faculté contractile de la vessie. — Le catarrhe de la vessie vient se joindre quelquefois à la paralysie de ce viscère. IX, 182 et suiv.

— Symptômes locaux et généraux de la maladie, indépendamment des causes qui l'ont produite. IX, 173 et suiv. — Observations de maladies y relatives, rapportées par Murray et Franck. 174 et suiv. — Il est rare que la paralysie de la vessie et la rétention qui en résultent, soient accompagnées d'accidens fâcheux. 177. — On peut prévenir et même guérir cette paralysie lorsqu'elle est commençante. 177 et suiv. — Lorsque l'urine s'accumule dans la vessie et n'en peut être expulsée, il faut très-promptement avoir recours au cathétérisme, laisser la sonde à demeure, et traiter les complications de la maladie. IX, 178 et suiv. — Le temps où la vessie recouvre la faculté de se contracter varie beaucoup. 182. — Injections toniques conseillées pour rétablir la faculté contractile de la vessie. — Le catarrhe de la vessie vient se joindre quelquefois à la paralysie de ce viscère. IX, 182 et suiv.

que celle du corps de ce viscère : effets de cette inflammation. IX, 184 et suiv. — Moyens conseillés par les auteurs pour combattre cette inflammation et la rétention d'urine qui en est l'effet. 185 et s.

**RÉTENTION D'URINE** (*causée par la tuméfaction de la prostate*). — La prostate ne peut se tuméfier sans gêner le cours de l'urine. IX, 186. — Symptômes de l'inflammation de cette glande. 186 et suiv. — Le gonflement inflammatoire de la prostate peut se terminer par résolution ou par suppuration. 187 et suiv. — Signes auxquels on reconnaît que la rétention d'urine est entretenue par le gonflement de la prostate en suppuration. 188 et suiv. — Les suites de la suppuration de la prostate sont différentes suivant la manière d'être du pus. — Histoires de maladies y relatives. IX, 189 et suiv. — La tuméfaction de la prostate qui donne lieu à la rétention d'urine est quelquefois fongueuse ; mais le plus souvent elle est squirrheuse. 193 et suiv. — Caractères anatomiques des polypes de la prostate. 194 et suiv. — Signes auxquels on parvient à reconnaître l'engorgement squirrheux de la prostate. 195 et suiv. — L'engorgement squirrheux de la prostate peut être guéri lorsqu'il est récent et qu'il tient à un vice syphilitique. IX, 196. — Symptômes de la rétention d'urine causée par l'inflammation de la prostate : *traitement* à lui opposer. IX, 196 et suiv.

**RÉTENTION D'URINE** (*causée par la tuméfaction de la prostate*). — La prostate ne peut se tuméfier sans gêner le cours de l'urine. IX, 186. — Symptômes de l'inflammation de cette glande. 186 et suiv. — Le gonflement inflammatoire de la prostate peut se terminer par résolution ou par suppuration. 187 et suiv. — Signes auxquels on reconnaît que la rétention d'urine est entretenue par le gonflement de la prostate en suppuration. 188 et suiv. — Les suites de la suppuration de la prostate sont différentes suivant la manière d'être du pus. — Histoires de maladies y relatives. IX, 189 et suiv. — La tuméfaction de la prostate qui donne lieu à la rétention d'urine est quelquefois fongueuse ; mais le plus souvent elle est squirrheuse. 193 et suiv. — Caractères anatomiques des polypes de la prostate. 194 et suiv. — Signes auxquels on parvient à reconnaître l'engorgement squirrheux de la prostate. 195 et suiv. — L'engorgement squirrheux de la prostate peut être guéri lorsqu'il est récent et qu'il tient à un vice syphilitique. IX, 196. — Symptômes de la rétention d'urine causée par l'inflammation de la prostate : *traitement* à lui opposer. IX, 196 et suiv.

**RÉTENTION D'URINE** (*causée par le rétrécissement de l'urètre*). — IX, 198. — Le rétrécissement de l'urètre est une des causes les plus communes de la rétention d'urine, et est lui-même le plus souvent produit par une blennorrhagie. 198. — Il a lieu dans un seul ou dans plusieurs endroits. 198 et suiv. — Les auteurs ne sont pas d'accord sur les causes prochaines et immédiates du rétrécissement de l'urètre à la suite

**RÉTENTION D'URINE** (*causée par le rétrécissement de l'urètre*). — IX, 198. — Le rétrécissement de l'urètre est une des causes les plus communes de la rétention d'urine, et est lui-même le plus souvent produit par une blennorrhagie. 198. — Il a lieu dans un seul ou dans plusieurs endroits. 198 et suiv. — Les auteurs ne sont pas d'accord sur les causes prochaines et immédiates du rétrécissement de l'urètre à la suite

**RÉTENTION D'URINE** (*causée par le rétrécissement de l'urètre*). — IX, 198. — Le rétrécissement de l'urètre est une des causes les plus communes de la rétention d'urine, et est lui-même le plus souvent produit par une blennorrhagie. 198. — Il a lieu dans un seul ou dans plusieurs endroits. 198 et suiv. — Les auteurs ne sont pas d'accord sur les causes prochaines et immédiates du rétrécissement de l'urètre à la suite

**RÉTENTION D'URINE** (*causée par le rétrécissement de l'urètre*). — IX, 198. — Le rétrécissement de l'urètre est une des causes les plus communes de la rétention d'urine, et est lui-même le plus souvent produit par une blennorrhagie. 198. — Il a lieu dans un seul ou dans plusieurs endroits. 198 et suiv. — Les auteurs ne sont pas d'accord sur les causes prochaines et immédiates du rétrécissement de l'urètre à la suite

**RÉTENTION D'URINE** (*causée par le rétrécissement de l'urètre*). — IX, 198. — Le rétrécissement de l'urètre est une des causes les plus communes de la rétention d'urine, et est lui-même le plus souvent produit par une blennorrhagie. 198. — Il a lieu dans un seul ou dans plusieurs endroits. 198 et suiv. — Les auteurs ne sont pas d'accord sur les causes prochaines et immédiates du rétrécissement de l'urètre à la suite

**RÉTENTION D'URINE** (*causée par le rétrécissement de l'urètre*). — IX, 198. — Le rétrécissement de l'urètre est une des causes les plus communes de la rétention d'urine, et est lui-même le plus souvent produit par une blennorrhagie. 198. — Il a lieu dans un seul ou dans plusieurs endroits. 198 et suiv. — Les auteurs ne sont pas d'accord sur les causes prochaines et immédiates du rétrécissement de l'urètre à la suite

**RÉTENTION D'URINE** (*causée par le rétrécissement de l'urètre*). — IX, 198. — Le rétrécissement de l'urètre est une des causes les plus communes de la rétention d'urine, et est lui-même le plus souvent produit par une blennorrhagie. 198. — Il a lieu dans un seul ou dans plusieurs endroits. 198 et suiv. — Les auteurs ne sont pas d'accord sur les causes prochaines et immédiates du rétrécissement de l'urètre à la suite

**RÉTENTION D'URINE** (*causée par l'inflammation du col de la vessie*). — L'inflammation du col de la vessie est presque toujours plus fréquente

de la blennorrhagie. 199 et suiv. — Le rétrécissement de l'urètre par resserrement ou constriction est beaucoup plus rare que le précédent. IX, 200. — On ne doit pas confondre le resserrement chronique avec la constriction spasmodique de l'urètre. 201 et suiv. — Cette maladie a ordinairement une marche fort lente. 202. — Symptômes de cette rétention d'urine à laquelle on a donné le nom de stranguerie vénérienne. 202 et suiv. — Le rétrécissement de l'urètre donne souvent lieu à une crevasse du canal entre l'obstacle et le col de la vessie. 205. — Dans son principe le rétrécissement de l'urètre est guéri aisément par l'emploi des bougies. IX, 205 et suiv. — Nature des sondes qu'il convient d'employer dans le traitement de cette maladie. 206 et suiv. — Mode d'introduction des bougies, manière de les maintenir. 212 et suiv. — Le temps que la bougie doit rester dans l'urètre est subordonné au degré de sensibilité de ce canal. 215 et suiv. — L'urètre, lorsqu'il a été une fois rétréci, conserve une grande tendance à se rétrécir de nouveau. 218. — Lorsque le rétrécissement est si considérable que les bougies les plus minces, poussées avec toute la force que la prudence permet d'employer, ne peuvent les franchir, on peut tenter la cure de la maladie en déterminant la cure du rétrécissement au moyen des bougies, en le détruisant avec des caustiques, ou en le forçant avec une sonde métallique. IX, 218 et suiv. — Procédés des anciens pour détruire les carnosités de l'urètre. 221 et suiv. — Description et usages de la canule porte-caustique de Jean Hunter. 222 et suiv. — Examen critique de ce procédé par l'auteur. 224 et suiv. — Modification apportée au procédé de Hunter par Évérard Home. 226 et suiv. — Sonde métallique et ca-

thétérisme forcé préférés par l'auteur à ces différents moyens. 227 et suiv. — Sonde à bouton aigu d'Ambroise Paré. 229. — Sonde à dard de la Faye. 229 et suiv. — Sondes coniques employées et préférées par l'auteur : avantages de cette méthode : description du procédé opératoire de l'auteur pour l'introduction de cette espèce de sonde. IX, 231 et suiv. — Manière de fixer la sonde une fois introduite et de la remplacer. 235 et suiv. — Le rétrécissement de l'urètre peut subsister pendant long-temps sans produire aucun accident grave. 237. — La moindre cause suffit pour donner lieu à la rétention complète de l'urine chez les personnes dont l'urètre est considérablement rétréci. 237 et suiv. — Cette espèce de rétention d'urine est très-dangereuse et demande des secours prompts et efficaces. *Traitement.* 238 et suiv. — L'usage prolongé des sondes de gomme élastique donne lieu quelquefois à des accidens graves et notamment à la perforation de la vessie ; histoire de maladie y relative. IX, 239 et suiv.

RÉTINE (*altérations organiques de la*). — Morgagni trouva une rétine osseuse en disséquant le cadavre d'un homme borgne de l'œil droit. — Haller et Scarpa citent une observation analogue. V, 452 et suiv., V, 456 et suiv.

RÉTRACTION. — Assez considérable dans les artères, lorsqu'elles ont été entièrement divisées transversalement. I, 248.

RÉTRÉCISSEMENT de l'anüs. — Voyez Anüs.

RÉTROVERSION de la matrice. — Voyez Matrice.

RÉUNION des plaies par première intention. — Première indication curative des plaies simples. — Cas dans lesquels on doit la tenter. — Conditions de cette réunion. — Peut avoir lieu dans des cas inespérés. — Temps

que la nature emploie pour l'opérer. — Moyens que l'art met en usage pour l'obtenir. I, 183 et suiv. — La réunion ne doit pas être confondue avec la consolidation. I, 204, I, 205.

**RÉVULSIVE (saignée).** — Ce qu'on doit entendre par ce mot. — Utile dans certains cas. I, 40.

**RHUMATISMAL (vice).** — Peut produire les abcès froids. I, 71. — La carie des vertèbres. I, 86.

**ROTULE (fracture de la).** — Est presque toujours transversale, rarement oblique, plus rarement encore longitudinale, quelquefois comminutive. — Les fractures longitudinales et comminutives dépendent toujours d'une violence extérieure; la fracture transversale est le plus ordinairement produite par la contraction violente des muscles extenseurs de la jambe. — Le déplacement existe toujours, et est d'autant plus considérable que la fracture est plus transversale. — *Diagnostic*: toujours facile: progression en avant impossible, séparation considérable des fragmens, crépitation. — *Pronostic* peu fâcheux, à moins de lésion de l'articulation; réunion regardée comme impossible par quelques auteurs; cette opinion est réfutée par l'auteur. III, 322 et suiv., III, 325 et suiv. *Traitement*: réduction très-facile, difficulté à maintenir les fragmens en contact. — Consolidation lente par l'intermédiaire d'un tissu cellulo-fibreux. — Traitement des complications; inflammation de l'articulation; plaies, etc., etc. — Appareils divers inventés pour maintenir les fragmens en contact. — Attelles postérieures de Desault. — Bandage unissant des plaies en travers. — Bandage unissant modifié par l'auteur. III, 331 et suiv., III, 334 et suiv.

**ROTULE (luxations de la).** — Ne peuvent avoir lieu qu'en dedans et en dehors, et par l'effet d'une force

extérieure, ou par suite du relâchement excessif des ligamens. — La luxation en dehors est la plus fréquente; causes de ce phénomène. — Peuvent être complètes ou incomplètes. — Les luxations complètes sont fort rares. — *Causes*: puissance extérieure agissant sur l'un des côtés de la rotule, pendant que la jambe est étendue ou médiocrement fléchie. — *Signes diagnostiques*: la jambe est étendue et ne peut être fléchie; déformation du genou; saillie à travers les tégumens du bord interne ou externe de la poulie articulaire. — *Pronostic*: en général favorable, à moins qu'il n'y ait en même temps forte contusion de l'articulation, ou que la luxation ne soit complète: dans le cas où la luxation ne serait pas réduite, les mouvemens de flexion de la jambe resteraient impossibles ou très-difficiles. — *Traitement*: la réduction sera tentée le plus tôt possible: après avoir mis les ligamens de la rotule dans le plus grand relâchement possible, le chirurgien la repoussera avec force vers la surface qu'elle avait abandonnée; lorsque la luxation est réduite on prescrit le repos au malade, et on applique sur le genou des liquéurs résolutives ou des topiques émolliens. IV, 347 et suiv. — Histoires de luxations de la rotule rapportées par l'auteur. IV, 356 et suiv.

**ROTULE (rupture du ligament de la).** Il faut, pour que cette rupture ait lieu, le concours simultané d'une violence extérieure, et de la contraction des muscles extenseurs de la jambe. Fait de ce genre rapporté par l'auteur. II, 116 et suiv. — Le ligament de la rotule peut se rompre dans sa continuité, où bien l'une ou l'autre de ses extrémités peut se séparer de l'os auquel elle est attachée. 119 et suiv. — Dans le traitement de cette maladie, on doit avoir pour objet de mettre en contact les parties

divisées et de les y maintenir pendant tout le temps nécessaire à leur consolidation. 120 et suiv. — La division transversale du ligament de la rotule par un instrument tranchant, présente les mêmes indications que la rupture de ce ligament, et doit être traitée de la même manière. II, 121 et suiv.

**ROUGEUR.** — Phénomène constant de l'inflammation. — Ses causes. — Sa gradation. — Ses variétés. I, 16 et suiv. — Indique la gangrène quand elle passe promptement au violet et au noir. I, 111. — Indique la ligne de démarcation entre les parties vivantes et celles qui sont gangrenées. I, 117.

**ROUX.** — Son procédé pour la suture du voile du palais. VI, 445 et suiv.

**RUGINE.** — Espèce de ratissoire qui sert à découvrir et à gratter les os. — Sa forme. — Ses usages. V, 153.

**RUPTURE des muscles.** — Voy. Muscles.

**RUPTURE des tendons.** — Voy. Tendons.

**RUPTURE du tendon d'Achille.** — Voy. Tendons.

**RUPTURE du tendon du plantaire grêle.** — Voy. Tendons.

**RUPTURE des tendons extenseurs de la jambe.** — Voy. Tendons.

**RUPTURE du ligament rotulien.** — Voy. Rotule.

**RUPTURE du Vagin.** — Voy. Vagin.

## S.

**SABATIER.** — Rapporte un exemple de succès de la méthode de Valsalva, dans un cas d'anévrisme faux consécutif de l'artère axillaire. II, 122.

**SABURRES.** — Sont la cause la plus fréquente de l'érysipèle. II, 10.

**SACRUM (fractures du).** — Ont lieu très-rarement. — Sont toujours extrêmement graves à raison de la commotion de la moelle, et de la contusion des organes contenus dans le bassin. — Le diagnostic est assez facile lorsque l'engorgement inflammatoire n'est pas très-considérable. — Le traitement doit être

surtout dirigé contre les accidents qui surviennent. III, 159, III, 160.

**SAIGNÉE (médication générale).** — Nuisible aux personnes faibles. — Dangereuse dans les inflammations gangréneuses. — Utile dans la plupart des inflammations. — Ses effets, d'autant plus marqués que l'inflammation est plus récente. — Son abondance est relative à l'intensité de l'inflammation, à l'âge, au tempérament, à la force du malade. — Copieuse et rare produit un meilleur effet. — Son mode d'action dans la guérison des inflammations. — Révulsive. — Locale. I, 39, I, 40. — Conseillée dans les violentes contusions. I, 124. — Dans les brûlures au troisième degré. I, 170, I, 171. — Proscrite dans le cours des inflammations gangréneuses. I, 159. — Peut être utile dans l'hémorrhagie. — Son mode d'action dans cette circonstance. I, 275. — Doit être conseillée dans le tétanos quand le malade est pléthorique. I, 296.

**SAIGNÉE (médication locale).** — Les sangsues doivent être en général préférées aux ventouses scarifiées. — Doivent être appliquées aux environs de la partie enflammée. — Raison de ce précepte. — La saignée locale est utile dans les phlegmasies des parties situées sous la peau. — Avantageuse dans le traitement des hémorroïdes : leur mode d'action dans ce cas. — Moins utile que la saignée générale dans l'érysipèle, le phlegmon, les fractures compliquées. I, 40 et suiv.

**SAIGNÉE (opération).** — Consiste à ouvrir un vaisseau sanguin, afin de donner issue à une certaine quantité de sang : se distingue en saignée artérielle ou veineuse, saignée locale ou générale. XI, 246 et suiv. — *Artériotomie.* — Ne se pratique plus qu'à l'artère temporale. — Situation du malade : procédé opératoire. XI, 247 et suiv. — Descrip-

Vion du bandage propre à arrêter l'hémorrhagie. 248 et suiv.

— *Phlébotomie.* — Section d'une veine. — Au tronc, on ne pratique plus que la saignée de la jugulaire. — Des veines du bras et du pied. XI, 249. — Appareil nécessaire pour pratiquer cette opération : ligature ; lancette ; palette ; compresses, bande. 250 et suiv. — Manière de placer la ligature, de tenir la lancette, d'ouvrir la veine, d'arrêter le sang. XI, 252 et suiv.

— *Saignée du bras.* — Description anatomique des veines du bras. XI, 255 et suiv. — La médiane céphalique est celle que l'on doit saigner de préférence. 257 et suiv. — Situation du malade, procédé opératoire. 258 et suiv. — Manière d'arrêter le sang. 262. — Mode de pansement quand on veut retirer du sang dans la même journée. XI, 263 et suiv.

— *Accidens qui peuvent suivre la saignée du bras.* — Ces accidens sont la saignée blanche. XI, 264. — La syncope. 265. — Le trombus. 265. — L'ecchymose. 266 et suiv. — De tous les accidens qui peuvent résulter immédiatement de la saignée du bras, le plus grave est l'ouverture de l'artère brachiale. — Disposition anatomique qui favorise cet accident. — Signes auxquels on le reconnaît. XI, 267 et suiv. — Conduite du chirurgien dans cette circonstance : bandage compressif : machines et appareils inventés pour pratiquer cette compression. 268 et suiv. — L'anévrisme faux, consécutif, et l'anévrisme variqueux, qui surviennent à la suite de la blessure de l'artère brachiale dans la saignée, lorsqu'on a employé la compression, doivent être traités comme les anévrismes en général (*Voy. Anévrisme*). XI, 273. — L'inflammation qui survient quelquefois à la suite de la saignée du bras varie beaucoup, à raison de son étendue

et de son intensité. XI, 273. — Marche et symptômes de cette inflammation. 274. — La piqûre d'un nerf est la cause la plus commune de cette inflammation. 275 et suiv. — *Traitement* de cet accident : antiphlogistiques, émolliens, section complète du nerf. XI, 279 et suiv.

— *Saignée du pied.* — Description anatomique des veines du coude-pied. XI, 283. — Appareil nécessaire pour pratiquer cette saignée. 285 et suiv. — Procédé opératoire, bandage et pansement. 284 et suiv. — Nature des accidens qui peuvent survenir après cette saignée. XI, 286. (*Voyez plus haut.*)

— *Saignée du cou, de la gorge ou de la jugulaire.* — Disposition anatomique des veines du cou. XI, 286 et suiv. — Procédé opératoire, pansement de cette saignée. XI, 287 et suiv.

— *Saignée locale.* — Consiste à ouvrir les vaisseaux capillaires d'une partie quelconque du corps ; se fait au moyen des sangsues et des ventouses scarifiées. XI, 290.

— *Saignée locale par les sangsues.* — Description de la sangsue officinale. XI, 290 et suiv. — Lieux où l'on doit les appliquer relativement aux indications que l'on a à remplir. 295 et suiv. — Situation du malade pour l'application des sangsues. 297. — Manière de préparer la partie où elles doivent mordre, et de disposer ces vers à la succion. 298 et suiv. — Manière de les appliquer. 300 et suiv. — Procédé à suivre pour arrêter l'hémorrhagie ou pour la provoquer. XI, 303 et suiv. — Accidens qui peuvent suivre l'application des sangsues. XI, 306 et suiv.

— *Saignée locale par les ventouses.* — Usage des ventouses. XI, 309. — Leur mécanisme. 309. — Sont distinguées en sèches et en scarifiées. 309. — Description des différentes sortes de ventouses en usage en

- médecine. 310 et suiv. — Elles peuvent être appliquées sur toutes les parties du corps, lorsque la forme de ces parties permet d'y adapter l'ouverture de la ventouse. 311. — But que l'on se propose en les appliquant; circonstances dans lesquelles elles sont utiles. XI, 311 et suiv. — Manière de raréfier l'air dans les ventouses, à l'aide du feu et de la pompe aspirante. 312 et suiv. — Description du scarificateur, son usage, ses avantages. 314 et suiv. — Pansement qui convient après l'application des ventouses scarifiées. XI, 319.
- Saisons.** — Modifient la marche et l'intensité de l'inflammation. I, 5.
- SANG.** — Est altéré par l'inflammation. I, 21. — Son épanchement dans les plaies ou dans une cavité complique douloureusement les plaies. — Moyens de remédier à cette complication. I, 278.
- SANGSUES.** — Voy. Saignée.
- SARCOÈLE.** — Voy. Testicules.
- SARCOMPHALE.** — Amas de graisse ou de matière albumineuse autour des ligamens de l'ombilic. — Cette maladie est extrêmement rare. — Ressemble beaucoup à l'épiploécèle ombilicale. — *Diagnostic différentiel* de ces deux affections. VII, 533. — Les topiques ne conviennent en aucune manière dans le traitement de cette maladie. — L'extirpation seule est praticable. — Histoires de maladies y relatives. VII, 534 et suiv.
- SAVON (emplâtre de).** — Concourt à procurer la résolution des glandes enflammées. I, 49.
- SCARIFICATIONS.** — Employées dans le cas de gangrène, pour favoriser l'action des médicamens antiseptiques. — Proscrites par l'auteur. I, 115 et suiv., I, 152, I, 157. — Proscrites dans l'anthrax malin pestilentiel par Samoelowitz. II, 65, II, 64. — Conseillées par l'auteur dans le traitement de la pustule maligne. II, 76.
- SCARPA.** — Confondit une tumeur fongueuse sanguine accidentelle développée près du genou, avec un anévrisme de l'artère tibiale. II, 275, II, 320. — Modifie avantageusement le procédé de Hunter pour l'opération de l'anévrisme. II, 148.
- SCORBUTIQUE (vice).** — Produit quelquefois la gangrène sèche. I, 146, I, 147. — Retarde la guérison des plaies qui suppurent. I, 259. — Rend les hémorrhagies très-difficiles à arrêter. I, 247. — Favorise le développement de la pourriture d'hôpital. I, 322.
- SCORBUTIQUES (ulcères).** — Voyez Ulcères.
- SEROPHULEUX (vice).** — Produit la carie des vertèbres. I, 86. — Retarde la guérison des plaies qui suppurent. I, 259.
- SCROPHULEUX (ulcères).** — Voy. Ulcères.
- SCROTUM (maladies du).** — Les plaies de cette partie sont fort rares, leurs symptômes et le traitement n'offrent rien de particulier. X, 170. — L'inflammation érysipélateuse du scrotum n'offre rien non plus de particulier, si ce n'est qu'elle se termine quelquefois par gangrène. 170 et suiv. — La gangrène du scrotum est quelquefois la suite d'une violente contusion, et d'autres fois elle succède à l'érysipèle. — Le traitement sera modifié selon la cause qui produit la gangrène. 171 et suiv. — Les ulcères qui s'observent sur le scrotum sont de deux sortes, ou bénins, ou vénériens. — *Traitement* relatif à la nature de ces deux sortes d'ulcères. X, 172 et suiv.
- SCROTUM (œdème du).** — Voy. Hydrocèle.
- SCROTUM (infiltration sanguine du).** — A reçu le nom d'hématocèle. — A lieu quelquefois à la suite de la ponction de l'hydrocèle. — Cette maladie est une véritable ecchymose et se reconnaît aux signes qui caractérisent les ecchymoses

- en général. X, 228. — Le sang s'infiltré aussi quelquefois dans le tissu cellulaire du cordon spermatique, à la suite de la rupture d'une des branches de la veine spermatique. 229 et suiv.
- SCROTUM (éléphantiasis du).** — Tumeur formée par une congestion de sucs lymphatiques, albumineux, et autres, dans le tissu cellulaire du scrotum. X, 399. — Cette tumeur a été improprement appelée sarcocèle. 299. — Examen anatomique de cette tumeur, d'après les observations de Dionis, Larrey, Walther, etc. 299 et suiv. — Ces tumeurs peuvent acquérir un volume énorme. 300 et suiv. — Elles n'ont point leur siège dans les testicules, et ne sont point susceptibles de dégénérescence cancéreuse. 309. — Les causes de ces tumeurs ne sont point connues. 310. — Chopart regarde la cauterisation avec la potasse caustique comme le procédé curatif le plus efficace : l'amputation et l'extirpation sont préférées par l'auteur. X, 310 et suiv.
- SCULTET (bandage de).** — Voy. Bandage.
- SEIGLE ERGOTÉ.** — Est la cause de la gangrène sèche. — Plus abondant dans les années pluvieuses. I, 147, I, 148.
- SEL MARIN.** — Vanté comme résolutif. I, 345, I, 346.
- SÉREUSES (membranes).** — S'enflamment très-facilement. I, 3. — Sont alors le siège d'une exsudation lymphatique, séro-lymphatique, sanguinolente, albumineuse, lactescente. I, 27, I, 28.
- SÉTON.** — Espèce particulière d'exutoire qu'on forme en perçant la peau dans deux endroits correspondans, et qu'on entretient par le moyen d'une bandelette de linge effilé des deux côtés. XI, 321. — Est d'un fréquent usage en chirurgie. 321. — Peut être posé dans toutes les parties du corps où le tissu cellulaire sous-cutané est un peu lâche. 322. — Circonstances dans lesquelles son application est le plus utile. 322 et suiv. — Instrumens et procédé opératoire des anciens pour passer un séton. 326. — Instrumens et procédé opératoire des modernes. 327 et suiv. — Mode de pansement des sétons. XI, 328 et suiv. — Le séton est conseillé pour favoriser la sortie du pus des clapiers. I, 69. — Préconisé pour l'ouverture des grands abcès froids. — Moins avantageux que la ponction. I, 77. — Ne doit pas être employé pour ouvrir les abcès par congestion. I, 94, I, 95. — Le séton a été introduit entre les fragmens d'une articulation contre nature pour obtenir la consolidation de la fracture. — Cette méthode a été employée avec succès par Percy, par Philips et par Isaac Paterson. III, 113 et suiv., III, 114 et suiv.
- SEVERIN (M.-A.)** — Rappelle l'histoire d'une tumeur variqueuse placée sous l'hypogastre, qui ressemblait à une tête de Méduse. II, 144, II, 280. — Prit une tumeur fongueuse accidentelle pour un anévrisme, et parvint à la détruire à l'aide du cautère actuel. II, 271, II, 320.
- SEXE.** — Modifie la marche de l'intensité de l'inflammation. I, 5.
- SINAPISMES.** — Cataplasmes où entre la graine de moutarde pulvérisée. XI, 376. — Manière de composer les sinapismes et de les appliquer. 376 et suiv. — Effets de cette irritation. 378. — On ne doit pas employer indifféremment les sinapismes et les vésicatoires. XI, 379 et suiv.
- SINUS MAXILLAIRE.** — Voy. Maxillaire.
- SINUS FRONTAUX (plaies des).** — Les plaies des sinus frontaux par des instrumens piquans et tranchans, ne présentent aucun danger et aucune indication particulière lors-

qu'elles ne s'étendent point à la partie postérieure du sinus. — Quand cette partie est lésée, la maladie rentre dans la classe des plaies de la tête. (*Voy. ce mot.*) VI, 172 et suiv.

**SINUS FRONTAUX** (*inflammation et suppuration de la membrane muqueuse des*). — Caractères spéciaux de cette inflammation. — Danger des abcès des sinus. — *Traitement* : trépanation du coronal pour donner issue au pus. VI, 174 et suiv.

**SINUS FRONTAUX** (*polypes des*). — Il n'en existe qu'un exemple rapporté par Levret. — La maladie ne peut être guérie que par la trépanation. VI, 176 et suiv.

**SINUS FRONTAUX** (*corps étrangers dans les*). — Observation rapportée par Haller : nature des corps étrangers qui peuvent se développer ou être introduits dans les sinus. — Examen des symptômes auxquels ils donnent naissance. — Présence de vers dans les sinus, leur sortie par les narines. — *Traitement* : la térébration de l'os serait le seul moyen de guérir la maladie. VI, 178 et suiv.

**SITUATION**. — L'un des moyens que l'art emploie pour réunir les lèvres des plaies simples. — En quoi elle consiste. — Dans quel cas il convient de l'employer. — Son extrême utilité. — Doit varier suivant la nature des tissus divisés, suivant le mode de lésion. — Est un auxiliaire des bandages. — Ne remédie qu'incomplètement à l'écartement des lèvres d'une plaie. — Doit être en raison inverse de l'action du muscle divisé. I, 186 et suiv.

**SONDE**. — La sonde qui sert à explorer les corps étrangers dans les plaies d'armes à feu doit être d'un gros calibre. I, 574, I, 576. — *Voy. Rétention d'urine, Vessie.*

**SOURCILS** (*ulcères, boutons, poux des*). — V, 246. V, 247.

**SOURCILS** (*chute des*). — Est ordinairement causée par une brûlure,

une contusion, une plaie avec perte de substance. — *Traitement* : onctions avec un corps gras. — Dans le cas où les sourcils ne repousseraient pas on appliquerait des sourcils artificiels. V, 246, V, 247.

**SOURCILS** (*canitie des*). — Peut causer quelquefois un léger trouble dans la vue en rendant trop vive l'impression de la lumière. V, 247, V, 248.

**SPHACÈLE**. — Distingué de la gangrène proprement dite. — Sa définition. I, 106. — Moyen de reconnaître s'il est borné. I, 112. — Mortel lorsqu'il s'étend jusqu'au tronc. I, 113. — Nécessite l'ablation du membre. — Époque, lieu de l'opération, règles à cet égard. I, 119 et suiv.

**SPINA-BIFIDA**. *Voy. Hydro-rachis.*

**SPINA-VENTOSA**. — Affection des os cylindriques dans laquelle le canal médullaire subit une distension considérable. — Se montre sous deux formes bien distinctes, la première chez les enfans, la seconde chez les adultes. — *Signes diagnostiques de la première espèce* : gonflement dur et fusiforme d'un des os du métacarpe ou des phalanges, douleurs sourdes, distension, déformation, inflammation, ulcération des parties molles environnantes, suppuration abondante, guérison spontanée à l'époque de la puberté. — *Signes diagnostiques de la seconde espèce* : douleurs aiguës, persévérantes, rapportées à la partie la plus profonde du membre ; tumeur dure, croissant rapidement et affectant toute la circonférence de l'os, sensation d'une collection de liquide renfermé dans une cavité osseuse ; inflammation de la peau, suppuration, accroissement et dégénérescence cancéreuse de la tumeur, fièvre hectique, consomption rapide. III, 568 et suiv., III, 575 et suiv. — *Pronostic* : est moins grave dans le spina-ventosa des enfans, et toujours extrême.

mement grave dans le spina-ventosa des adultes. — *Traitement* : sudorifiques vantés par Boerhaave. — Trépanation de l'os; applications de substances irritantes dans la cavité de l'os. — Application du cautère actuel. — Amputation du membre dès que la conservation de la vie est impossible. III, 581 et suiv. III, 587 et suiv.

**SQUIRRE.** — Définition. Offre de nombreuses différences. — Peut s'observer dans toutes les parties du corps. — Affecte plus ordinairement les organes glanduleux, l'utérus. — A rarement lieu pendant la jeunesse, est fréquent chez les femmes lors de la cessation des menstrues. — Son volume varie. Est l'effet d'une diathèse particulière. — *Causes* occasionnelles externes : l'application des topiques répercussifs sur les organes glanduleux enflammés, les violences extérieures, les irritations chroniques. — *Causes* : occasionnelles internes : suppression d'un flux habituel, l'action de certains virus. — *Signes diagnostiques* : tumeur circonscrite, égale, mobile sous la peau, quelquefois douloureuse, envahissant bientôt l'organe dans lequel elle est située, s'accroissant lentement. — A été confondu quelquefois avec une tumeur enkystée. — Est le premier degré du cancer. — Peut demeurer stationnaire et indolent pendant un temps fort long. — Se termine très-rarement par résolution. — *Pronostic* : relatif à l'âge, au tempérament du malade, au siège, à l'ancienneté, aux causes de la maladie. II, 340 et suiv., II, 273 et suiv. — *Traitement* : déterminer si le squirre est susceptible de résolution. — Rechercher les causes internes pour les combattre. — Rappeler les évacuations qui se sont supprimées. — Minoratifs. — Amers. — Ciguë. — *Traitement* topique : émoulinés dans le principe, puis réso-

lutifs et fondans. — Lorsque le traitement est inutile, faire l'ablation de la tumeur. — Cette opération ne préserve pas des récidives. II, 346 et suiv., II, 284 et suiv.

**STAPHYLÔME (de la cornée, de l'iris).** — Voy. Cornée, Iris.

**STÉATÔME.** — Nom donné aux loupes non enkystées formées par de la graisse dégénérée. — Doit être distingué du lipôme. — Peut dégénérer quelquefois en cancer. II, 406 et suiv., II, 343. — Est plus dur, plus lobulé, moins élastique que les autres espèces de loupes. II, 411. II, 348.

**STERNUM (fractures du).** — Sont fort rares. — Sont ordinairement transversales ou obliques, quelquefois en étoile. — Ont lieu le plus souvent par une cause externe qui agit directement, et rarement par contre-coup. — Sont toujours accompagnées de la contusion des tégumens ou des organes contenus dans la cavité thoracique. — *Diagnostic* : saillie des fragmens, signes de lésion des organes thoraciques : crépitation. — *Pronostic* : n'est fâcheux que lorsque le cœur ou les poumons ont été lésés en même temps. — *Traitement* : compresses sur le lieu de la fracture : bandage de corps serré fortement : trépanation de l'os s'il faut retirer les esquilles : traitement antiphlogistique énergique pour s'opposer aux accidens provenant de l'inflammation consécutive du cœur ou des poumons. III, 140 et suiv., III, 141 et suiv.

**STERNUM (carie du).** — S'observe très-fréquemment, et son développement est favorisé par la structure spongieuse de cet os. — Les vices scrophuleux et syphilitique sont les causes qui la déterminent le plus souvent. — Au nombre des causes se rangent encore l'ouverture d'un abcès critique, une contusion violente. — Elle s'observe principalement chez les enfans.

- serophuleux et tuberculeux. — Commence par la surface antérieure ou par la postérieure : dans ce dernier cas, tantôt il se forme un abcès derrière le sternum qui n'intéresse pas le poumon et les plèvres, tantôt est abcès fuse dans les plèvres et dans le péricarde. — *Signes diagnostiques* : ceux de la carie en général, la présence des fistules, et l'issue du pus dans les mouvemens de la respiration, indiquent l'existence d'un abcès derrière le sternum. — *Pronostic* : peu grave, à moins que la maladie ne s'accompagne de lésion des organes thoraciques. — *Traitement* : les applications irritantes suffisent quand la carie est superficielle et peu étendue : dans des cas plus graves, on peut employer la rugine : ablation des parties à l'aide du trépan : favoriser la cicatrisation de la plaie. — Histoires de maladie sy relatives. III, 518, et suiv., III, 523 et suiv.
- STIMULANS.** — Doivent être prescrits d'abord à ceux qui ont des plaies considérables. I, 230. — Époque à laquelle ils conviennent surtout. I, 236.
- STRABISME.** — N'affecte jamais simultanément les deux yeux. — *Causes* : situation vicieuse de la cornée par rapport à l'axe de l'œil. — Défaut de concordance entre les points d'insertion du nerf optique. — Inégalité de la force des deux yeux. — Tumeurs développées dans l'orbite. — Effets de cette maladie sur la vision. — Peut être complet, incomplet, passager. — *Pronostic* : la guérison est d'autant plus difficile, que le mal est porté à un plus haut degré, et que l'individu qui en est affecté est plus avancé en âge. — *Traitement* : application d'un masque, de demi-sphères concaves, de tubes noircis, de miroirs en forme de bésicles. — Bésicles de Verduc. — *Traitement* imaginé par Buffon. V, 592 et suiv., V, 598 et suiv.
- STRANGURIE.** — Voy. Rétention d'urine.
- STUPEUR.** — Effet de la commotion produite par les plaies d'armes à feu. — Varie suivant certaines circonstances. — Se termine souvent par la gangrène de la partie, et par la mort du malade. — Est le venin que les anciens attribuaient aux plaies d'armes à feu. I, 356 et suiv., I, 358 et suiv.
- STYPTIQUES.** — Ne diffèrent des astringens que parce qu'ils sont plus actifs. — Conseillés pour arrêter l'hémorrhagie : ne peuvent convenir que quand l'effusion de sang est peu considérable : sont violemment irritans. — Ont besoin d'être secondés par la compression. I, 254, I, 255.
- SUC NOURRICIER.** — Consolide les cicatrices des plaies qui suppurent. — Se trouve dans toutes nos parties. — Sa formation succède à l'écoulement du pus. I, 226.
- SUPPURATION.** — Sa définition. — Ses variétés. — Son *pronostic*. — Son *diagnostic*. — Théorie sur sa formation. 126 et suiv. — Très-abondante dans les brûlures au 2<sup>e</sup> degré. I, 168, I, 169.
- SUPPURATION (des plaies).** — Conséquence de l'inflammation. — *Fièvre de suppuration* : époque à laquelle elle se montre. — Caractères de la suppuration aux différentes époques des plaies. — Elle est toujours en rapport direct avec l'état des bourgeons charnus. I, 209 et suiv.
- SUPPURATION (suppression de la).** — L'un des accidens consécutifs des plaies. — Ses caractères. — A été nommée reflux de la suppuration. — Peut avoir lieu à toutes les époques des plaies. — Se montre le plus ordinairement lorsque les plaies sont fort avancées vers leur guérison. — Les accidens qui l'accompagnent sont plutôt la cause que l'effet de la suppression. — Dépend quelquefois d'une fièvre essentielle, d'une irri-

tation déterminée à la surface de la plaie.—*Traitement* : général, local, antiphlogistique. I, 317 et suiv.

**SUTURE.**—Moyen de réunion des plaies simples.—Pratiquée trop souvent autrefois.—Est une cause d'irritation violente pour les parties.—Ne doit jamais être employée que dans les cas où tout autre moyen est interdit.—Augmente l'écartement des plaies des muscles et déchire ces organes.—A été presque entièrement abandonnée des chirurgiens modernes.—Cas dans lesquels il est convenable de l'employer. I, 201 et suiv.

**SUTURE.**—L'un des moyens de pratiquer la réunion des parties divisées.—Est rénititive, suppressive ou unitive.—La suture unitive ou unissante est la seule employée de nos jours.—Suture entortillée, enchevillée, suture du pelletier, suture à points passés, à anse, suture entrecoupée ou à points séparés. V, 22.

**SUTURE à points séparés.**—S'emploie surtout pour la réunion des plaies simples des membres et de la plupart des autres parties du corps.—L'appareil nécessaire pour pratiquer cette suture se compose d'une ou de plusieurs aiguilles courbes, de fil, de charpie, de compresses et d'une bande.—Forme des aiguilles qu'il est plus convenable d'employer : manière de tenir l'aiguille et de conduire le fil.—Pansement de la plaie après cette suture. V, 23 et suiv.

**SYMPTÔMES (de l'inflammation en général).**—Divisés en locaux, particuliers, généraux.—*Locaux* : ne suivent pas d'ordre constant dans leur développement et dans leur marche.—*Particuliers* : dépendent de la nature de l'organe affecté.—*Généraux* : très-variables, se bornant souvent aux phénomènes qui caractérisent la fièvre inflammatoire. I, 15 et suiv.

**SYNCOPE.**—Est un moyen suspensif de l'hémorrhagie. I, 247.

**SYNTHÈSE.**—A pour objet de réunir les parties divisées contre l'ordre naturel, de réduire les parties déplacées, et de les maintenir réunies ou réduites.—Synthèse de *continuité* : celle qui a pour but la réunion des parties qui doivent être continues.—Synthèse de *contiguïté* : celle qui a pour but de replacer les parties contiguës qui ont perdu leurs rapports naturels avec les parties voisines.—Moyen de pratiquer ces deux sortes de synthèses. V, 21 et suiv.

**SYPHILITIQUE (vice).**—Retarde la guérison des plaies qui suppurent. I, 239.

## T.

**TACHES.**—Caractère particulier de celles qui signalent le début de la pourriture d'hôpital. I, 323.

**TACHES DE NAISSANCE.**—Sont quelquefois confondues avec les tumeurs fongueuses congénitales. II, 256, II, 293.—Se montrent sur toutes les parties du corps et notamment au visage.—Sont ordinairement couvertes de poils.—Quelquefois ont une couleur rouge qui devient plus intense aux approches de la menstruation.—N'intéressent jamais que le tissu réticulaire de la peau.—Ne sont jamais accompagnées de danger.—Les caustiques et l'instrument tranchant seront utilement employés pour les détruire. II, 276 et suiv., II, 338 et suiv.

**TAFFETAS D'ANGLETERRE.**—Est un excellent agglutinatif.—Ne peut servir que pour les plaies peu étendues. I, 198, I, 199.

**TAILLE (opération de la).**—Voy. Vessie (*calculs de la*).

**TAILLE chez l'homme, chez la femme.**—Voy. Vessie (*calculs de la*).

**TAILLE (au haut appareil).**—Voy. Vessie (*calculs de la*).

**TAILLE** (*hypogastrique*). — Voy. Taille au haut appareil.

**TAILLE** (*latéralisée*). — Voy. Vessie (*calculs de la*).

**TAMPONNEMENT**. — Moyen d'arrêter les hémorrhagies. — Est le plus souvent fort douloureux. — A des inconvéniens graves. — Ne doit être employé que dans les circonstances extrêmes. I, 260 et suiv. — Doit être évité dans le cas de plaies d'armes à feu, à cause des accidens inflammatoires qu'il détermine. I, 571, I, 572.

**TANNES**. — Affection papuleuse des follicules de la peau. — Sont formées par l'accumulation de la matière sébacée. — S'observent sur toutes les parties du corps. — Sont de véritables kystes remplis de sébum. — Débutent souvent par de petites pustules. — Cette maladie est tout-à-fait exempte de danger. — *Traitement* : enlever la matière sébacée que le kyste contient, et introduire dans sa cavité une substance escarrotique pour en détruire les parois. II, 361 et suiv., II, 424 et suiv.

**TAXIS**. — Opération qui consiste à repousser avec la main les viscères qui forment hernie. — Position dans laquelle le malade doit être placé. — Manœuvres différentes du chirurgien suivant les différentes espèces de hernies. VIII, 31 et s.

**TEIGNE**. — Exanthème chronique qui a son siège au cuir chevelu, et qui s'étend quelquefois au front, au cou, aux épaules, et même au tronc et aux membres. — Se distingue en cinq espèces : la teigne faveuse, la teigne granulée, la teigne furfuracée, la teigne amiantacée, la teigne muqueuse. — Cette maladie se manifeste ordinairement depuis la deuxième jusqu'à la dixième année. — La *teigne faveuse* attaque surtout les enfans sanguins et bilieux : ceux dont la peau est brune et basanée sont plus sujets à la *teigne granulée*. — La *teigne furfuracée* se présente communément

chez ceux dont les cheveux sont d'un châtain clair. — La *teigne amiantacée* s'offre ordinairement chez les individus adultes et mélancoliques. — La *teigne muqueuse* chez les enfans dont les cheveux avaient une belle couleur d'or. — *Causes* : alimens grossiers et indigestes ; vices scrophuleux, scorbutique ou vénérien, contagion. — *Formes* qu'affecte la teigne faveuse. V, 226, et suiv., V, 227 et suiv. — *Signes diagnostiques* de la teigne granulée. V, 250, V, 251. — *Symptômes* de la teigne furfuracée. V, 251, V, 255. — *Caractères* de la teigne amiantacée. V, 251, V, 255. — *Symptômes* de la teigne muqueuse. V, 252, V, 255. — La teigne paraît avoir son siège primitif dans le tissu réticulaire de la peau : les bulbes des poils ne s'affectent que consécutivement. V, 254, V, 255. — *Pronostic* : il est rare que la teigne mette la vie du malade en danger, mais les récidives sont à craindre : V, 255, V, 257. — *Traitement* : on ne doit pas le tenter quand l'éruption a été suivie d'une amélioration dans l'état de la santé du malade. — *Médications internes* : préparations sulfureuses, antimoniales, amers, antiscorbutiques, purgatifs doux, exutoires, diurétiques. — *Médications topiques* : précipité blanc de mercure mêlé au cérat, oxide noir de manganèse, deutochlorure de mercure, pommade oxigénée, eau phagédénique, arsénic, cobalt, acétate de plomb, muriate d'antimoine, décoction de tabac, etc., etc.; usage de la ciguë. — Calote de poix. — Mélange de soufre et de charbon. — Examen de ces différens remèdes, leurs avantages, leurs inconvéniens. V, 256 et suiv., V, 257 et suiv.

**TEMPÉRATURE**. — Modifie la marche et l'intensité de l'inflammation. I, 5, I, 15.

**TEMPORALE** (*anévrisme de l'artère*). — A été rarement observé. — Devra

être traité par la compression. II, 183, II, 192.

**TENDONS.**—Distinction à faire entre les tendons relativement à leur facilité à s'enflammer. — Ne s'enflamment pas lorsqu'ils ont été dépouillés de leur tissu cellulaire. I, 3 et suiv. — Les abcès situés dans leur voisinage doivent être ouverts très-promptement. I, 58. — Adhérent souvent aux cicatrices des brûlures, I, 172.

**TENDONS (rupture des).** — Ne peut s'effectuer que dans des efforts de contraction extrêmement violens. — Mécanisme de cette rupture. XI, 90 et suiv.

— *Rupture du tendon d'Achille.* — Est l'effet de la contraction forcée et subite des fibres des muscles jumeaux et soléaire. XI, 92. — Les circonstances dans lesquelles les contractions des muscles sont assez fortes pour rompre ce tendon ne sont pas toujours les mêmes. 92 et suiv. — Cette rupture a lieu ordinairement à la partie moyenne du tendon. 93. — *Signes* auxquels elle se manifeste au moment de l'accident et plus tard. 93 et suiv. — Le *diagnostic* est toujours extrêmement facile, à raison du peu de profondeur des parties. XI, 95. — La rupture du tendon d'Achille n'est presque jamais accompagnée d'accidens qui puissent la faire regarder comme une maladie grave. 96 et suiv. — Le but du chirurgien dans la rupture des tendons est de rapprocher, d'affronter les bouts divisés, et de les maintenir dans cet état jusqu'à ce que la nature les ait réunis et consolidés; appareils et bandages employés pour parvenir à ce but; bandage de J.-L. Petit, de Mouro. 98 et suiv. — Même traitement dans le cas de plaie de ce tendon. XI, 111 et suiv.

— *Rupture du tendon du plantaire grêle.* — Cette maladie est vulgairement connue sous le nom de coup de fouet. XI, 114. — Symp-

tômes particuliers à cette rupture. 115. — Le *traitement* consiste à faire garder le repos au malade pendant un mois ou six semaines en tenant la jambe un peu fléchie. XI, 115 et suiv.

— *Rupture du tendon des muscles extenseurs de la jambe.* — La rupture de ce tendon a été assez fréquemment observée; elle est le plus souvent le résultat d'une forte contraction musculaire. XI, 122. — Cet accident n'est jamais fort grave, il peut même se guérir sans claudication. 124. — L'indication curative consiste à mettre en contact les parties divisées, et à les y maintenir pendant le temps nécessaire pour leur consolidation; on remplit cette indication à l'aide de la situation du membre et du bandage unissant des plaies en travers. XI, 125 et suiv.

**TENTES.** — Se composent de longs brins de charpie placés les uns à côté des autres, et entourés avec du fil dans toute leur longueur. — Servent pour tenir ouverte une plaie qui a beaucoup de tendance à se refermer. V, 10.

**TÉRÉBENTHINE (essence de).** — Associée au quinquina, très-utile comme médicament topique dans le traitement de la pourriture d'hôpital. I, 332.

**TERRE (cimolée des couteliers).** — Considérée comme un répercussif. I, 45.

**TESTICULES (maladies des).** — Les principales maladies des testicules sont les plaies, l'inflammation, l'atrophie, l'engorgement chronique, le sarcocèle. X, 235 et suiv.

**TESTICULES (plaies des).** — Le *diagnostic* de ces plaies est facile. X, 235. — Ces plaies sont presque toujours suivies d'inflammation qui peut entraîner la perte de ces glandes. 237. — Dans ces plaies, l'objet important est de prévenir l'engorgement inflammatoire. — Le pansement de la plaie elle-même ne dif-

fière pas de celui des autres plaies. X, 237 et suiv.

**TESTICULES (inflammation des).** — Peut occuper les deux testicules à la fois ou successivement, ou bien être bornée à un seul. X, 240. — Examen des causes prochaines et éloignées de cette phlegmasie. 240 et suiv. — Elle a ordinairement une marche très-rapide, et peut se terminer par résolution, par suppuration, par induration, quelquefois par métastase, rarement par gangrène. 241. — La durée de cette affection est toujours fort longue. 241. — *Traitement*: local et général. 241 et suiv. — Outre les moyens qui conviennent à toutes les inflammations, il en est quelques-uns qui ont rapport à la cause morbifique particulière de la maladie. 242 et suiv. — Précepte de ne pas appliquer de résolutifs sur les testicules enflammés. X, 243. — *Symptômes et traitement* de la terminaison de l'inflammation du testicule par suppuration. 243 et suiv. — Abscess et fistules du testicule. 244. — La terminaison par induration s'observe assez fréquemment; moyen de le prévenir. 245 et suiv. — *Traitement* préservatif et curatif de la terminaison par gangrène. X, 246 et suiv.

**TESTICULES (atrophie des).** — Examen des causes qui peuvent produire cette maladie. X, 247 et suiv. — L'inflammation du testicule est la cause la plus fréquente de son atrophie. 248. — On ne connaît aucun moyen propre à arrêter les progrès de cette affection. X, 248.

**TESTICULES (engorgement chronique des).** — Présente toutes les apparences extérieures du sarcoécèle; mais il en diffère en ce qu'il est susceptible de résolution. X, 248. — Cet engorgement peut être borné à un testicule ou attaquer les deux organes à la fois. 249. — Examen des causes qui peuvent le produire. 249. — *Symptômes* de cette affection. 249. — *Diagnostic différentiel*

entre le sarcoécèle et l'engorgement chronique des testicules. 250 et suiv. — Les remèdes externes sont pris dans la classe des résolutifs et dans celle des fondans; précautions à observer dans l'application de ces remèdes. X, 251 et suiv. — L'emploi des remèdes internes est subordonné à la cause de la maladie. 252 et suiv. — Lorsque l'induration chronique du testicule a résisté à tous les secours de l'art il faut faire l'extirpation de l'organe. X, 253 et suiv.

**TESTICULE (cancer du) ou sarcoécèle.** — Engorgement squirrheux ou cancéreux du testicule. X, 255. — Un grand nombre de maladies différentes ont été confondues sous cette dénomination. 255. — Le sarcoécèle est beaucoup moins commun chez les hommes que le cancer des mamelles chez la femme: il n'a jamais lieu dans l'enfance. 256. Examen critique des différentes causes qui peuvent prédisposer à la maladie ou la déterminer. 256. — Les symptômes en sont extrêmement variables: description des symptômes locaux et généraux. 257 et suiv. — Le volume du sarcoécèle varie beaucoup. X, 258. — Le sarcoécèle laisse quelquefois au testicule son volume naturel, d'autres fois il produit l'atrophie complète de cet organe. 259. — Le testicule ne dégénère en tissu squirrheux que lorsque le sarcoécèle est déjà fort avancé. 259 et suiv. — Le développement, les symptômes et la marche du sarcoécèle présentent beaucoup de variétés. 260 et suiv. — Propagation de la maladie au cordon spermatique et aux ganglions de l'abdomen. 262 et suiv. — L'affection squirrheuse du testicule produit souvent une hydroécèle. X, 264. — Description d'une maladie analogue des ovaires. 265. — Lésions anatomiques trouvées à l'ouverture du cadavre de ceux qui succombent

au sarcocele. 265 et suiv. — Le diagnostic du sarcocele présente rarement de la difficulté. *Diagnostic différentiel*. 267. — Le pronostic est toujours extrêmement fâcheux, la guérison ne peut être obtenue que par l'ablation de la tumeur, et souvent même cette ressource est inutile. X, 268 et suiv. — Toutes les fois que le cordon spermatique est squirrheux jusqu'à l'anneau inguinal, on ne doit pas tenter l'opération : *Signes* auxquels on reconnaît la dégénérescence du cordon. 270 et suiv. — Lorsque la cachexie cancéreuse est déjà établie il faut s'abstenir de l'opération. X, 275. — Instrumens nécessaires pour pratiquer la castration ; procédé opératoire. 275 et suiv. — Mode de pansement consécutif à l'opération. 277 et suiv. — Le procédé opératoire doit être modifié selon la forme, l'étendue de la tumeur. 278 et suiv. — L'opération de la castration, dans ce qui a rapport à la section du cordon et aux moyens propres à arrêter l'hémorrhagie des artères spermatiques, a éprouvé de nombreuses variations. 281 et suiv. — Parmi les moyens dont on peut se servir pour arrêter l'hémorrhagie de l'artère spermatique, la ligature est celui qui a été le plus généralement adopté : manière de procéder à cette ligature. X, 282 et suiv. — De quelque manière que l'on place le fil de la ligature, elle donne souvent lieu à des accidens extrêmement graves. 283 et suiv. — Méthode de Ledrau, de Pouteau, pour empêcher l'hémorrhagie. 284 et suiv. — *Traitement* et pansemens après l'opération de la castration. 286 et suiv. — La castration est une opération peu grave par elle-même, et qui le devient quelquefois par les accidens qui peuvent la compliquer. 287. — Lier les vaisseaux s'il survient une hémorrhagie. 287 et suiv. — Antiphlogistiques locaux

et généraux pour s'opposer à l'inflammation qui suit quelquefois l'opération. 288. — La péritonite ne survient que rarement après la castration. 289. — Le tétanos s'observe assez fréquemment ; il est toujours mortel. 289 — La maladie récidive presque toujours. X, 289 et suiv. — L'époque à laquelle cette maladie se reproduit varie beaucoup, et la récidive est quelquefois fort rapide. 291 et suiv. — *Symptômes généraux* qui indiquent la reproduction des tumeurs squirrheuses dans l'abdomen. X, 291 et suiv.

**TÉTANOS.** — Est la plus grave de toutes les complications des plaies. — *Définition.* — A reçu le nom de *traumatique* quand il est occasionné par une plaie. — *Trismus.* — *Tétanos tonique.* — *Opistotonos.* — *Exiprostotonos.* — Observé sous tous les climats. — Plus fréquent dans les pays chauds. I, 285, I, 286.

**TÉTANOS TRAUMATIQUE.** — S'empare plus ou moins souvent des blessés, selon leur âge, leur sexe, leur vigueur, le climat. — Survient quelquefois à l'instant même de la blessure, le plus souvent quelques jours après. — *Causes* : se déclare quelquefois brusquement. — Ordinairement se développe progressivement. — *Symptômes* : rigidité successive de tous les muscles du corps : douleurs violentes, convulsions. — S'accompagne de peu de fièvre. — N'entraîne aucuns symptômes gastriques. — Est presque toujours mortel. — Fait périr ordinairement le malade avant le quatrième jour. — Ne se dissipe que fort lentement lorsqu'il se guérit. — *Traitement* : opium ; manière de l'administrer : laxatifs, antispasmodiques, muse, camphre, ammoniaque, saignée, bains tièdes, bains froids, mercure, fomentations huileuses, fumier, bains alcalins. — Incisions. — Am-

- putation. — Histoires de maladies. 288 et suiv.
- TÊTE (plaies de la).** — *Par instrument piquant, qui n'intéresse que les parties molles extérieures.* — Peuvent être bornées à la peau, ou s'étendre jusqu'à l'aponévrose epicranienne et même jusqu'au crâne. — Sont simples ou compliquées. — Simples, n'exigent d'autre traitement que l'application de quelques résolutifs. — Peuvent se compliquer d'hémorrhagie ou d'inflammation. — L'hémorrhagie ne saurait jamais être inquiétante. — L'inflammation se manifeste quelquefois vers le quatrième ou le cinquième jour, et prend tous les caractères de l'érysipèle. — Cette inflammation a été attribuée par certains auteurs à la lésion de l'aponévrose du muscle occipito-frontal. — *Traitement* : antiphlogistiques ; incision de la plaie. V, 44 et suiv.
- TÊTE (plaies de la).** — *Plaies des parties molles externes de la tête, par des instrumens tranchans.* — Peuvent se borner à la peau, ou s'étendre jusqu'au périerâne. — Sont simples ou compliquées. — Plaies simples : sans danger, doivent être réunies immédiatement. — Complication d'hémorrhagie : peu dangereuse, la compression sera tentée. — Complication d'inflammation. — Erysipèle du cuir chevelu. — *Traitement* : antiphlogistiques, topiques émolliens. V, 46 et suiv.
- TÊTE (plaies de la).** — *Par des instrumens contondans, bornées aux parties molles.* — Bosses formées par le sang extravasé. — Peuvent en imposer pour un enfoncement du crâne, ou pour des tumeurs sanguines. — Les plaies contuses sont simples ou compliquées. — Simples elles doivent être traitées comme les plaies par instrumens tranchans. — S'il y a complication d'inflammation, antiphlogistiques,
- topiques émolliens, ouverture des abcès du cuir chevelu. V, 48 et suiv.
- TÊTE (tumeurs de la).** — *Voy.* Loupes, dure-mère, encéphalocèle, hydrocéphale, hydrorachis.
- THÉDEN.** — A guéri un anévrisme variqueux par l'usage du bandage compressif. II, 129.
- THOMASSIN.** — Inventeur de la curette-tire-fond. — *Voyez* Curette. — Inventeur du tire-fond (*Voy.* ce mot). — Cite une observation bien propre à prouver la contagion de la pustule maligne. II, 67. — Cite d'autres faits pour prouver que le virus charbonneux appliqué à l'intérieur n'est pas contagieux. II, 69.
- TIBIA (fracture du).** — S'observe assez souvent. — Est presque toujours transversale. — A lieu directement ou par contre-coup. — Le déplacement est presque nul. — *Diagnostic* : facile ; impossibilité de marcher, empâtement du membre au niveau de la fracture, inégalités sur la crête du tibia, crépitation obscure. — *Pronostic* : peu grave. — Même *traitement* que pour la fracture de la jambe (*Voyez* Jambe). Consolidation rapide. III, 372 et suiv., III, 375 et suiv.
- TIBIA (luxations du).** — Peuvent avoir lieu en devant, en arrière, en dedans et en dehors. — Peuvent être complètes ou incomplètes ; les premières sont extrêmement rares. — La luxation primitive en arrière n'a jamais été observée. — La luxation en devant est extrêmement difficile, parce qu'elle suppose la déchirure de tous les ligamens et des muscles et des tendons qui avoisinent l'articulation : les luxations latérales en dedans et en dehors sont plus fréquentes, plus faciles que les autres. — *Causes* : violence extrême exercée sur le tibia, le fémur étant retenu.

— *Signes diagnostiques.* Luxation en avant : mobilité extrême de l'articulation, saillie énorme du tibia et du fémur. — Luxation latérale : extrémité supérieure du tibia formant une tumeur au-dessous de l'un ou de l'autre des condyles du fémur; déviation de la rotule dans le sens de la luxation. — *Pronostic* : toujours très-fâcheux. — L'amputation de la cuisse est souvent nécessaire quand la luxation est complète. — *Traitement* : la réduction est toujours facile; elle se pratique en repoussant les deux os luxés en sens contraire quand l'extension est suffisante. — Bandage roulé, coussins, pour prévenir la récurrence. — Combattre avec énergie les accidens inflammatoires qui se développent toujours. IV, 565 et suiv.

**TIBIALES POSTÉRIEURE ET ANTÉRIEURE** (*anévrisme des artères*). — Est rarement vrai ou spontané. — Est presque toujours produit par une cause externe. — *Diagnostique* : très-difficile. — Ne doit être traité que par l'opération faite selon la méthode ancienne. II, 229 et suiv.

**TIRE-FOND.** — Instrument de chirurgie propre à extraire les balles enclavées dans la substance des os. — Inventé par Themassin. — Description de cet instrument. — Addition qu'y a faite Perey. — Manière de s'en servir. — Ne peut rien sur les balles autres que les balles de plomb. I, 384, I, 386.

**TISSU CELLULAIRE.** — Est le siège spécial de l'inflammation dans tous les organes. I, 2.

**TONIQUES.** — Conseillés à l'intérieur dans le cas de délitescence de l'inflammation. I, 48. — Conseillés dans le cours des inflammations gangréneuses.

**TONIQUE** (*tétanos*). — Nom qu'a reçu le téτανος lorsque la contraction spasmodique s'étend à tous les membres du corps. I, 285, I 286.

**TOPIQUES.** — Gras et résineux, doivent

être bannis du traitement des plaies menacées de pourriture. I, 327.

**TORTICOLIS.** — Courbure ou inclinaison permanente de la tête vers l'une ou l'autre épaule. — Reconnaît un grand nombre de causes. VII, 48. — Le torticolis causé par la luxation des vertèbres cervicales ou par leur accroissement inégal est tout-à-fait irrémédiable (*Voy.* Luxation du cou). — Les brûlures du cou en se cicatrisant produisent aussi cette maladie : on doit alors l'attaquer en coupant les brides qui empêchent les mouvemens. VII, 49 (*Voy.* Brûlure). — Le rhumatisme des muscles du cou, leur paralysie ou leur convulsion, celle du sterno-mastoïdien en particulier, sont les maladies qui déterminent le plus souvent l'inclinaison latérale de la tête. — *Diagnostique différentiel* de ces formes de torticolis. — *Durée et pronostic* de la maladie : fort variables, suivant les causes qui l'ont produite. VII, 49 et suiv. *Traitement* du torticolis rhumatis-mal : diaphorétiques, topiques émolliens. — *Traitement* du torticolis causé par la convulsion des muscles du cou : emploi à l'intérieur et à l'extérieur des adoucissans, des antispasmodiques et des narcotiques. VII, 55. — Quand le torticolis est le résultat de la paralysie, on joint aux moyens employés contre la paralysie en général, l'usage des topiques irritans sur la région malade. — Section des muscles conseillée dans le cas de paralysie ou de convulsion permanente et irrémédiable. — Avantages, inconvéniens de ce procédé. — Manière de pratiquer l'opération. VII, 56 et suiv.

**TOURNIOLE.** — *Voy.* Panaris.

**TOURNIQUET.** — Moyen de compression préférable à tous les autres pour arrêter les hémorrhagies, si la structure de la partie le permet. I, 261. — L'appliquer sur-le-champ en cas

- d'hémorrhagie dans les plaies d'armes à feu. I, 370, I, 372.
- TRACHÉE-ARTÈRE** (*corps étrangers dans la*). — Les uns viennent de l'intérieur, les autres se développent dans le larynx ou dans la trachée-artère. VII, 110 et suiv. — *Signes* auxquels on reconnaît la présence d'un corps étranger dans la trachée-artère, tirés des caractères de la toux, de la respiration, de l'emphysème. 112 et suiv. — La présence de ces corps dans les voies aériennes amène presque constamment la mort, lorsque l'art ne les en débarrasse point; peuvent quelquefois rester longtemps dans la trachée. 114 et suiv. — *Bronchotomie*: cas dans lesquels elle doit être pratiquée, son opportunité, ses inconvénients. VII, 121 et suiv. — Description de l'opération. VII, 124 et suiv. — *Voy.* Bronchotomie.
- TRAVERS.** — Guérit une tumeur fongueuse de l'orbite par la ligature de l'artère carotide primitive. II, 198.
- TRÉPAN** (*opération du*). — Consiste à faire une ouverture au crâne avec une espèce de scie circulaire, que l'on nomme couronne de trépan, pour donner issue à un liquide épanché, relever une pièce d'os enfoncée, extraire un corps étranger, etc. — L'appareil nécessaire pour cette opération se compose d'instrumens, de charpie, de compresses et de bandages. — Description et usages des instrumens qui entrent dans la composition d'un trépan complet: rugine, perforatif, exfoliatif, couronnes avec pyramides, arbre de trépan ou tréphine, tire-fond, couteau lentilleculaire, élévatoire, meningophylax, brosse, tenailles incisives, ciseaux, gouge, maillet de plomb, scie en crête de coq. V, 152 et suiv. — *Manière de disposer le malade.* — Parties de la tête où l'on doit appliquer le trépan. — *Forme des incisions du cuir chevelu.* — *Dénudation de l'os, trépanation, manière de la pratiquer.* — *Procédés pour faire écouler les liquides épanchés, pour relever les fragmens osseux.* — *Pansement de la plaie, situation du malade après le pansement.* — *Manière de s'opposer à la hernie du cerveau.* — *Mode de cicatrisation des plaies du crâne.* — *Calotes employées pour résister à la pression des corps extérieurs sur la cicatrice.* V, 161 et suiv.
- TRÉPANATION.** — Est employée pour retirer les balles tellement enclavées dans la substance des os que le tire-fond ne peut pas les extraire. I, 386. I, 388.
- TRICHIASIS.** — Maladie dans laquelle les cils, dirigés contre le globe de l'œil, l'irritent par un frottement fréquent et un contact continu. — Est de deux espèces, l'une dans laquelle les cils sont tournés en dedans, sans que le cartilage tarse ait perdu sa direction naturelle; l'autre dans laquelle la mauvaise direction des cils dépend du renversement du cartilage; la première est fort rare, la seconde est très-commune. — *Causes*: cicatrices des ulcères de la paupière. — *Symptômes*: renversement en dedans de la paupière, inflammation consécutive de la conjonctive. — *Traitement* de la deuxième espèce de trichiasis: ablation d'une partie de la peau de la paupière renversée. — *Manière de pratiquer cette opération.* — *Traitement* de la deuxième espèce: arrachement des cils. V, 279 et suiv. 280 et suiv.
- TRISMUS.** — Nom donné au Tétanos dans lequel la contraction spasmodique est bornée aux muscles de la mâchoire. I, 285. — Est le signe pathognomonique du tétanos. I, 289.
- TROCHISQUE** (*de minium*). — Introduit dans les plaies par piqûre pour désorganiser les nerfs piqués. I, 358.

**TROMPE D'EUSTACHE (maladies de la).**

— L'obstruction de ce conduit est ordinairement causée par les inflammations de la gorge et du nez. — Ce conduit peut manquer ou être oblitéré par vice de conformation, ou bien être détruit par un ulcère syphilitique. — On fait cesser cette oblitération en détruisant les causes qui ont donné naissance à la maladie. — Injections dans la trompe d'Eustache, moyens d'y parvenir, instrumens imaginés à ce sujet. — Perforation du tympan proposée et pratiquée par Astley Cooper pour guérir la surdité provenant de l'obstruction de la trompe d'Eustache; circonstances dans lesquelles cette opération est contre-indiquée. — Perforation de l'apophyse mastoïde proposée dans le même but; blâmée par l'auteur. VI, 37 et suiv.

**TUMÉFACTION.** — Existe constamment dans les inflammations. — Est proportionnée à l'intensité de la maladie, à la nature du tissu. — Varie dans son aspect. I, 17.

**TUMEURS.** — Définition. — Présentent une multitude de différences relatives à leur siège, aux organes qu'elles intéressent, à leur cause matérielle. — Se distinguent en tumeurs formées par les corps étrangers, par le déplacement des parties solides, et en tumeurs humorales. — Formées par le chyle. — Formées par le sang. — Formées par l'infiltration de la sérosité dans le tissu cellulaire, ou par son épanchement dans les cavités. — Formées par la rétention des sécrétions ou des excrétions. II, 1 et suiv.

**TUMEURS FONGUEUSES DES ARTICULATIONS.** — Voy. Tumeurs blanches.

**TUMEURS BLANCHES DES ARTICULATIONS.** — Peuvent affecter toutes les articulations, mais s'observent plus fréquemment dans les ginglymoïdales que dans les orbiculaires. — Se montrent à tous les âges de la

vie, mais elles sont plus fréquentes dans l'enfance et dans la jeunesse que dans l'âge adulte et la vieillesse. IV, 489 et suiv.

*Causes.* — Sont externes ou internes. — *Causes externes* : lésions physiques des articulations; ces causes sont plutôt déterminantes.

*Causes internes.* — Les vices rhumatismal, scorophuleux; scorbutique, vénérien; la matière morbifique d'une fièvre quelconque; la suppression d'un flux habituel; la répercussion des dartres, de la gale. — Les vices rhumatismal et scorophuleux sont la plus fréquente de toutes les causes. IV, 499 et suiv.

*Signes diagnostiques.* — Prodrômes: douleur plus ou moins vive dans l'articulation, tantôt superficielle, tantôt profonde et circonscrite, tantôt graduelle, tantôt vive et subite. — Tuméfaction bornée le plus ordinairement à une partie plus ou moins étendue de l'articulation. — Cette tumeur est circonscrite sans mobilité, plus ou moins dure, élastique, ne conservant pas l'impression du doigt, donnant quand on la touche un sentiment obscur de fluctuation: douleur vive quand le malade veut mouvoir le membre, qui le plus souvent reste fléchi; la peau conserve la couleur qui lui est naturelle. — Deuxième période: tuméfaction plus considérable; engorgement du creux du jarret; dureté, tension de la tumeur, dilatation des veines sous-cutanées, atrophie des membres, engorgement des ganglions lymphatiques, carie des os, abcès, fistules, fièvre hectique, diarrhée colliquative, mort. IV, 491 et suiv.

*Anatomie pathologique.* — Lorsque la tumeur a eu son siège primitif hors de l'articulation, les ligamens et tous les tissus fibreux qui concourent à former l'articulation sont infiltrés et remplis d'un fluide

plus ou moins épais, et convertis en une substance homogène; la graisse a subi une altération remarquable; le périoste, les nerfs sont également tuméfiés; les muscles sont atrophiés et leurs tendons rétractés. — Dans l'espèce de tumeur qui a son siège principalement dans les os, les extrémités articulaires se gonflent et se ramollissent; bientôt elles se carient, et leur substance se convertit en une matière sanieuse et fétide: les cartilages eux-mêmes finissent par s'altérer et par se dissoudre: les parties molles s'altèrent consécutivement. IV, 496 et suiv.

*Pronostic.* — Le plus souvent fâcheux. — Moins grave quand les tumeurs blanches sont causées par le vice rhumatismal, que lorsqu'elles reconnaissent pour cause le vice scrophuleux. — Lorsqu'elles sont anciennes, que les tissus sont déjà dégénérés, que la carie des os a produit des abcès fistuleux, il ne reste qu'à pratiquer l'amputation; cependant il est des cas où la nature a pu opérer la guérison. — Elles sont d'autant plus graves que les sujets sont plus faibles et plus cachectiques. IV, 505 et suiv.

*Traitement.* — Le traitement doit être adapté à l'espèce particulière de la maladie et à ses différents états. — *Traitement* des tumeurs blanches causées par le vice rhumatismal: médication antiphlogistique énergique. — Au début de la maladie, vésicatoires volans, topiques émoulliens et anodins; lorsque l'état inflammatoire sera passé, on emploiera les topiques résolutifs, les frictions sèches, les linimens volatils, les frictions mercurielles. IV, 507 et suiv.

*Traitement* des tumeurs blanches scrophuleuses. — Dès le début de l'affection, topiques narcotiques

et répercussifs, exutoires; médicaments antiscrophuleux. — Plus tard, cautère actuel, moxa, topiques âcres et irritans. — Avantage des douches d'eau chaude naturelle ou minérale. — Les exutoires n'ont semblé nullement efficaces à l'auteur dans une période avancée de la maladie. — La cautérisation sera employée avec succès dans le traitement des tumeurs blanches rhumatismales, ou dans celles qui dépendent d'une métastase ou d'une hémorrhagie; elle ne saurait convenir aux tumeurs blanches scrophuleuses. *Méthode* pour la cautérisation, préceptes de Percy à cet égard (*Voy.* Cautérisation). Moxa: manière de le préparer et de l'appliquer, son opportunité, son efficacité constatée par l'expérience de l'auteur. — Usage des topiques irritans quelquefois très-utile en faisant passer une maladie chronique à l'état aigu. Observation à ce sujet rapportée par Fabrice d'Aquapendente. IV, 513 et suiv. *Traitement* de la dernière période des tumeurs blanches scrophuleuses et rhumatismales. — S'il se forme des abcès, il faut autant que possible en confier l'ouverture à la nature, ou ne les ouvrir qu'avec un bistouri fort étroit. — Les douleurs vives seront calmées avec les opiacés et les topiques anodins. — Recourir à l'amputation quand la conservation du membre est impossible, et que la vie du malade est menacée; époque de la maladie à laquelle il faut pratiquer l'amputation. Il faut attendre que la maladie soit parvenue à son plus haut degré, et que les forces du malade soient considérablement diminuées. — L'amputation ne sera pas faite s'il existe en même temps plusieurs autres tumeurs blanches, ou lorsque les organes intérieurs auront été eux-mêmes altérés par la cause qui a produit

la tumeur blanche. — Résection des extrémités articulaires. — Cas dans lesquels cette opération peut être tentée : manière de la pratiquer (*Voy. Résection des os*). IV, 529 et suiv.

**TUMEURS** (*hémorrhoidales*). — *Voy. Hémorrhoides*.

**TUMEURS** (*sanguines des grandes lèvres*). — *Voy. Grandes lèvres*.

**TUMEURS** (*enkystées des grandes lèvres*). — *Voy. Grandes lèvres*.

**TUMEURS** (*cancéreuses des grandes lèvres*). — *Voy. Grandes lèvres*.

**TUMEURS** (*stéatomateuses des grandes lèvres*). — *Voy. Grandes lèvres*.

**TYMPAN** (*maladies de la membrane du*). — Cette membrane peut être percée ou par des corps étrangers introduits dans le conduit auditif externe, ou par la compression de l'air introduit par la trompe d'Eustache, ou par la violence du son, ou par la suppuration. — Le plus souvent c'est l'accumulation du cérumen qui enflamme et perce cette membrane. — D'autres fois cette lésion est due au détachement du manche du marteau. — L'ouïe peut être conservée encore si l'ouverture est très-petite. — Elle est ordinairement perdue si la membrane est largement détruite. VI, 34 et suiv.

**TYMPAN** (*maladies de la caisse du*). — La membrane qui revêt la caisse du tympan peut s'enflammer. — Lorsque l'inflammation est légère, et qu'elle n'occupe que la cavité du tambour, elle cause une douleur sourde et profonde, un sentiment de tension et quelques tintemens. — Lorsque l'inflammation est plus violente et qu'elle s'étend jusqu'à la trompe, la douleur et les accidens sont beaucoup plus graves. — Cette maladie peut se terminer par résolution ou par suppuration. Lorsqu'il existe un abcès dans la caisse du tambour, ils'ouvre plutôt du côté du conduit auditif externe que du côté du conduit

auditif interne. — *Traitement* : antiphlogistiques énergiques : instillation de liqueurs émollientes dans l'oreille avant la suppuration : lorsque la suppuration est établie, on fait des injections détersives. — Le pus contenu dans la cavité du tympan peut venir d'un abcès formé dans l'apophyse mastoïde. VI, 47 et suiv.

## U.

**ULCÈRES EN GÉNÉRAL.** — Solution de continuité des parties molles plus ou moins ancienne, accompagnée d'écoulement de pus, et entretenue par un vice local ou par une cause interne. — Peuvent affecter tous les points de la surface du corps, et principalement les extrémités inférieures. — Leur forme est fort variable, et d'autant plus désavantageuse qu'elle est plus rapprochée de la figure ronde. — Les causes sont internes ou externes. — *Causes internes* : les différens vices ou virus, l'âge, le tempérament, la profession, le climat. — *Causes externes ou locales* : sont nombreuses et variées : décollement, amincissement, de la peau ; callosités, varices, fongosités, ramollissement de matière cancéreuse, gangrène. — *Pronostic* : variable selon le siège de la maladie, ses complications, ses causes, son ancienneté. — *Traitement* : question s'il faut guérir les ulcères, résolue affirmativement. — *Indication curative* : détruire la cause qui entretient les ulcères. II, 429 et suiv., II, 365 et suiv.

**ULCÈRES cutanés.** — Ont lieu ordinairement à la suite des abcès froids, quelquefois et rarement à la suite de vastes abcès phlegmoneux. — *Signes diagnostiques* : solution de continuité entourée d'une peau brune ou violette décollée, mince, quelquefois découpée irrégulièrement. — *Indications cura-*

*tives* : exciter l'inflammation du tissu cellulaire pour en opérer le décollement ; écompression : lorsque la compression est impraticable, on devra pratiquer l'entière excision de la peau décollée. — Histoires de maladies y relatives. II, 439 et suiv., II, 375 et suiv.

**ULCÈRES** (*entretenus par l'inflammation*). — Se rencontrent très-fréquemment. — Ne peuvent se cicatrifier tant que l'inflammation est portée à un degré fort élevé. — L'inflammation reconnaît pour causes toutes les irritations portées sur la surface de l'ulcère, quelquefois des vices ou virus internes ; tantôt l'embaras gastrique, tantôt les fautes dans le régime. — *Signes* auxquels se reconnaît la complication de l'inflammation : rougeur plus vive ; suppuration séreuse, ichoreuse, sanguinolente, fétide, quelquefois entièrement supprimée. — *Traitement* : combattre les causes de l'inflammation : diète, antiphlogistiques, topiques émolliens ; position horizontale du membre affecté. II, 446 et suiv., II, 382 et suiv.

**ULCÈRES gangréneux**. — S'observent chez les individus d'une mauvaise constitution chez lesquels il existe une véritable disposition gangréneuse. — Ont lieu à la suite d'une violente inflammation. — Quelquefois surviennent sans inflammation violente, lorsqu'une cause délétère existe dans l'économie. — Le *prognostic* varie selon que la gangrène a été déterminée par la violence de l'inflammation ou par la malignité de la cause. — *Traitement* antiphlogistique ou tonique, selon la cause qui a produit la gangrène. II, 451 et suiv., II, 387 et suiv.

**ULCÈRES calleux**. — Nom donné aux ulcères dont le fond, les bords et les environs sont dans un état habituel d'inflammation chronique. — S'observent communément chez les gens du peuple qui négligent

trop leurs blessures. — Sont toujours très-anciens et d'autant plus calleux que l'inflammation chronique y a été plus long-temps entretenue. — L'exercice forcé, les varices peuvent faire dégénérer une plaie simple en ulcère calleux. — *Signes diagnostiques* : callosités tout autour de l'ulcère calleux : suppuration sanieuse et fétide. — *Pronostic* : n'a rien de grave, la guérison est difficile à obtenir. — *Traitement* : repos, topiques émolliens ; la compression n'a d'efficacité que pour prévenir les rechutes. — Application d'un exutoire avant la terminaison de la cure., II, 455 et suiv. II, 391 et suiv.

**ULCÈRES variqueux**. — Dénomination donnée aux ulcères qui sont entretenus par la dilatation variqueuse des veines de la partie affectée, et par l'engorgement lymphatique auquel cette dilatation donne lieu. — S'observent le plus communément aux membres inférieurs. — Se reconnaissent facilement aux varices et à l'engorgement qui occupent le membre. — Ne sont point dangereux et sont même faciles à guérir. — *Méthode curative* : compression exercée sur toute l'étendue du membre à l'aide d'un bandage roulé ou d'un bas lacé ; emploi des bandelettes agglutinatives pour rapprocher les bords de la plaie. Dans le cas de complication d'inflammation, il faut mettre d'abord en usage le traitement antiphlogistique. — II, 460 et suiv., II, 396 et suiv.

**ULCÈRES fongueux**. — Nom donné aux ulcères entretenus par l'atonie et le boursofflement des bourgeons charnus qui en forment le fond. — Les fongosités sont quelquefois considérables. — *Causes* : 1° l'abus des topiques gras et relâchans ; 2° un état de débilité générale, inhérente à la constitution ; 3° une carie, la mortification d'un

tendon, d'une aponévrose correspondant à l'ulcère. — *Traitement* : relatif aux causes. 1° Application de topiques légèrement excitans, stimulation à l'aide du calorique; 2° traitement médical tonique et fortifiant; 3° combattre seulement la carie et la nécrose. II, 466 et suiv., II, 401 et suiv.

**ULCÈRES vermineux.** — Sont ceux où l'on remarque des larves d'insectes. — Ne doivent pas faire une classe à part. — *Traitement* : détruire les larves et panser comme à l'ordinaire. II, 469 et suiv., II, 404 et suiv.

**ULCÈRES vénériens.** — Nom donné aux ulcères produits et entretenus par le virus syphilitique. — Distingué en primitifs et en consécutifs. — *Ulcères primitifs.* — Ont reçu le nom de chancres. — Peuvent survenir à toutes les parties où la peau est mince et délicate, et principalement aux orifices de toutes les cavités. — Mode de développement : tumeur prurigineuse au lieu de contact avec le virus; phlyctènes; ulcération; engorgement des ganglions lymphatiques correspondans. — *Signes diagnostiques* : forme arrondie; fond grisâtre; bords rouges, renversés et taillés à pic. — *Traitement local* : ablation de la partie de la peau qui est le siège de l'ulcère; cautérisation : ces moyens exposent à des accidens consécutifs graves; topiques émolliens, secondés par un traitement général. — *Traitement général* : frictions mercurielles, sublimé corrosif : manière d'administrer ces médicamens. II, 470 et suiv., II, 405 et suiv. — *Ulcères vénériens consécutifs.* — Surviennent plus ou moins long-temps après l'infection. — Se développent sur les parties où la peau est peu distante des os, au voile du palais, etc. — Sont superficiels et ne dépassent pas les tégumens. — Si-

gnes diagnostiques : tirés en partie des circonstances commémoratives de leur forme et de la réussite du traitement mercurel local. — *Traitement* mercuriel général et complet. II, 475 et suiv., II, 410 et suiv.

**ULCÈRES scrophuleux.** — Dépendent du vice scrophuleux. — Peuvent survenir sur toutes les parties du corps; se remarquent surtout autour des glandes lymphatiques et des articulations. — Sont tantôt bornés à la surface de la peau, tantôt au tissu cellulaire sous-eutané, tantôt aux ganglions lymphatiques. — *Signes diagnostiques* : tirés de l'existence concomitante de la constitution scrophuleuse, du caractère froid de l'abcès (*Voy. Abscess froids*). — *Pronostic* : la guérison est extrêmement difficile, et s'opère quelquefois spontanément à l'époque de la puberté. — *Traitement général* : habitation dans un lieu sec et élevé; vêtemens chauds; diète animale; médicamens toniques, fortifiants antiscorbutiques. — Bains froids, bains de mer. — *Traitement local* : est ordinairement insuffisant : ne pas enlever les croûtes qui recouvrent les ulcères; applications emplastiques, bains alcalins; douches hydrosulfurées; cathérétiques; amputation du membre dans le cas où une abondante suppuration causée par la carie scrophuleuse d'un os jetterait le malade dans le marasme. II, 479 et suiv., II, 414 et suiv.

**ULCÈRES dartreux.** — Sont produits ou entretenus par une affection dartreuse. — *Pronostic.* — *Traitement* général, local. — *Voy. Vice dartreux.*

**ULCÈRES scorbutiques.** — Sont un des symptômes par lesquels le scorbut se manifeste. — *Diagnostic* : tiré des caractères généraux d'affection scorbutique, de l'aspect noirâtre fongueux de l'ulcère, qui fournit au lieu de pus une saignée putride

et sanguinolente. — *Traitement* : doit être entièrement médical : végétaux acides, alimens de facile digestion ; boissons amères, toniques. — *Traitement local* : styrax, baume d'Arcéus. II, 491 et suiv., II, 426.

UNISSANT (*bandage*). — *Voy.* Bandage.

URETÈRES (*rétrécissement des*). — Lorsque l'urine ne coule plus ou ne passe qu'en très-petite quantité dans les uretères, ces conduits se rétrécissent spontanément, comme tous les autres conduits excréteurs. — Plusieurs autres causes peuvent déterminer ce rétrécissement : les calculs, le défaut de sécrétion de l'urine, l'inflammation chronique de la membrane muqueuse qui tapisse ces conduits, l'accumulation des matières fécales dans le gros intestin, un vice de conformation. VIII, 530 et suiv.

URETÈRES (*dilatation des*). — Les parois des uretères sont susceptibles d'une grande extension. — Description des lésions anatomiques trouvées par plusieurs auteurs à l'ouverture des cadavres. VIII, 533 et suiv. — La dilatation peut avoir lieu à la fois dans plusieurs points de l'étendue de ces conduits. 534. — C'est toujours l'interruption constante ou souvent renouvelée du passage des urines des uretères dans la vessie, et leur défaut d'écoulement au dehors, qui donnent naissance à la dilatation accidentelle et contre nature de ces canaux. VIII, 535 et suiv. — Observation de dilatation considérable des uretères rapportée par Chopart et Pelletan. 537 et suiv. — L'ampliation de l'uretère peut être assez grande pour produire une tumeur apparente à l'extérieur et sensible au toucher dans le trajet de ce conduit : fait de ce genre rapporté par Desgranges. VIII, 540 et suiv. — Le *diagnostic* de ces tumeurs est ordinairement fort difficile ; tu-

meur de ce genre prise par l'auteur pour un abcès par congestion. 544 et suiv. — La dilatation de l'uretère est une maladie incurable et qui fait presque toujours périr les malles. VIII, 547 et suiv.

URETÈRES (*spasme et inflammation des*). — Ces maladies sont très-rarees, peu connues, difficiles à reconnaître, et n'existent peut-être jamais comme affections essentielles ou primitives. Leurs causes présumées ; leur *traitement*. VIII, 547 et suiv.

URETÈRES (*calculs arrêtés dans les*). — Ces pierres se forment rarement dans les uretères ; circonstances dans lesquelles cela serait possible ; fait à l'appui rapporté par l'auteur. VIII, 548 et suiv. — Ces calculs viennent presque toujours des reins. 549 et suiv. — Lésions anatomiques rencontrées à l'ouverture des cadavres. 550 et suiv. — Le plus souvent l'uretère ne contient qu'un seul calcul ; forme et volume de ce calcul. 551 et suiv. — Les accidens produits par la présence des pierres varient à raison de la forme et du volume de ces corps étrangers. 553 et suiv. — Le *diagnostic* est presque toujours obscur, et le *prognostic* fort grave. 554 et suiv. — L'indication curative est de favoriser la chute des calculs dans la vessie, et de combattre les accidens. VIII, 555 et suiv.

URETÈRE (*calculs de l'*). — Les pierres poussées hors de la vessie peuvent s'arrêter dans divers points de l'uretère. IX, 487.

— *Pierres arrêtées dans le col de la vessie*. — La forme en entonnoir que présente l'uretère à sa jonction avec la vessie est propre à y favoriser le séjour des calculs. IX, 487. — Ces pierres sont quelquefois petites, d'autres fois d'un certain volume ; symptômes différens suivant le volume différent des calculs. IX, 488. — Opération conseillée dans le cas où un calcul est engagé

dans le col de la vessie ; procédé opératoire ; précautions particulières que le chirurgien devra prendre. IX, 489 et suiv.

— *Pierres arrêtées dans la partie membraneuse de l'urètre.*—La partie membraneuse de l'urètre, faible et très-extensible, se prête facilement au séjour des calculs. IX, 490. — Les calculs ne restent pas longtemps dans cette portion de l'urètre sans prendre un nouvel accroissement. 490. — Nature des accidens que leur accroissement et leur présence prolongée peuvent déterminer. 491. — La présence d'une pierre dans la partie membraneuse de l'urètre est facile à reconnaître. *Signes diagnostiques.* 491. — Procédé opératoire suivi pour l'extraction de ces calculs. IX, 492. — Après l'extraction de ces calculs, si l'on s'apercevait qu'il en existe aussi dans la vessie, on continuerait l'opération comme dans le cas de calcul vésical. 493. — Cette opération est fréquemment suivie d'une fistule urinaire incurable. IX, 494 et suiv. — *Pierres arrêtées dans la portion spongieuse de l'urètre.* — La présence de ces calculs est toujours facile à reconnaître. *Signes diagnostiques.* IX, 494. — Ces calculs sont quelquefois en nombre considérable. 494. — Les indications curatives ont pour objet de favoriser la sortie du calcul par les voies naturelles, ou de leur frayer une route artificielle. — *Traitement* conseillé pour remplir la première indication. 494. — Perforation du calcul conseillé par plusieurs chirurgiens ; dangers de cette méthode. 495. — L'insufflation a été plusieurs fois pratiquée avec succès. IX, 495. — La succion a été aussi très-anciennement employée ; ce procédé est fort peu efficace. 496. — Instrumens divers employés pour extraire ces calculs ; curette, pinces à mors, crochet. 496 et suiv. —

L'incision est le moyen le plus simple ; procédé opératoire adopté par l'auteur. 497. — Pansemens subséquens. 498. — L'incision de l'urètre est encore applicable dans le cas où un calcul est arrêté dans la fosse naviculaire. 499. — Quand la pierre occupe la portion de l'urètre qui correspond au scrotum, on ne doit recourir à l'incision que lorsque l'extraction du calcul est impossible par un autre moyen ; procédé opératoire dans cette circonstance. 499 et suiv. — Conduite du chirurgien dans le cas où l'urètre est rempli de petits calculs agglutinés entre eux, et qu'il en résulte une rétention d'urine. IX, 500.

— *Corps étrangers engagés dans l'urètre.*—On emploiera pour les extraire les mêmes moyens que pour l'extraction des calculs. IX, 500.

— *Calculs arrêtés dans l'urètre des femmes.*—Il est rare que chez la femme les calculs échappés de la vessie ne soient pas poussés au dehors. IX, 500. — Le séjour prolongé des calculs dans l'urètre des femmes n'a pas des inconvéniens tout-à-fait aussi graves que chez l'homme. 501. — Le traitement qu'exigent ces calculs varie suivant les accidens qu'ils produisent et le temps depuis lequel ils sont dans l'urètre. 501. — Conduite du chirurgien dans le cas où le calcul est engagé complètement ou incomplètement dans l'urètre. IX, 501 et suiv.

URÈTRE (*maladies de l'*). Voy. Vessie.

URÈTRE (*rétrécissement de l'*). Voy. Rétention d'urine.

URINAIRES (*fistules*). Voy. Fistules urinaires.

URINAIRES (*calculs*). Voy. Calculs.

URINE (*rétention d'*). Voy. Rétention d'urine.

URINE (*suppression de l'*). — Maladie dans laquelle les reins cessent de sécréter l'urine. — Ne doit pas être confondue avec la rétention d'urine. VIII, 450. — Examen des cau-

ses qui déterminent cette affection ou qui l'aggravent. 450 et suiv. — La sécrétion de l'urine est constamment diminuée dans l'ascite et dans plusieurs autres hydroopies. 451. — La suppression de l'urine a lieu quelquefois chez les hypocondriaques, chez les femmes vaporeuses, hystériques. — Les causes de la maladie sont alors purement nerveuses. 452. — Cette affection peut amener des accidens graves, et même souvent la mort du sujet. — Le *traitement* sera surtout relatif aux causes de la maladie. VIII, 452 et suiv.

URINEUX (*dépôts*). — Tumeurs urinaires qui se forment au périnée ou dans d'autres régions voisines des conduits urinaires, et qui sont produites par l'effusion de l'urine. IX, 242. — Ces sortes de dépôts supposent toujours une solution de continuité ou crevasse dans l'urètre. 242 et suiv. — Les dépôts urineux du périnée sont de trois sortes : amas d'urine dans une poche particulière formée par la tunique externe ou celluleuse de l'urètre, infiltration d'urine, abcès urineux. 243. — Description anatomique de ces trois sortes d'épanchemens. 243 et suiv. — *Symptômes, pronostic et traitement* des dépôts urineux du premier genre. 244 et suiv. — La marche et les phénomènes des dépôts urineux par infiltration sont relatifs à la grandeur de la crevasse de l'urètre, à la résistance que l'urine éprouve dans son passage par le canal, et à la force avec laquelle ce liquide est expulsé de la vessie. IX, 146 et suiv. — Le *diagnostic* de ces dépôts par infiltration présente quelquefois beaucoup de difficultés. Il se tire principalement de la rétention d'urine qui a précédé le développement subit de la tumeur, et de la diminution des accidens dépendans de la situation. 249 et suiv. Il faut pratiquer le plus tôt possible une incision au pé-

rinée pour donner issue à l'urine épanchée. 250. — Pansement subséquent. IX, 251 et suiv.

## V.

VAGIN (*vices de conformation du*) —

Sont nombreux et variés : les principaux sont : l'ouverture du vagin dans le rectum, son étroitesse congénitale ou accidentelle, son imperforation. X, 407.

— *Ouverture du vagin dans le rectum.* — Plusieurs faits de ce genre ont été observés par les chirurgiens. X, 407 et suiv.

— *Étroitesse du vagin.* — Ce vice de conformation peut être congénital ou accidentel : examen des causes qui peuvent déterminer accidentellement l'étroitesse du vagin. X, 408 et suiv. — Observations diverses des auteurs relatives à ce vice de conformation. X, 410 et suiv.

— *Imperforation du vagin.* — Elle est ordinairement congénitale, quelquefois accidentelle : elle ne cause aucun accident jusqu'à la puberté. X, 413. — L'imperforation congénitale est ordinairement due à une mauvaise disposition de la membrane hymen : *traitement* de ce vice de conformation. 414 et suiv.

— *Absence du vagin.* — Chez quelques femmes il n'y a aucune trace des parties antérieures de la génération ; chez d'autres, ces parties existent avec absence complète du vagin. X, 419 et suiv. — Quelques-unes des femmes qui n'ont pas de vagin sont privées de matrice ; relation de plusieurs faits de ce genre. X, 421 et suiv. — Accidens graves qui résultent de ce vice d'organisation à l'époque de la puberté, lorsqu'il existe en même temps une matrice. 424. — Opérations diverses proposées par les chirurgiens pour remédier à ce vice de conformation ; circonstances dans lesquelles ces opérations doivent être prati-

quées ; contre-indications ; dangers qui les accompagnent ou qui les suivent. X, 425 et suiv. — Description des lésions anatomiques trouvées sur le cadavre d'une jeune fille qui périt par suite de ce vice de conformation. X, 429 et suiv.

VAGIN (*rupture du*). — Circonstances dans lesquelles cet accident peut arriver. X, 432 et suiv. — Conséquences de cette rupture. 434. — Suture pratiquée par Dubois et Saucerotte ; procédé opératoire. 435 et suiv. — Procédé opératoire adopté par M. Noël. 439 et suiv. — La communication du rectum avec le vagin est aussi quelquefois la suite de la gangrène de la paroi recto-vaginale à la suite d'un accouchement laborieux. X, 441 et suiv.

VAGIN (*polypes du*). — S'observent assez rarement, se développent comme ceux des autres parties. X, 442 et suiv. — Ont des caractères communs avec les autres tumeurs qui se présentent dans le vagin. — *Diagnostic différentiel*. X, 443 et suiv. — *Traitement* : le même que celui des polypes des autres parties du corps. X, 444 et suiv.

VAGIN (*chute ou renversement du*). — N'est formé que par l'engorgement et le boursoufflement de la membrane muqueuse du vagin. X, 445. — Examen des causes qui prédisposent à cette maladie et qui peuvent la déterminer. 445 et suiv. — *Signes et symptômes* à l'aide desquels on parvient au *diagnostic* spécial et différentiel de la maladie. 446 et suiv. — Le *pronostic* de la chute du vagin varie à raison de l'ancienneté et de l'étendue du déplacement. 448. — Les indications curatives sont différentes suivant le degré de la maladie. *Traitement* prophylactique. — Réduction de la membrane muqueuse. 448 et suiv. — Il arrive quelquefois que la partie tombe en mortification : con-

duite du chirurgien dans cette circonstance. X, 449 et suiv.

VAISSEAUX. — Existents dans toutes les parties du corps. I, 178. — Ne se réparent pas quand ils ont éprouvé une perte de substance. I, 215. — Forment les brides que l'on rencontre dans les foyers des abcès. I, 65, I, 66.

VALSALVA. — Son *traitement*, palliatif des anévrismes. II, 119 et suiv.

VANHELMONT. — Sa théorie sur l'irritation. I, 10.

VARICE ANÉVRISMALE. — *Voy.* Anévrisme variqueux.

VARICES. — Tumeurs formées par la dilatation permanente des veines sous-cutanées. — La structure des veines rend raison de leur fréquence. — Les veines superficielles du corps et notamment celles des jambes et des cuisses y sont exposées. — Ont été observées également à l'hypogastre. — Compriment les vaisseaux lymphatiques et déterminent l'engorgement des membres. — *Causes* prédisposantes : direction, faiblesse organique, disposition morbifique des veines. — *Causes* efficientes : obstacles au retour du sang veineux, anévrismes, tumeurs, grossesse, etc. — Accidens qu'elles déterminent : engorgement des membres, ulcères. — *Caractères diagnostiques*. — *Pronostic* : peu grave à moins que les varices ne dépendent d'une tumeur développée dans la cavité de l'abdomen, ou qu'il ne soit survenu des complications fâcheuses. II, 279 et suiv., II, 245 et suiv. — *Traitement*. — Insuffisance du traitement général et pharmaceutique. — Faire disparaître les causes mécaniques qui s'opposent au libre cours du sang. — Compression générale et méthodique des membres : ce moyen n'est que palliatif et ne doit pas être employé dans certains cas. — Incision, évacuation du caillot con-

- tenu dans les veines. — Cautérisation, excision des varices, proserites par l'auteur. — La compression méthodique et permanente suffit ordinairement pour remédier aux inconvéniens que causent les varices. II, 285 et suiv., II, 250 et suiv.
- VARICOÈLE OU CIRSOÈLE.**—On nomme varicoèle la dilatation des veines du serotum, et cirsoèle la dilatation variqueuse de la veine spermatique et de ses rameaux. X, 231. — Le varicoèle peut exister dans tous les âges; les jeunes gens y sont plus sujets que les adultes et que les vieillards. 231.—Examen des causes qui peuvent produire cette maladie. 231 et suiv.—*Signes diagnostiques* du varicoèle à son début, et au plus haut période de la maladie. 232.—Le diagnostic du varicoèle offre quelque obscurité dans le début, et il en peut présenter encore quand la tumeur a acquis un volume considérable. 233.—Le varicoèle est une maladie incurable. 233.—On a proposé la castration pour guérir le varicoèle; mais on n'en doit venir à cette extrémité que lorsque la maladie se complique d'affection squirrheuse. X, 235 et suiv.
- VARICOMPHALE.**—Nom donné à la dilatation variqueuse des veines de l'ombilic ou de l'hypogastre.—Il n'existe pas d'exemples avérés de cette maladie.—On ne doit y opposer aucun traitement. VII, 537.
- VARIQUEUSES (tumeurs).**—Voy. Fongueuses sanguines.
- VARIQUEUX (ulcères).**—Voy. Ulcères.
- VEINES (hémorrhagie des).**—S'arrête plus facilement que celle des artères.—Difficile à arrêter lorsqu'une compression empêche le retour du sang vers le cœur. — Est très-dangereuse quand la veine est unique dans le membre, ou située dans une cavité. I, 244 et suiv.
- VÉNÉRIENS (ulcères).**—Voy. Ulcères.
- VENTOUSES.**—Voy. Saignée locale.
- VENZEL (Aloys Stutz).**—Emploie les bains alealins et le carbonate de potasse uni à l'opium pour traiter le tétanos.—Histoires de maladies qui prouvent l'efficacité de cette méthode. I, 308 et suiv.
- VERGE (amputation de la).**—Le cancer et la gangrène de la verge sont les deux maladies qui obligent le plus souvent à recourir à l'amputation de cet organe. X, 372.—Cette opération n'a été pratiquée que dans les temps modernes. 372 et suiv.—Description de l'appareil nécessaire pour pratiquer cette opération. 374.—Situation du malade, procédé opératoire pour l'excision des corps caverneux. 375.—Manière d'arrêter l'hémorrhagie. 375 et suiv.—Pansemens consécutifs à l'opération. 376 et suiv.—Urinal de Paré dans le cas où l'amputation a été faite près du pubis. X, 377 et suiv.
- VERGE (plaies de la).**—Différent entre elles à raison de l'instrument qui les a faites et des parties qui sont intéressées. X, 349.—Piqûres: elles sont peu graves et n'exigent point un traitement particulier. 349 et suiv.—*Traitement* des plaies par instrumens tranchans; celles qui intéressent l'urètre offrent des indications particulières.—Ablation totale de la verge: moyens de prévenir les accidens qui peuvent survenir. X, 350 et suiv.
- VERGE (compression circulaire de la).**—S'exerce au moyen d'anneaux, de liens, etc.—Indications curatives, *traitement*. X, 352 et suiv.
- VERGE (inflammation de la).**—Caractères, causes de cette phlegmasie. X, 254.—Elle se termine le plus souvent par résolution, rarement par gangrène.—Histoires de maladies relatives au mode de terminaison et au développement de cette inflammation. 355 et suiv.—Le *traitement* varie suivant les périodes et les terminaisons de la

maladie ; il est local , général. X, 357 et suiv.

VERGE (*anévrisme des corps cavernoux de la*).—Cette maladie n'est connue que par un fait qu'a observé et décrit Albinus.—Relation de ce fait. X, 358 et suiv.

VERGE (*tumeurs dures , nœuds ou ganglions des corps cavernoux de la*).—Ces tumeurs sont disposées en forme de chapelet , et occupent quelquefois les deux corps cavernoux : on ignore encore leur nature et leur traitement. X, 360 et suiv.

VERGE (*ulcères de la*).—Sont le plus souvent vénériens ; on les désigne communément sous le nom de chancres. X, 361.—On les distingue en bénins et en malins. 362. *Signes diagnostiques*, symptômes de ces ulcères. 362 et suiv.—Le *diagnostic* est toujours facile. 363.—*Traitement* local et général de ces chancres et de leurs complications. X, 364 et suiv.

VERGE (*excroissances de la*).—Sont de nature syphilitique : se montrent principalement sur le gland. X, 367.—Doivent être traitées par les éscarrotiques , par les mercuriaux , et par l'excision. X, 368 et suiv.

VERGE (*cancer de la*).—Se développe sous l'influence des mêmes causes qui produisent les autres maladies cancéreuses , et reconnaît , de plus , quelques causes particulières. X, 369 — Cette maladie ne se développe pas toujours de la même manière , et ne se montre pas constamment sous la même forme. 370 et suiv.—Elle ne peut guérir que par l'ablation de la verge. X, 371 et suiv.

VERMANDOIS.—A été conseillé de faire la résection du fémur , dans le cas de luxation spontanée de cet os.—A pratiqué avec succès la résection des os dans quelques articulations ginglymoïdales. IV, 441, IV, 443.

VÉROLE.—Détermine la gangrène sèche. I, 146, I, 147.

VERRUES.—Ont reçu vulgairement le

nom de *poireaux* : petites excroissances et tubercules brunâtres qui se forment dans le tissu de la peau. XI, 19 et suiv.—Diffèrent beaucoup entre elles par leur volume , leur forme et leur consistance. 20 — Leur cause est inconnue. 20. — Leur *diagnostic* n'offre aucune difficulté. 21.—Elles ne causent ordinairement aucune espèce d'incommodité. 21.—Elles tombent quelquefois naturellement. 21. — Les moyens employés pour les guérir sont la ligature , la section , les corrosifs et le cautère actuel. — Circonstances dans lesquelles ces divers procédés conviennent plutôt que d'autres. XI, 21 et suiv.

VERS.—Leur présence dans l'intestin peut déterminer le tétanos. I, 278.

VERTÈBRES (*fracture des*).—Cet accident est rare.—Les apophyses épineuses , les lames et les apophyses transverses sont le plus souvent affectées.—La contusion qui produit la fracture ne se borne pas à l'os et se propage jusqu'à la moelle , ce qui donne naissance à des accidents nerveux fort graves. — *Diagnostic* : toujours difficile ; saillie , mobilité des apophyses épineuses ; symptômes de compression , de déchirure ou d'inflammation de la moelle. — *Pronostic* : est très-funeste. — *Traitement* : consiste à combattre les accidents nerveux qui peuvent survenir. III, 132 et suiv., III, 134 et suiv.

VERTÈBRES (*carie des*).—Se rencontre très-communément.—Est tantôt superficielle et tantôt profonde , et dans ce dernier cas elle a reçu le nom de mal vertébral de Pott. La carie affecte principalement le corps des vertèbres.—Cette maladie s'observe surtout chez les jeunes sujets scrophuleux ou adonnés à la masturbation. — *Signes diagnostiques* : douleur fixe , profonde , mais médiocre ; courbure de la colonne vertébrale , saillie des

apophyses épineuses correspondantes ; abcès par congestion ; faiblesse, paralysie des extrémités inférieures ; douleurs plus vives dans la région lombaire, ouverture spontanée des abcès par congestion, suppuration fétide, fièvre hectique, dévoiement colliquatif, marasme, mort. — *Altérations pathologiques* : destruction plus ou moins complète du corps des vertèbres, intégrité des fibro-cartilages intervertébraux, kystes cellulaires remplis de matière tuberculeuse ramollie. — *Pronostic* : toujours extrêmement fâcheux, surtout quand la carie tient d'un vice serophuleux ou à la masturbation. — *Traitement* : application de plusieurs cautères autour des vertèbres malades : extrême efficacité de cette médication ; renouveler souvent l'application des cautères et en continuer long-temps l'emploi : ces moyens sont inefficaces quand il existe déjà des abcès par congestion. Histoire de maladies relatives à l'efficacité de cette médication. III, 490 et suiv., III, 495 et suiv.

VERTÈBRES (*luxations des*). — *Vide infra*.

VERTÈBRE (*luxation de la première*). — Cette luxation est impossible, parce que l'articulation est le siège de fort peu de mouvemens : cependant l'altération et une maladie des surfaces articulaires peuvent changer les rapports de ces os. Le *diagnostic* est tout-à-fait impossible. — Le *pronostic* est toujours fort grave, à cause de la compression que peut éprouver la moelle. — Le traitement ne peut être relatif qu'aux causes qui ont altéré les surfaces articulaires. IV, 102 et suiv.

VERTÈBRE (*luxation de la première sur la seconde*). — S'observe assez communément. — A lieu de deux manières différentes : l'apophyse odontoïde peut se porter directement en arrière ou passer au-des-

sous du ligament transversal après avoir rompu les ligamens latéraux, ou bien en se fracturant permettre le déplacement des surfaces articulaires. — Cette luxation est immédiatement suivie de la mort. IV, 107 et suiv.

VERTÈBRES (*luxation des cinq dernières cervicales*). — Cette luxation peut se passer dans l'une des apophyses obliques inférieures d'une vertèbre cervicale. — *Causes* : une flexion forcée ou une rotation extrême des vertèbres du cou : la seule action musculaire peut produire ce phénomène. — *Signes diagnostiques* : rotation et inclinaison latérale permanentes de la tête et du cou ; impossibilité de ramener le cou à sa rectitude naturelle : obliquité de l'apophyse épineuse. — La luxation d'une seule des apophyses articulaires n'est jamais accompagnée de compression de la moelle : celle des deux apophyses ferait éprouver des tiraillemens à la moelle. — La réduction ne doit pas être tentée, parce qu'elle peut entraîner instantanément la mort du malade. IV, 112 et suiv.

VERTÈBRES (*luxation du corps des*). — Ne peut avoir lieu sans fracture comminutive de la vertèbre et sans entraîner instantanément la mort. IV, 119 et suiv.

VÉSICATOIRES. — N'agissent que comme révulsifs dans les inflammations internes. I, 42. — Sont utiles dans le traitement prophylactique des abcès par congestion. I, 92. — Sont efficaces pour prévenir la gangrène. I, 116. — Ont été conseillés contre le tétanos, et sont aujourd'hui regardés comme inutiles dans le traitement de cette maladie. I, 300. — Doivent être appliqués, dès le second pansement, sur les plaies par morsure d'animaux enragés. I, 454, I, 457. — Conseillés pour apaiser les douleurs qui persistent après la guérison du zona. II, 333.

VÉSICATOIRES. — Matières employées pour produire des vésicatoires. XI, 361 et suiv. — Composition de l'emplâtre épispastique. 362. — Différentes manières dont on varie les vésicatoires. 362 et suiv. — Ils peuvent être appliqués sur toutes les parties du corps. 365 et suiv. — Procédés suivis pour l'application des vésicatoires. 364. — Effets de l'application de l'emplâtre épispastique. 365 et suiv. — Manière de procéder au pansement, suivant que l'on veut faire suppurer ou non le vésicatoire. XI, 366 et suiv. — Topiques que l'on doit appliquer sur la peau dénudée par les vésicatoires. 368 et suiv. — Accidens qui accompagnent quelquefois l'application des vésicatoires : fausses membranes ; douleurs vives ; végétations du derme ; inflammation érysipélateuse ; engorgement des ganglions lymphatiques ; gangrène ; lésions de la vessie. XI, 371 et suiv.

VESSE DE LOUP. — Mise au nombre des substances absorbantes propres à arrêter l'hémorrhagie. — N'a d'efficacité qu'autant qu'elle est soutenue par la compression.

VESSIE (*hernie de la*). — Voy. Hernie.

VESSIE (*inversion de la*). — En quoi consiste ce vice de conformation. Est plus commun chez l'homme que chez la femme. IX, 2. — *Signes* extérieurs auxquels on la reconnaît. 3 et suiv. — Les os pubis sont écartés l'un de l'autre d'environ deux ou trois pouces. 4. — Ce vice de conformation de la vessie est constamment accompagné d'une défecuosité plus ou moins grande dans les organes de la génération. 4 et suiv. — L'inversion de la vessie est très-rare chez la femme ; elle s'accompagne de défecuosité beaucoup plus considérable des organes de la génération. 5 et suiv. — Dans tous les cas où l'on a pu faire l'examen anatomique du corps des personnes mortes avec

une inversion congénitale de la vessie, on a reconnu qu'il ne se trouve à ce viscère que sa paroi postérieure : faits relatifs à ce vice de conformation rapportés par différens auteurs. 8 et suiv. — On ne peut guérir ce vice organique, mais on peut empêcher que l'urine ne se répande, en adaptant une boîte vis-à-vis les conduits excréteurs de l'urine. IX, 10.

VESSIE (*inflammation de la*). — Peut attaquer toutes les tuniques à la fois, ou n'attaquer que la tunique interne. IX, 10 et suiv. — La cystite est beaucoup plus rare que le catarrhe de la vessie : elle affecte le col, une partie ou tout le corps de cet organe. 11. — Les causes de la cystite sont internes ou externes : examen de ces causes. 11 et suiv. — Cette maladie produit des changemens très-remarquables dans les propriétés vitales de la vessie. 12. — *Symptômes* généraux et communs de la cystite ; *symptômes* particuliers. 12 et suiv. — La cystite peut se terminer par résolution, par suppuration, par gangrène et par induration : circonstances dans lesquelles ces diverses terminaisons peuvent avoir lieu ; *signes* auxquels on les reconnaît. IX, 14 et suiv. — Le *traitement* de la cystite ne diffère pas de celui des autres phlegmasies internes et particulièrement de celle des reins. 15 et suiv. — Histoire de cystites déterminées par l'ingestion des eantharides. IX, 17 et suiv.

VESSIE (*catarrhe de la*). — Inflammation de la membrane muqueuse de la vessie. — Est quelquefois une maladie presque locale qui n'entraîne pas de trouble considérable dans les fonctions. IX, 24. — La durée du catarrhe aigu est de vingt à quarante jours. 24 et suiv. — Le catarrhe chronique a des symptômes assez différens de ceux du catarrhe aigu : examen de ces symptômes, soit locaux, soit généraux.

25 et suiv. — Le *diagnostic* du catarrhe vésical ne présente pas d'incertitude quand la marche de cette affection est aiguë. 26 et suiv. — Le *pronostic* du catarrhe est généralement grave : si la maladie est aiguë, il est toujours à craindre qu'elle ne passe à l'état chronique. IX, 29. — Le traitement du catarrhe de la vessie varie selon que cette maladie est aiguë ou chronique. — *Traitement* du catarrhe aigu à son début, vers sa terminaison. 28 et suiv. — Lorsque la maladie devient chronique, il est presque impossible de la guérir, et souvent même d'en pallier les symptômes. Moyens divers conseillés pour calmer les accidens que détermine cette affection. 29 et suiv. — Le traitement doit être surtout subordonné à la cause de la maladie. 30 et suiv. — Injection conseillée dans le but de réprimer l'affluence des humeurs. — Le régime est un objet très-important dans le traitement du catarrhe chronique de la vessie. IX, 35 et suiv.

VESSIE (*abcès de la*). — Congestion purulente, circonscrite, un peu considérable, entre les tuniques qui composent ce viscère; observations de ce genre rapportées par Chopart. IX, 54 et suiv. — Le pus est quelquefois infiltré dans l'épaisseur des tuniques du viscère. 36. — Le pus contenu dans les abcès de la vessie peut prendre différentes voies; le plus ordinairement il s'épanche dans la vessie. 36 et suiv. — Le *diagnostic* de cette maladie est fort obscur, et le plus souvent impossible; motifs de cette difficulté. 37 et suiv. — Le *pronostic* est extraordinairement fâcheux; le *traitement* est le même que celui des ulcères de cet organe. IX, 38. — (*Voy. Ulcères de la vessie.*)

VESSIE (*gangrène de la*). — L'inflammation de la vessie peut se terminer par gangrène; mais cette ter-

minaison est rare lorsque la cystite n'est point accompagnée de rétention complète de l'urine. IX, 38. — Quand la gangrène est bornée à un point plus ou moins étendu de la vessie, les suites en sont différentes, suivant l'endroit de cet organe qui est affecté. 39 et suiv. — La pression de la tête de l'enfant dans un accouchement long et difficile détermine quelquefois ce fâcheux accident; il en est de même de la présence d'un corps étranger dans la cavité de cet organe; elle cause souvent une fistule urinaire dans le rectum chez l'homme, et dans le vagin chez la femme. IX, 40 et suiv.

VESSIE (*ulcères de la*). — Consistent dans l'érosion avec suppuration des tuniques de cet organe, et plus communément de la tunique interne. IX, 41. — Ces ulcères sont tantôt primitifs, tantôt consécutifs. 41. — *Symptômes* locaux et généraux: leur valeur respective et discutée. 42 et suiv. — Le *diagnostic* est en général fort difficile, et souvent impossible. 42 et suiv. — Dans le *traitement* des ulcères de la vessie, on doit s'attacher à combattre la douleur et les autres symptômes, et ensuite chercher à les déterger et à les cicatrifier. — Moyens employés pour parvenir à ce but. IX, 44 et suiv.

VESSIE (*fistules de la*). — Se présentent sous deux formes différentes; ont reçu les noms de rectales, vaginales, intestinales, extérieures, ombilicales, hypogastriques, du périnée, suivant leur terminaison dans l'une de ces diverses parties. IX, 45. — On les distingue aussi en fistules simples et en fistules composées. 45. — *Symptômes* communs des fistules de la vessie. 46. — *Causes* et symptômes particuliers des fistules urinaires de l'ombilic. 46 et suiv. — *Causes* et symptômes des fistules vésicales de la région hypogastrique. 47 et suiv. —

Ce dernier genre de fistule succède souvent à la ponction de la vessie au-dessus du pubis. IX, 50.

— *Fistule vésico-vaginale.* — Examen critique de ses causes. IX, 51. — *Symptômes et signes diagnostiques.* 51. — Succède souvent à l'extraction d'un corps étranger de la vessie, ou à l'accouchement. 52. — *Traitement*: palliatif et curatif. IX, 52 et suiv.

— *Fistule vésico-intestinale.* — Peut avoir son siège au sommet de la vessie et communiquer avec l'iléon ou le colon, ou bien être située au bas-fond de la vessie et communiquer avec le rectum; examen anatomique du cadavre d'un individu mort de cette maladie. IX, 55 et suiv.

— La fistule de la vessie qui s'ouvre dans le rectum n'a lieu que chez les hommes. 56. — *Signes diagnostiques* de ces différentes espèces de fistules. 56 et suiv. — Elle n'est guère susceptible de guérison que lorsqu'elle dépend de la présence d'une pierre ou d'un autre corps étranger. IX, 57 et suiv.

— *Fistule uréthro-rectale.* — Peut dépendre de la crevasse du rectum ou de l'urètre par une sonde ou par des bougies; examen des diverses autres causes qui peuvent la produire. IX, 58. — *Signes pathognomoniques* auxquels on la reconnaît. 58 et suiv. — Le *traitement* de cette affection ne diffère point de celui de la fistule recto-vésicale; l'indication curative est de rendre un libre cours à l'urine, et de s'opposer au passage des matières fécales et des vents par l'ouverture fistuleuse. — Moyens de remplir cette indication. IX, 60 et suiv.

VESSIE (*rupture de la*). — Peut avoir lieu ou lorsque l'organe est trop violemment distendu par l'urine ou lorsqu'il est frappé de gangrène: faits divers rapportés par l'auteur. IX, 61 et suiv. — La mort est toujours la conséquence de cette rupture. IX, 65.

VESSIE (*fungus de la*). — Tumeurs ou excroissances charnues qui se forment dans l'intérieur de la vessie. IX, 65. — Ils peuvent se montrer dans tous les points de la vessie. 66. — Quelquefois ils sont multiples, et tantôt sont supportées par un pédicule étroit, et tantôt par une base large. 66 et suiv. — Les causes qui déterminent le développement de ces tumeurs fongueuses sont presque entièrement inconnues. 67 et suiv. — Le *diagnostic* est le plus souvent impossible, et le *traitement* doit se borner à combattre les accidens qui surviennent: extirpation d'une tumeur de ce genre pratiquée avec succès chez une femme par Warner. 68 et suiv. — Conduite du chirurgien dans le cas où le calcul est enchatonné dans un fungus. IX, 72 et suiv.

VESSIE (*varices de la*). — Affectent les veines de la membrane interne de la vessie, et principalement celles qui rampent sur le col de ce viscère. IX, 75 et suiv. — Examen critique des causes qui peuvent déterminer cette maladie. 74. — Les symptômes de cette affection se rapportant à d'autres affections de la vessie, le *diagnostic*, toujours très-obscur, est souvent absolument impossible. 74 et suiv. — Le *traitement* se borne à conseiller au malade d'éviter toutes les circonstances qui pourraient augmenter l'afflux du sang vers la vessie. IX, 75 et suiv.

VESSIE (*hernies de la membrane interne de la*). — Mécanisme suivant lequel s'opèrent ces hernies. IX, — S'observent dans tous les points de la vessie; sont quelquefois multiples; affectent plus particulièrement les parties latérales de l'organe. 77 et suiv. — Les signes de cette maladie sont fort obscurs lorsque les poches herniaires n'ont point encore acquis un certain volume. 78 et suiv. — Le *pronostic*,

ordinairement peu grave, peut devenir fâcheux lorsque la maladie dure depuis long-temps, et est parvenue à un certain degré. 79 et suiv. — Le *traitement* ne présente qu'une indication principale, celle de laisser une sonde à demeure dans la vessie : injections conseillées dans le but de prévenir une trop grande sécrétion de mucus. IX, 80 et suiv.

VESSIE (*renversement de la membrane interne de la*). — Faits de cette nature rapportés par différens auteurs : ce renversement ne s'observe que chez la femme. IX, 81 et suiv.

VESSIE (*introversion de la*). — État de la vessie dans lequel la partie supérieure de sa paroi postérieure est renversée de dehors en dedans. IX, 83. — Symptômes causés par cette affection ; ils peuvent en imposer pour ceux que font naître la présence d'un calcul. 83 et suiv. — Circonstances particulières dans lesquelles se développe cette maladie. 86 et suiv. — *Traitement* conseillé par Percy dans un cas de ce genre. IX, 87 et suiv.

VESSIE (*ponction de la*). — Voy. Ré-tention d'urine.

VESSIE (*pierres ou calculs de la*). — Concrétions solides, salines, qui tirent leurs élémens de l'urine, et qui se forment dans ce liquide. IX, 284. — Le nombre, le volume, la forme des calculs vésicaux offrent de nombreuses variétés. 285 et suiv. — La surface des pierres vésicales présente beaucoup de variétés, suivant qu'elles sont uniques, multiples, libres ou enchâtonnées. 287 et suiv. — La couleur des pierres de la vessie n'est pas la même pour toutes. IX, 288 et suiv. — Pesanteur spécifique des calculs. 289. — Densité variable. 289. — Lorsque les calculs sont immobiles, ils n'occupent pas toujours la partie la plus déclive de la vessie : explication de ce phénomène.

289 et suiv. — Les pierres qui ne sont pas libres sont distinguées en enkystées, chatonnées ou adhérentes. 291. — Recherches anatomiques sur le kyste des calculs. IX, 291 et suiv. — Disposition anatomique de la vessie et de ses parois lorsqu'il existe des calculs chatonnés. 292 et suiv. — Les pierres chatonnées n'acquièrent que très-peu de volume. 294. — Il est beaucoup plus rare de trouver des pierres adhérentes à la vessie : faits de ce genre rapportés par divers auteurs. 294 et suiv. — Dans la cystocèle, la partie de la vessie qui est déplacée contient quelquefois une ou plusieurs pierres ; (Voy. Hernies de la vessie) : des calculs peuvent également se former dans des vessies multiloculaires. IX, 297 et suiv. — Les calculs vésicaux ont presque toujours un noyau dont l'origine et la nature ne sont pas toujours les mêmes. 298. — Sur le noyau calculeux est placée une seconde couche qui constitue la majeure partie du volume de la pierre, et qui varie suivant les différentes espèces. 299. — La dernière couche concentrique se nomme l'écorce. 300. — Analyse chimique des calculs. IX, 300.

*Causes de la formation des calculs de la vessie.* — Les matériaux qui entrent dans la composition des calculs existent constamment dans l'urine. IX, 301. — Les vieillards et les enfans sont plus prédisposés que les adultes à cette maladie. 301 et suiv. — Les femmes sont moins sujettes à la pierre vésicale que les hommes ; mais elles sont aussi souvent affectées qu'eux de pierres rénales. 302. — Tous les tempéramens sont sujets à la pierre. 303. — Les calculs sont très-communs dans les climats tempérés. 303.

*Symptômes qui annoncent la présence des pierres dans la vessie.* — Ces

symptômes sont purement locaux : nature et siège de la douleur ; besoin fréquent d'uriner, caractères particuliers des urines ; inflammation catarrhale de la membrane interne de la vessie. Ces *signes* sont insuffisants pour établir le *diagnostic*. IX, 304 et suiv. — Le doigt indicateur introduit dans le rectum chez l'homme, et dans le vagin chez la femme, peut quelquefois fournir des données sur la présence d'un calcul. 308. — De tous les moyens d'investigation le cathétérisme est le meilleur : *signes* obtenus à l'aide de ce moyen ; manière d'introduire la sonde et d'explorer la vessie. 308 et suiv. — Lorsque le malade ne peut pas retenir son urine, on injecte de l'eau tiède dans la vessie, pour faciliter la recherche à l'aide de la sonde. 311. — Le cathétérisme exploratif peut fournir aussi quelques données sur la situation, le volume, le nombre, la forme et la consistance des calculs. IX, 312 et suiv. — Des Kystes osseux développés dans les parois de la vessie, les rides, le raccourcissement de l'organe peuvent en imposer quelquefois pour un calcul vésical. IX, 315 et suiv. — *Traitement des calculs de la vessie*. — L'extraction du calcul peut être considérée comme le seul moyen de guérison connu. IX, 316. — Quelquefois cependant, et principalement chez les femmes, des calculs assez gros peuvent être chassés spontanément. 316. — La sortie spontanée des calculs vésicaux est due aux mêmes agens que celle de l'urine. 317. — Moyens divers employés pour dilater l'urètre et favoriser la sortie des calculs par ce canal. 317 et suiv. — Remèdes ; saxifrages ou lithontriptiques : examen de ces divers remèdes leur inutilité. IX, 320 et suiv. — Les lithontriptiques acides ou alcalins, proposés par les chimistes, n'ont point de véritable utilité,

même lorsqu'ils sont injectés dans la vessie. IX, 322 et suiv.

— *Opération de la taille*. — Opération par laquelle on se fraie une voie jusque dans la vessie, d'où l'on extrait les calculs qu'elle contient. IX, 323. — Temps auquel on doit surtout pratiquer cette opération. 323. — Moyens préparatoires pour assurer la réussite de l'opération. IX, 323 et suiv.

— *Opération de la taille chez l'homme*. — *Petit appareil, ou méthode de Celse*. — Situation du malade ; instrumens nécessaires, procédé opératoire. IX, 326 et suiv. — Inconvéniens de cette méthode. 328. et suiv.

— *Grand appareil*. A encore reçu le nom de *sectio Mariana*. Histoire de cette méthode opératoire. IX, 330 et suiv. — Description des instrumens employés pour pratiquer cette opération. — Cathéter. 332. — Lithotôme. 332. — Conducteur mâle, femelle. 332. — Gorgeret. 333. — Tenettes. 333. — Bouton. 333. — Dilatatoire. 334. — Procédé opératoire. 334 et suiv. — Modification apportée par Maréchal. IX, 336. — Accidens graves auxquels donnait lieu cette opération. IX, 337 et suiv.

— *Appareil latéral*. — Cette méthode a été ainsi nommée parce que l'incision se fait sur un des côtés du périnée ; inventée par Jacques de Beaulieu ; histoire médicale de cet opérateur. IX, 338 et suiv. — Modifications apportées à cette méthode par Raw : description du procédé opératoire de ce chirurgien. 349 et suiv. — Expériences suivant le procédé de Raw, tentées par Cheselden : modifications apportées à cette méthode par ce chirurgien. 354 et suiv. — En quoi consiste l'appareil latéral. 357 et suiv. — Avantages de cette méthode. IX, 359.

— *Procédé de Leclrau*. — Instru-

mens et procédé opératoire de ce chirurgien. IX, 360 et suiv.

— *Procédé de Moreau*. IX, 362 et suiv. — *Procédé de Foubert*. — Instrumens particuliers employés par ce chirurgien : description de son procédé opératoire, inconvéniens de cette méthode. IX, 364 et suiv.

— *Procédé de Thomas*. — Ne diffère de celui de Foubert que parce qu'il s'exécute avec un instrument d'une forme particulière : description de cet instrument et de la méthode opératoire de Thomas : cette manière d'opérer est fort dangereuse. IX, 368 et suiv. —

*Procédé de Lecat*. — Description de l'urétrotôme et du cystotôme, inventés et employés par ce chirurgien : situation du malade, méthode opératoire, invention du gorgeret cystotômique. IX, 370 et suiv. —

*Procédé de Pouteau*. — Les instrumens dont Pouteau se servait consistent en un cathéter dont le manche est terminé par un anneau, et une espèce de couteau fixé sur son manche et qui diffère peu de celui de Cheselden.

Premier procédé opératoire de ce chirurgien ; second procédé opératoire appelé taille au niveau. IX, 373 et suiv. —

*Procédé de Hawkins*. — Ce chirurgien pratiquait la taille latérale avec un gorgeret dont le bord droit est tranchant ; description de ce gorgeret et de la méthode opératoire de Hawkins ; modifications que l'on a fait subir au gorgeret. IX, 375 et suiv. —

*Procédé du frère Côme* : est préférable à tous les autres suivant l'auteur ; il consiste à couper le col de la vessie et la prostate de dedans en dehors, avec un instrument particulier auquel on a donné le nom de lithotôme caché. IX, 377 et suiv. —

Description du lithotôme caché. 378 et suiv. — Manière de disposer le malade, le lit, les aides. 380 et suiv. — Description de l'appareil nécessaire pour pratiquer l'opéra-

tion de la taille. IX, 382 et suiv.

— Introduction du cathéter. 383.

— Manière d'assujettir le malade.

384 et suiv. — Direction du cathéter pour pratiquer l'opération ;

forme, direction de la première

incision. 386 et suiv. — Reconnaître

la situation du cathéter, le

replacer, inciser les parois de l'u-

rètre. 387. — Introduction du litho-

tôme caché. 388 et suiv. — Ex-

traction de la sonde. 390. — Ma-

nière de diriger le lithotôme caché

en le retirant de la vessie ; pré-

ceptes importans à cet égard. IX,

391 et suiv. — Avantages du litho-

tôme. 393 et suiv.

— *Extraction de la pierre*. — L'ins-

trument dont on se sert pour faire

cette extraction est appelé *tenette* :

description des tenettes simples,

des tenettes croisées. IX, 394 et

suiv. — Tenette introduite à l'aide

du doigt ou du gorgeret conduc-

teur. 396 et suiv. — *Signes* auxquels

on reconnaît que la tenette est par-

venue dans la vessie. IX, 397. —

Préceptes relatifs à l'exploration et

à la manière de saisir les calculs.

397 et suiv. — *Signes* auxquels on

reconnaît le volume de la pierre

avant son extraction. 399. — Direc-

tion des mors des tenettes pour la

facilité de l'extraction des calculs.

400 et suiv. — Mouvements des te-

nettes pour faciliter l'extraction de

la pierre. IV, 401 et suiv. — Em-

ploi de la curette dans le cas où le

calcul reste engagé dans la plaie.

402 et suiv. — Manière d'extraire

les fragmens quand les pierres se

brisent. 503 et suiv. — Le volume

excessif de la pierre est un des plus

grands obstacles à son extraction :

agrandissement de l'incision de la

vessie. 404 et suiv. — Pour faciliter

l'extraction des pierres excessive-

ment volumineuses, on a proposé

de les briser dans la vessie avec des

tenettes particulières : inutilité et

dangers de cette pratique. IV,

405 et suiv. — Examen de la pierre

après son extraction pour reconnaître s'il en existe d'autres dans la vessie. 406. — Conduite du chirurgien dans le cas où il existe plusieurs calculs. 407. — Manière d'extraire les fragmens des calculs restés dans la vessie après l'opération. 407 et suiv. — Circonstances dans lesquelles on est forcé de remettre à un autre temps l'extraction des pierres uniques ou multiples. 407 et suiv. — Modifications et difficultés apportées à l'opération dans le cas où le calcul est chatonné, enkysté ou adhérent. IX, 409 et suiv.

— *Traitement du malade après l'opération de la taille latérale, et des phénomènes qui succèdent à cette opération.* — Position du malade dans son lit après l'opération. IX, 421. — Toute espèce de pansement est inutile lorsque l'opération est simple. 421 et suiv. — Douleur plus ou moins vive, perte de sang qu'éprouve le malade une fois qu'il est placé dans son lit. 423. — L'urine passe entièrement par la plaie, et quelquefois simultanément par la verge, pendant les huit ou dix premiers jours. 423 et suiv. — L'époque à laquelle l'urine commence à couler par la verge varie beaucoup. IX, 424 et suiv. — Époque à laquelle se manifeste la fièvre traumatique : caractères de cette fièvre. 426. — Le malade doit être assujéti au régime le plus sévère pendant les deux ou trois premiers jours ; indications générales pendant le cours du traitement. IX, 426 et suiv.

— *Accidens qui résultent de l'opération de la taille.* — L'opération de la taille latérale peut causer des accidens nombreux et variés : les uns arrivent au moment même de l'opération, les autres ont lieu quelques jours après, d'autres ne se déclarent qu'au bout d'un temps plus ou moins long. IX, 427 et suiv. — Syncope : on ne doit pas terminer

l'opération si elle persiste. 428. — Convulsions : cesser l'opération si elles surviennent. 428. — Hémorrhagie : l'un des accidens ordinaires de la lithotomie. — Énumération des artères qui peuvent être intéressées dans l'opération de la taille. — L'artère honteuse interne est celle qui donne lieu aux hémorrhagies les plus inquiétantes. IX, 428 et suiv. — Ligature du vaisseau dans le cas où l'artère est située peu profondément : tamponnement de la plaie dans le cas contraire. 430 et suiv. — Circonstances dans lesquelles le tamponnement peut être utile, et manière de le pratiquer. 431 et suiv. — L'hémorrhagie n'a guère lieu que chez les malades qui ont perdu une certaine quantité de sang pendant l'opération. XI, 433. — Cette hémorrhagie peut être dangereuse et par la perte de sang elle-même, et par l'accumulation du sang dans la vessie qu'il enflamme. 433 et suiv. — Lorsque l'hémorrhagie est peu considérable, on parvient quelquefois à l'arrêter en appliquant des réfrigérans. 434. — La ligature doit être tentée plutôt que tout autre moyen : manière de la pratiquer. 435 et suiv. — Lorsque la ligature paraît impossible, ou qu'elle a été tentée sans succès, il faut recourir à la compression : canule employée à cet effet. IX, 437 et suiv. — Tamponnement de J.-L. Petit, pour arrêter l'hémorrhagie après l'opération de la fistule à l'anus, conseillée et employée par l'auteur pour arrêter l'hémorrhagie après l'opération de la taille. 438 et suiv. — L'hémorrhagie qui accompagne l'opération de la taille vient quelquefois des vaisseaux de la vessie déchirés dans les cas de pierres chatonnées, enkystées ou adhérentes : elle est presque toujours mortelle. IX, 440. — L'inflammation de la vessie et des parties environnantes est le plus fréquent et le

plus redoutable des accidens qui peuvent survenir après l'opération de la taille : symptômes et traitement de cette inflammation. IX, 440 et suiv. — *Causes et traitement* de la rétention d'urine qui a lieu après l'opération de la taille. 442. — Il survient quelquefois après l'opération de la taille des accidens dus à l'existence des vers intestinaux. — 443 et suiv. — L'échymose du scrotum est un accident rare après la taille latérale; moyen de la faire disparaître. 443 et suiv. — *Traitement* de l'engorgement des testicules quand il survient. 444. — La plaie que laisse l'opération dégénère quelquefois en une fistule par laquelle l'urine s'échappe lorsque le malade satisfait au besoin d'uriner : moyens de prévenir et de guérir cette complication. XI, 444 et suiv. — L'incontinence d'urine succède quelquefois à l'opération de la taille; causes et traitement de cet accident. 449. — Lorsque l'impuissance est survenue à la suite de la suppuration ou de la gangrène partielle de la glande prostate, elle est irrémédiable. 450. — Il arrive quelquefois que l'on blesse l'intestin rectum : disposition anatomique qui rend cette lésion souvent inévitable. IX, 450 et suiv. — Les suites de la blessure de cet intestin sont différentes, suivant qu'elles sont près de l'anus ou beaucoup au-dessus de cette ouverture. 451. — Cet accident entraîne presque toujours une fistule recto-vésicale. IX, 453 et suiv.

— *Taille au haut appareil ou taille hypogastrique.* — Consiste à faire une incision à la paroi du ventre au-dessus du pubis, et à ouvrir la partie antérieure de la vessie pour extraire une pierre contenue dans ce viscère. IX, 454. — Découverte par Franco, vantée par Rousset, et conseillée par Fabricius de Hildan. 454 et suiv. — Histoire médicale de cette méthode opératoire. 456

et suiv. — On ne pratique plus cette opération que dans le cas où la pierre est trop volumineuse pour l'extraire par l'incision du col. 457. — Méthode opératoire suivie par Rousset. IX, 458 et suiv. — Inconvéniens de cette méthode. 460 et suiv. — Procédé du frère Côme : beaucoup plus avantageux que les autres. 462 et suiv. — Pansement de la plaie du périnée; de celle de l'hypogastre. IX, 470 et suiv.

— *Opération de la taille chez les femmes.* — L'opération de la taille se fait plus rarement sur les femmes que sur les hommes. — Motifs de cette différence. IX, 473 et suiv. — Chez la femme comme chez l'homme, l'opération peut être pratiquée au-dessus ou au-dessous du pubis. 474. — Il y a deux manières de faire la lithotomie au-dessous du pubis, savoir par la dilatation de l'urètre et du col de la vessie, et au moyen de l'incision de ces parties. 474. — Procédé de dilatation à l'aide des conducteurs. 475. — Procédé de dilatation à l'aide des gorgereis. 475 et suiv. — Procédé de dilatation à l'aide de l'éponge préparée. 476. La dilatation ne doit être pratiquée que lorsqu'il s'agit d'extraire des pierres d'un très-petit volume : dangers qu'il y aurait à suivre cette méthode dans les cas où les calculs auraient un volume un peu considérable. IX, 476. — Méthode opératoire décrite par Celse et par Albucasis : inconvéniens de cette méthode. 476 et suiv. — Les modernes fendent l'urètre dans toute son étendue, et entament le col de la vessie plus ou moins profondément. 477. — Le lithotôme caché est l'instrument que l'on doit préférer pour faire cette incision : manière de l'introduire et de le retirer. 477 et suiv. — Quelques chirurgiens ont pensé qu'on rendrait plus facile l'extraction des calculs

- volumineux en incisant l'urètre et le col de la vessie à droite et à gauche. IX, 478. — Instrument imaginé par Louis pour faire cette double incision. 479. — Procédé opératoire de Louis : inconvéniens graves de cette méthode. 479 et suiv. — Instrument et procédé opératoire de Flurant. 480. — Si une pierre à force de poser sur le bas-fond de la vessie, y causait une ulcération qui pénétrât dans le vagin, il faudrait agrandir cet ulcère avec le bistouri et retirer la pierre. 480. — Taille vagino-vésicale proposée par Fabrice de Hildan : procédé opératoire. IX, 481. — Modifications apportées par Méry à ce procédé opératoire. 482. — L'extraction des calculs avec les tenettes se fait de même que chez l'homme. IX, 483 et suiv.
- VICES DE CONFORMATION DU PRÉPUCE.** — Voy. Prépuce.
- VICES de conformation du clitoris.** X, 400 et suiv.
- VICES de conformation de la vulve.** — Voy. Vulve.
- VICES de conformation de l'urètre.** — Voy. Hypospadias, Verge.
- VICES de conformation des nymphes.** X, 401.
- VICES de conformation du vagin.** — Voy. Vagin.
- VICES de conformation de la matrice.** — Voy. Matrice.
- VICES de conformation des doigts.** — Voy. Doigts.
- VICES de situation de la matrice.**
- VIELLISSE.** — Exposé plus spécialement à la gangrène sèche. I, 143.
- VIGAROUS.** — A vu la pourriture d'hôpital regner épidémiquement pendant deux ans dans les hôpitaux de Montpellier. I, 321. — A l'un des premiers pratiqué la résection de l'extrémité supérieure de l'humérus. IV, 536.
- VIGO (emplâtre de).** — Concourt à procurer la résolution des glandes enflammées. I, 49.
- VIN.** — Sévèrement interdit aux malades pendant le cours d'une inflammation grave ou d'une hémorrhagie. I, 36, I, 275, I, 276. — Vin miellé, conseillé pour irriter légèrement la surface des plaies qui suppurent. I, 236.
- VINAIGRE.** — Considéré comme répercussif. I, 44, I, 45.
- VIPÈRE.** — Est le seul reptile en France dont la blessure soit véritablement dangereuse. — Description anatomique de ce serpent. — Mécanisme de sa mâchoire et de l'introduction du venin dans les plaies. I, 413 et suiv., I, 425 et suiv.
- VIRIL (âge).** — Predispose aux inflammations abdominales. I, 9.
- VISCÈRES.** — S'enflamment d'autant plus aisément qu'ils sont plus abondamment pourvus de vaisseaux. I, 3.
- VITRÉ (augmentation et fonte du corps).** — Voy. Hydrophthalmie et atrophie de l'œil.
- VOLVULUS.** — La gastrotomie a été conseillée pour guérir cette maladie. VII, 491 et suiv.
- VOMIQUES.** — Distinguées des abcès. I, 52.
- VOMITIFS.** — Utiles dans les inflammations en général. — Peuvent, dans certains cas, devenir nuisibles ou déterminer une métastase. I, 38, I, 390, I, 392, I, 326.
- VUR (aberration de la).** — Affection dans laquelle les yeux transmettent au cerveau des objets imaginaires. — Causes : altération des humeurs ou des membranes de l'œil, lésions cérébrales. — Traitement : soustraire les sujets aux causes qui ont pu produire la maladie. — Sangsues aux tempes, ventouses, scarifications, vésicatoires à la nuque, fomentations émollientes, topiques froids, sternutatoires, vomitifs, purgatifs. V, 492 et suiv., V, 496 et suiv.
- VULVE (occlusion de la).** — Peut être congénitale ou accidentelle : circonstances qui peuvent amener

l'occlusion accidentelle de la vulve. X, 380 et suiv. — Dans la plupart des cas, l'occlusion de la vulve n'occupe que la partie qui correspond à l'entrée du vagin. 381. — Accidens auxquels donne lieu cette occlusion, complète ou incomplète. — *Traitement* de cette affection. 381 et suiv. — L'occlusion incomplète de la vulve ne met pas nécessairement obstacle à la conception. 381 et suiv.

**VULVE** (*érysipèle de la*). — Il s'observe assez fréquemment : le traitement doit être simplement émollient. X, 405 et suiv.

**VULVE** (*dartres de la*). — S'étendent ordinairement à la face interne et supérieure des cuisses. — Elles exigent le même traitement que les dartres en général. X, 406.

**VULVE** (*chancres vénériens de la*). — Ressemblent beaucoup à ceux de la verge, sont dus aux mêmes causes, affectent la même marche, réclament le même traitement. X, 406.

**VULVE** (*excroissances syphilitiques de la*). — Sont de même nature, et exigent le même traitement que celles de la verge. X, 407.

**VULVE** (*cancer de la*). — L'ablation

et la cautérisation sont les seuls moyens de le guérir, lorsque le mal est local. X, 407.

## Z.

**ZONA**. — Affecte plus particulièrement le tissu réticulaire de la peau. — Ses caractères. — A été nommé aussi ceinture dartreuse, ceinture de feu, érysipèle, ou dartre miliaire. — Peut avoir son siège sur toutes les parties du corps. — Occupe plus particulièrement l'un des côtés du tronc. — Dépend toujours d'une cause interne. — Sa marche se divise en quatre périodes. — 1<sup>re</sup> période : symptômes précurseurs. — 2<sup>e</sup> période : apparition des pustules, leur caractère spécial. — 3<sup>e</sup> période : ulcération, suppuration, dessèchement des pustules. — 4<sup>e</sup> période : chute des croûtes, régénération de l'épiderme. — Persistance de la douleur. — *Pronostic* : peu fâcheux. — La répercussion de la maladie a lieu quelquefois. — Détermine des accidens graves. — *Traitement* : diète, évacuans. — Les topiques sont préjudiciables. — Vésicatoire pour combattre la douleur qui persiste. II, 26, II, 27.

# Catalogue

DES

## LIVRES DE FONDS

QUI SE TROUVENT CHEZ BÉCHET JEUNE,

LIBRAIRE DE L'ACADÉMIE ROYALE DE MÉDECINE,

ACQUÉREUR DU FONDS DE CAILLE ET RAVIER,

*Place de l'École de Médecine, n° 4.*

~~~~~  
25 OCTOBRE 1827.

AVIS.

Les Libraires des départemens et de Paris, peuvent se procurer tous les articles de ce Catalogue.

Nota. Les articles qui sont à la suite de chaque ouvrage ont été pris dans divers Journaux de médecine où ces ouvrages ont été analysés.

AGENDA MÉDICAL ET PHARMACEUTIQUE. *Paris*, 1828. in-18 br.,
2 fr.

ALIBERT. Physiologie des passions, ou nouvelle Doctrine des sentimens moraux, 2^e édit. 2 vol. in-8°. imprimés sur papier fin, ornés de 14 belles gravures. 16 fr.

La plupart des philosophes modernes appliquant aux sciences morales l'esprit de système qu'on admire avec raison dans les sciences exactes, ont cherché à établir sur un fait unique tous les phénomènes du cœur humain. C'est ainsi que La Rochefoucauld croyait trouver dans l'amour-propre, le principe de toutes nos actions; Hobbes et Helvétius le plaçaient dans l'intérêt personnel; le docteur Hutcheson, à l'exemple des platoniciens, explique tout par la bienveillance; Adam Smith attribue tout à la sympathie.

L'auteur de la Physiologie des Passions a reconnu, dans l'éco-

nomie animale, quatre instincts primitifs, ou lois fondamentales qui régissent tous les corps vivans, et dont il fait découler toutes les passions, ou si l'on veut tous les états de l'ame affectée; ces quatre instincts sont : *l'instinct de conservation, l'instinct d'imitation, l'instinct de relation, et l'instinct de reproduction.*

Ainsi, l'ouvrage est divisé en quatre sections, dont les deux premières forment le premier volume, et les deux autres le second.

Première section. L'instinct de conservation est sans contredit le premier dont la nature ait gratifié l'homme, et tous les êtres qui partagent avec lui le bienfait de la vie; il prédomine chez l'enfant qui se porte par un mouvement naturel, vers le sein de sa nourrice; il se manifeste chez le sauvage, dont l'industrie étonne souvent l'homme civilisé; il se montre chez les animaux, et quelquefois avec une supériorité capable d'humilier notre superbe raison; il se fait admirer jusques dans les plantes dont plusieurs donnent des signes frappans de prévoyance et de sensibilité. C'est donc une loi générale de la nature, et une loi immuable qu'atteste de mille manières le spectacle de l'univers.

L'auteur fait voir quelles passions naissent de cet instinct de conservation; il en trace le caractère et les effets, avec une habileté remarquable; l'égoïsme, l'avarice, l'orgueil, sont considérés sous un rapport nouveau; le courage est présenté comme le plus noble produit de cet instinct, soit qu'il enflamme l'ardeur guerrière, ou qu'il inspire le zèle religieux, soit qu'il soutienne le zèle du magistrat dans ses devoirs, ou le philosophe dans sa résignation.

Le charme des récits vient quelquefois se mêler à des observations pleines d'intérêt, les anime, et les met en quelque sorte en action. Ici par exemple, on trouve l'histoire de ce *pauvre Pierre*, que la nature seule avait fait éloquent et philosophe, et qui, dans l'asile du malheur, prêchait à ses compagnons la résignation et le stoïcisme, avec un succès dont les témoins étaient émerveillés, et dont la célébrité franchissant cette triste enceinte, s'est répandue jusques dans les brillans salons de la capitale.

L'auteur de la *Physiologie des passions* s'est livré assez fréquemment à l'attrait des épisodes; mais il en a varié les formes, et les a toujours parfaitement adaptés au sujet. C'est ainsi que dans cette première partie, un excellent article sur l'intempérance considérée dans ses divers rapports avec l'instinct de conservation, est encore développé et embelli par un dialogue entre Epicure et Pythagore, où les doctrines de ces deux philosophes sont très-bien exposées; cette manière empruntée aux sages de l'antiquité qui conversaient avec leurs disciples, est peut-être la plus ingénieuse, et la plus utile pour répandre l'instruction.

Deuxième section. Après avoir prouvé que l'instinct d'imitation est une loi primordiale du système sensible, qu'elle influe sur l'économie et le perfectionnement des corps vivans, que tous les êtres y sont soumis, qu'elle est inhérente à leur organisation, l'auteur nous fait connaître les merveilleux phénomènes de cette loi d'imitation, chez les individus, chez les peuples, et dans le monde entier qui ne paraît à ses yeux qu'un grand et magnifique spectacle d'imitation mutuelle.

Cette faculté se développe chez l'homme avec tant de facilité et de promptitude, elle dirige si habituellement ses actions morales et intellectuelles, que quelques métaphysiciens l'ont regardée comme un véritable sens moral.

C'est d'elle que sont nées l'émulation, si utile aux progrès de l'esprit humain, à la gloire des nations, au perfectionnement de l'ordre social; l'ambition qui produit les événemens les plus glorieux, et les plus épouvantables catastrophes; l'envie qui s'afflige de tous les biens et se réjouit de tous les maux, passion également funeste à ceux qui l'éprouvent, et à ceux qui en sont l'objet.

Les tableaux que présente cette seconde section, sont animés par deux épisodes, dont l'un a pour titre la *Servante romaine*, et l'autre le *Nouveau Diogène*, ou le *Fou ambitieux*.

Troisième section. L'instinct de relation est cette loi qui détermine les hommes à se réunir en société; elle est dans la nature qui nous a faits sociables, parce qu'elle nous a faits faibles et dépendans; notre bonheur est donc attaché à ce penchant qui nous fait mettre en commun nos besoins, nos moyens, nos affections, lie notre intérêt à l'intérêt général, et dispose nos cœurs à l'humanité. On a dit avec raison que le méchant seul pouvait s'éloigner de la société: cependant cette aversion se manifeste quelquefois dans des cœurs vertueux; alors il faut la considérer comme une maladie.

L'instinct de relation produit sans doute des passions haineuses, le mépris, la vengeance, l'amour de la guerre si féconde en malheurs; mais par une compensation bien avantageuse, nous lui devons aussi la bienveillance, l'estime, l'amitié, l'admiration, la pitié; en traitant de cette dernière affection qui honore la grandeur, adoucit toutes les infortunes, se mêle à nos plaisirs, et s'associe aux bienfaits de la religion, notre auteur amène un épisode fort intéressant: c'est le tableau touchant et animé de la peste qui désola Ville-Franche de l'Aveyron, en 1628; il nous montre la pitié opérant plus de prodiges que tous les secours de l'art; il consacre à la publique admiration, la conduite héroïque de son illustre compatriote le magistrat Pomairols.

Quatrième et dernière section. L'instinct de reproduction est relatif à la conservation de notre espèce; c'est encore une loi primordiale du système sensible; le développement de cette loi conduit l'auteur à de hautes considérations sur les moyens employés par la nature pour assurer la perpétuité de ses œuvres, sur l'étonnante variété de ses modes de reproduction, et sur les mystères que sa sagesse interdit à notre pénétration. Car ce sujet ne présente que des faits épars, et désespère souvent notre téméraire curiosité.

Le but moral de cet ouvrage, sur lequel tout est dirigé dans les différentes parties qui le composent, a inspiré une foule de détails précieux, peu susceptibles d'analyse, et qu'on trouvera avec plaisir dans les chapitres sur l'amour conjugal, l'amour maternel, l'amour paternel, l'amour filial, dont les titres annoncent assez l'importance.

On lira surtout avec le plus grand intérêt l'épisode philosophique qui termine si agréablement l'ouvrage; c'est le banquet de Plutarque avec sa famille; le tableau des mœurs domestiques est peint ici avec tout le charme de son antique simplicité.

ALIBERT. Nosologie naturelle, ou les maladies du corps humain distribuées par familles. Cet ouvrage sera composé de 2 vol. grand in-4., sur papier vélin satiné, avec fig. magnifiquement coloriées. Chaque vol. sera de 110 fr. pour les souscripteurs, et de 130 fr. pour les non souscripteurs.

Le 2.^e vol. de cet important ouvrage, qui a été adopté comme classique dans plusieurs universités de l'Europe, est sous presse.

ALIBERT. Description des maladies de la peau, observées à l'hôpital St.-Louis, et Exposition des meilleures méthodes suivies pour leur traitement. *Paris*, 1806-1827, gr. in fol. pap. vél., fig. col.; chaque liv. 50 fr.

L'ouvrage est terminé et se compose de 12 livraisons.

Que ne doit-on pas attendre de l'amour de la science et de l'humanité? Composer un grand corps d'ouvrage, riche d'observations recueillies dans un vaste Hôpital, présenter aux yeux l'image fidèle des maladies de la peau; ce qui a nécessité des dépenses énormes à l'auteur, un tel plan, de si grands sacrifices, ne doivent pas être oubliés par les amis de la science et de l'humanité.

Personne n'ignore en effet, que M. Alibert, par le double artifice du pinceau et du burin, nous offre ces affections avec une étonnante vérité. Les figures seules peuvent peindre ce que les paroles ne peuvent exprimer. Par ce secours utile, la tradition des faits se conserve dans son entier, et le médecin observateur peut transmettre à autrui, jusqu'à sa propre expérience. C'est le manque de figures qui a rendu presque nulles les recherches des Grecs, des Latins, et des Arabes, sur cette intéressante matière.

La 11.^e livraison qui est sous presse, a pour objet la Famille des psorides; la psoriasis, maladie qui n'a été décrite par aucun auteur; de savantes et profondes recherches sur le *prurigo formicans*; la maladie pédiculaire, et l'animalcule de la gale (l'ouvrage doit avoir douze livraisons.)

ALIBERT. Précis théorique et pratique sur les maladies de la Peau, 2.^e édit. *Paris*, 1822, 2 vol. in-8, br. 14 f.

Cet ouvrage a été publié dans l'intérêt des élèves et de quelques médecins qui ne pourraient pas se procurer celui qui paraît par livraisons, et qui est d'un prix assez élevé. Il ne sera pas seulement d'une grande utilité à ceux qui veulent suivre les cours de M. Alibert, mais encore à tous les praticiens éloignés de la capitale, qui ont besoin d'apprendre à bien connaître une des parties les plus intéressantes de leur art, d'approfondir les règles relatives au traitement des maladies cutanées, qui sont si nombreuses et si variées.

ALIBERT. Nouveaux Éléments de Thérapeutique et de Matière médicale, 5.^e édit. revue, corrigée et considérablement augmentée. 3 forts vol. in-8. *Paris*, 1826. 25 f.

L'auteur de cet ouvrage est le premier qui ait amené une réforme salutaire dans cette partie essentielle de l'art de guérir. C'est lui qui, le premier, a appelé la physiologie au secours de la thérapeutique, a appuyé les bases fondamentales de celle-ci sur la doctrine des forces vitales, et a montré la nécessité d'avoir égard

aux causes des maladies pour l'administration des remèdes. On lui doit encore d'avoir substitué à une foule d'expressions barbares et surannées un langage clair et précis.

Ce livre n'est pas moins nécessaire aux nombreux élèves qui suivent les cours que son auteur fait à l'École de Médecine, et qui ont besoin de bien se pénétrer de sa méthode, qu'à tous les praticiens qui aiment à se rappeler souvent les vérités d'une science qui est le but unique de toutes leurs études, de toutes leurs veilles, ou, pour mieux dire, le complément de leur art.

La cinquième édition se recommande particulièrement, par les additions importantes que l'auteur a jugées nécessaires et auxquelles ont concouru plusieurs chimistes et botanistes célèbres de la capitale, et notamment MM. Clarion, Pelletier, Caventou, etc.

ALIBERT. *Traité des fièvres pernicieuses*, 5.^e édit. Paris, 1820, in-8. br. 7 f.

La découverte de l'efficacité du quinquina dans le traitement des fièvres pernicieuses intermittentes suffirait seule pour attester le pouvoir de la médecine, et lui assurer parmi les sciences exactes un rang qui lui a été trop souvent contesté.

C'est encore à M. Alibert qu'était réservée la gloire de répandre un grand jour sur cette matière. Son *Traité*, dont la 5.^e édition donne la description de plusieurs variétés de fièvre pernicieuse non encore reconnues par les nosologistes, et qui contient un grand nombre de recherches nouvelles sur l'histoire physique du quinquina, est le seul guide dont le praticien puisse se servir dans des circonstances aussi difficiles, où la vie de ses malades dépend de la justesse de son diagnostic, et de sa promptitude dans l'administration des médicamens.

ALIBERT. *Éloges historiques de Roussel, Spallanzani et Galvani*, composés pour la Société Médicale de Paris, suivis d'un discours sur les rapports de la médecine avec les sciences physiques et morales. Paris, 1806, 1 vol. in-8. 6 f.

Ces trois éloges sont trois chefs-d'œuvre. L'auteur y a fait preuve de connaissances littéraires très-étendues; il a donné à toutes ses pensées de la lumière, du coloris et de l'expression. Il a su, avec un art admirable, saisir les traits caractéristiques de chacun des personnages qu'il a peints; il a répandu sur ses tableaux tout le charme d'un style élégant, harmonieux, et rempli d'images de la plus grande beauté.

M. Alibert a une manière d'envisager le panégyrique qui n'appartient qu'à un esprit supérieur; il évoque pour ainsi dire, le mort de sa tombe, et nous le montre tel qu'on l'a rencontré dans la société, avec toute sa physionomie, toutes les couleurs de son esprit, toutes les dispositions de son âme.

ALIBERT. *Précis sur les Eaux minérales de France les plus usitées*. 1 fort vol. in-8. Paris 1826. 8 fr.

ARCHIVES GÉNÉRALES DE MÉDECINE; journal publié par une Société de Médecins, composée des Membres de l'Académie royale de Médecine, de professeurs, de médecins et de chirurgiens.

giens des hôpitaux civils et militaires, etc. Années 1823, 1824 et 1825, ensembles 9 forts vol. in-8°. 80 fr.
L'année 1826 séparément. 26

AUTHENAC. Manuel médico-chirurgical ; ou Élém. de médecine et de chirurgie-pratique, 2.^e édit., augmentée d'un Traité complet des fièvres, et d'un Tableau des différentes classes des médicamens. *Paris*, 1821, 2 vol. in-8. br. 12 f.

De tous les médecins qui se sont occupés à nous donner des abrégés sur diverses parties de la médecine, M. le docteur Authenac est celui qui a le mieux réussi à réunir sous un moindre volume et d'une manière complète, l'étude des élémens de la pathologie médicale et chirurgicale.

Les élèves s'en servent avec beaucoup d'avantage pour se préparer aux second et cinquième examens ; il devient tous les jours d'une utilité indispensable aux hommes de l'art auxquels une pratique très-multipliée ne permet pas de consulter un grand nombre d'ouvrages.

— *Id.* Atlas médico-chirurgical, *Paris*, 1814, in-fol. br. 5 f.

— *Id.* Défense des médecins français contre le docteur Broussais, etc. *Paris*, 1821, 1.^{re}, 2.^e et 3.^e livraisons. 15 f.

— *Id.* Nosographie médic. ou élémens de médecine-prat., etc., tome 1.^{er}. *Paris* 1824, in-8. br. 8 f. 50 c.

Première livraison du 2^e vol., 3 f. 10 c.

Il y aura 2 livraisons à paraître pour former le 2^e vol. et dernier de l'ouvrage.

Quoique les ouvrages de M. Authenac soient très-répandus, nous ne saurions assez les recommander, parce qu'il est peu de médecins qui aient écrit avec autant de candeur, n'ayant pour but que l'intérêt de la science. Personne mieux que lui n'a combattu l'esprit de système qui bouleverse tout, et éloigne de la médecine hippocratique à laquelle l'auteur doit la réputation qu'il s'est faite à Châteaudun, où il exerce avec une habileté remarquable.

B.

BACHER. Recherches sur les hydropisies. In-8.° br. 6 fr.

BARRAS. Traité sur les Gastralgies et les Entéralgies, ou Maladies nerveuses de l'estomac et des intestins. 1 vol. in-8°. *Paris*, octobre 1827, 2^e édit. revue, corrigée et considérablement augmentée, 5 f. 50 c.

BAUTIER. Tableau analytique de la Flore parisienne, d'après la méthode adoptée dans la Flore française de MM. de Lamarck et de Candolle, etc. *Paris*, 1827. In-18 br. 3 f. 50 c.

BECLARD. Élémens d'anatomie générale ou description de tous les genres d'organes qui composent le corps humain, un volume in-8. de plus de 600 pages, 2^{me} édition accompagnée d'une notice historique sur la vie et les travaux de l'auteur par M. le docteur

- Ollivier d'Angers, ornée d'un portrait gravé d'après le buste de David, *Paris* 1827. 9 f.
- BECLARD, son portrait, sur grand papier in-folio, 2 f.
- BECLARD, son portrait en petit in-8. avec la notice historique par M. le docteur Ollivier d'Angers. 1 f. 75 c.
- BEULLAC. Code des médecins, chirurgiens et pharmaciens, avec des notes et des réflexions sur l'enseignement, l'étude et l'exercice de la médecine, de la chirurgie et de la pharmacie. *Paris*, 1823, in-18. br. 3 f. 50 c.

Ce Recueil est indispensable aux médecins, chirurgiens et pharmaciens qui désirent se rendre compte des progrès de la science qu'ils enseignent ou qu'ils exercent, par la connaissance des lois sous lesquelles ils ont vécu et de celles qui sont actuellement en vigueur. M. le docteur Beullac s'est occupé de remplir cette lacune, non-seulement pour donner au public un nouveau moyen de compléter ses recherches sur l'histoire de la médecine, mais avec l'intention aussi d'être utile aux élèves qui suivent les cours des Facultés et des Écoles secondaires du Royaume, en leur mettant entre les mains un Code qui pourra leur servir de règle de conduite.

- BEULLAC. Nouveau Guide de l'étudiant en médecine et en pharmacie. in-12. br. *Paris* 1825. 3 f.

La partie pharmaceutique est faite par M. Chevallier.

Plusieurs médecins distingués se sont occupés à diverses époques de tracer des plans d'études médicales à l'usage des élèves en médecine. L'ouvrage de M. le docteur Beullac sur ce sujet, se trouve plus au niveau des connaissances actuelles et par ce motif plus instructif pour les élèves. Il contient 1.^o un exposé complet de la classification des sciences médicales d'après l'opinion des professeurs les plus distingués; 2.^o un chapitre raisonné sur les ouvrages élémentaires qui doivent composer la bibliothèque d'un étudiant; 3.^o l'indication des cours publics et particuliers professés à Paris; 4.^o un aperçu topographique et clinique des principaux Hôpitaux et Hospices civils de Paris.

L'ouvrage est terminé par un appendice renfermant une liste alphabétique des meilleurs Traités particuliers de médecine et quelques réflexions sur les Dictionnaires et les Journaux en ce genre.

- Id.* Essai sur l'Anatomie chirurgicale en général et celle des régions de l'épaule et du pli du bras en particulier. *Paris*, 1819, in-4. 1 f. 50 c.

Ce travail est le premier qui ait paru en France sur cette nouvelle manière de considérer l'étude de l'Anatomie; les éloges sans cesse répétés qui ont été imprimés dans les Journaux depuis sa publication nous dispensent des détails dans lesquels nous pourrions entrer à ce sujet.

- BICHAT. Recherches physiologiq. sur la vie et la mort; 4.^e édition, augmentée de notes par M. Magendie, membre de l'Institut et de l'Académie royale de Médecine. *Paris*, 1822, in-8. br. 6 f. 50 c.

M. Le docteur Magendie a rendu un grand service à la science en donnant une nouvelle édition de l'ouvrage de Bichat. Aujourd'hui, qu'il est devenu classique et que sa réputation ne peut plus croître, il était utile de le mettre à la portée des étudiants pour les mettre en garde contre les écueils dans lesquels l'imagination de l'auteur l'a entraîné, et qui sont d'autant plus à craindre que, pour convaincre, Bichat a déployé tous les prestiges de son style animé.

Tel a été le but des notes jointes à cette édition, que l'on a cherché en outre à mettre au niveau des connaissances actuelles.

BONNAFOX DE MALLET. Traité sur la nature et le traitement de la phthisie pulmonaire, 1 vol. in-8. br. 5 f.

L'importance et l'activité des fonctions départies à l'organe pulmonaire donnent la mesure de la fréquence et de la gravité de ses altérations pathologiques. De là aussi la grande quantité d'ouvrages qui ont été publiés sur ce sujet, les recherches nombreuses qui ont été faites pour pénétrer la nature de la phthisie pulmonaire, et lui opposer le meilleur traitement possible.

L'ouvrage de feu le docteur Bonnafox, jugé un des meilleurs praticiens de la capitale, devrait être dans la bibliothèque de tous les médecins.

BORDEU. (Oeuvres compl. de), médecin de la Faculté de Paris, contenant des Recherches sur les glandes, les crises, le pouls, les écoulements, la colique métallique, l'Histoire de la médecine, le tissu muqueux, les maladies chroniques et les articulations des os de la face, l'analyse médicale du sang, etc., précédées d'une Notice sur sa vie et sur ses ouvrages, par M. le chevalier RICHERAND, professeur de la Faculté de Médecine de Paris, etc., et terminés par une Table alphabétique des matières. Paris, 1818, 2 vol. in-8. br. imprimés par Crapelet. 15 f.

Le plus bel éloge que l'on puisse faire des ouvrages de Borden, c'est de dire qu'ils ont été pour les Vicq-d'Azyr, les Barthez, le Bichat, les Hallé, les Richerand, les Alibert, les Broussais et autres médecins célèbres, une source féconde d'idées sublimes qui, développées par eux, ont exercé une influence immense sur l'art de guérir, et sont devenues autant de vérités fondamentales, autant de principes immuables, desquels il n'est plus permis de s'écarter dans l'étude de la science.

Mais tout ce qu'a publié cet illustre auteur était éparé, en forme de mémoires, dont plusieurs même manquaient au commerce, lorsque M. le professeur Richerand eut l'heureuse pensée de les réunir en un corps d'ouvrage qui forme deux volumes, à la tête desquels il a placé une notice sur la vie et les œuvres de Borden; notice qui est écrite avec cette chaleur, cette élégance qui est propre à l'auteur des *Elémens de physiologie*. C'est donc à lui que tous ceux qui se destinent à la médecine ou la pratiquent déjà, doivent l'avantage inappréciable de pouvoir méditer, consulter les productions d'un physiologiste profond, d'un excellent anatomiste, d'un praticien habile, d'un homme de génie enfin, à qui l'Ecole de Paris doit son illustration, et l'art de guérir son perfectionnement.

BOUVIER. Recherches sur quelques points d'anatomie et de physiologie, *Paris*, 1823, in-4. fig. prix. 2 fr.

L'auteur a consigné dans cet opuscule les résultats de recherches qui lui sont propres, et dont presque toutes mènent à des conséquences neuves et utiles, sous le point de vue pratique. On y remarque particulièrement : une nouvelle description des aponévroses du bassin et du périnée, dont une figure lithographiée représente tous les détails avec une parfaite exactitude ; des considérations intéressantes sur les anomalies des artères, et sur les conséquences qui en ressortent pour la pratique ; une exposition claire du mécanisme de la poitrine dans la respiration, et de celui des muscles du périnée dans les fonctions de l'excrétion urinaire et de la génération.

BRACHET. Traité des convulsions. *Paris* 1824. In-8. 6 fr.

BRERA. Sylloge opusculorum selectorum. *Ticini*, 1797. 10 vol. in 8. (très-rare). 50 fr.

BURSERIUS, institutionum medicinæ. 8 v. in-8. *Milan*, 1817. 24 f.

BRICHETEAU. Précis analytique du croup, de l'Angine couenneuse et du traitement qui convient à ces deux maladies, précédé du rapport sur les mémoires envoyés au Concours sur le croup, établi par le gouvernement en 1807, par Royer-Collard, professeur à la Faculté de médecine de Paris, etc. *Paris*, 1826, in-8°. 5 f.

BROUSSAIS (M.) réfuté par lui-même, ou Lettre à M. le docteur Broussais ; par M. Martin d'Aubagne, D.-M. *Paris*, 1825, in-8. 5 f.

Nommer M. Martin d'Aubagne, c'est rappeler à l'esprit les travaux importans que l'auteur a consignés dans le Recueil des Mémoires de la Société médicale d'émulation, et les prix remportés dans diverses académies.

C.

CABANIS. Du degré de certitude en médecine, 3.^e édit. *Paris*, 1819, in-8.° br. 3 .

Cabanis rassemble ici tous les argumens les plus plausibles, tous les raisonnemens les plus spécieux qui aient jamais été opposés à la certitude de la médecine, et, après les avoir présentés dans toute leur force, avec tout leur poids, il les combat avec les seules armes de la raison, il les détruit par le seul pouvoir d'une bonne logique ; et c'est toujours avec une sage retenue qu'il justifie son art des reproches que lui ont adressés les ignorans et les gens de mauvaise foi : il cherche moins à les confondre qu'à les éclairer.

CABANIS. Rapports du physique et du moral de l'Homme, 4.^e éd. revue et augmentée de notes par E. Pariset, secrétaire perpétuel de l'Académie royale de Médecine. *Paris*, 1824, 2 vol. in-8. ; imprimé sur papier fin satiné. 14 f.

Dans cet ouvrage l'auteur a recherché, non point quelle était la nature du principe qui anime les corps vivans, mais bien de quelle manière agit ce principe pour produire la vie avec toutes ses conséquences. Locke, Condillac, et leurs disciples, ont prouvé que toutes nos idées sont le produit des sensations. Cabanis a montré comment les sensations produisent les idées; il a dévoilé les rapports qui existent entre l'organisation physique de l'homme et ses facultés intellectuelles et morales.

Cet écrit est un des plus beaux morceaux de haute philosophie que nous ayons.

CABANIS. Coup-d'œil sur la révolution et sur la réforme de la Médecine. *Paris*, 1804, in-8. br. 6 f.

Cet ouvrage n'est pas seulement un résumé de tous les systèmes qui ont régné tour-à-tour en médecine, un exposé de toutes les modifications que chaque doctrine nouvelle a nécessitées dans le traitement des maladies, il renferme aussi des vues très-sages sur la réforme dont l'art de guérir est encore susceptible de nos jours; il indique des moyens de perfectionnement dictés par un esprit juste et habitué à réfléchir.

C'est en même temps une histoire critique de la médecine, et un livre destiné à assurer les progrès de cette science.

CABANIS. Observations sur les affections catarrhales en général; 2.^e édition. *Paris*, 1813, in-8. br. 2 f.

Les catarrhes, ou inflammations des membranes muqueuses, forment une grande partie des affections auxquelles notre corps est sujet. Ils attaquent l'homme dans tous les âges, et à toutes les époques de la vie.

Si le plus ordinairement ces maladies se terminent par la guérison, il n'est pas rare qu'elles deviennent funestes, soit à cause de la violence de leurs symptômes, soit par leur passage à l'état chronique.

Une bonne monographie sur les catarrhes est donc un livre éminemment utile, un véritable bienfait pour l'humanité? Tout le monde lira celui-ci avec le plus grand intérêt; les vieillards sur-tout, qui sont les plus exposés aux affections catarrhales, et principalement à celles du poumon, y trouveront des conseils aussi sages qu'utiles, non-seulement pour guérir, mais encore pour prévenir un mal dont ils sont si fréquemment atteints.

CAILLOT. Éléments de Pathologie générale et de Physiologie pathologique. *Paris*, 1819, 2 vol. in-8. br. 12 f.

Aucun ouvrage ne prouve mieux que celui-ci les progrès que la théorie médicale a faits de nos jours. On y trouve exposés avec autant de clarté que de bonne foi, les principes véritables de la pathologie générale, de celle qui est basée sur la physiologie, puisqu'en effet les maladies auxquelles nous sommes sujets ne sont autre chose que le dérangement des fonctions dont la régularité constitue l'état de santé.

L'auteur n'a posé, pour dogmes fondamentaux, que ceux qui sont suffisamment constatés. Il n'a montré un attachement aveugle

pour aucun système particulier ; mais il a su , en homme habile , profiter des découvertes nouvelles , des opinions les plus modernes.

Ce livre , réellement remarquable , tant sous le rapport de la conception des plans que sous celui de l'exécution , n'est pas assez généralement connu. Les élèves ne trouveront peut-être nulle autre part autant de moyens d'instruction , un guide aussi sûr pour diriger leurs études médicales.

CAMPER (Oeuvres de) , qui ont pour objet l'Histoire naturelle, la Physiologie et l'Anatomie comparée. *Paris*, 1823. 6 vol. in-8. et atlas. 30 fr.

CHEVALIER et IDT. Manuel du pharmacien , ou précis élémentaire de pharmacie , etc. 2 vol. in-8.° avec 6 planches. *Paris*, 1825. 11 fr.

Tous les pharmaciens et médecins se procureront cet ouvrage utile pour la pratique. La clarté, la précision et l'abondance des matières dans un si petit cadre, font de cet ouvrage, un excellent *Traité de Pharmacie* qui sera toujours consulté avec fruit.

CHEVALLIER et RICHARD. Dictionnaire des Drogues simples auquel les auteurs ont joint tous les détails convenables sur les drogues composées. Cet ouvrage utile aux étudiants, aux droguistes, aux pharmaciens, est destiné à remplacer le *Dictionnaire des Drogues simples et composées* de Lemery, revu par Morelot.

Les auteurs , MM. Chevallier et Richard ont entièrement refondu cet ouvrage, et l'ont mis au niveau de la science.

L'ouvrage sera composé de 3 volumes in-8. de 600 pages, prix pour les souscripteurs 7 f. le vol. et 8 f. pour les non souscripteurs. Les 1^{er} et 2^e sont en vente.

CIVIALE. Lettre à M. le chevalier Vincent de Kern, premier chirurgien de S. M. I. et R. l'empereur d'Autriche, en réponse à un écrit ayant pour titre : *Réflexions sur la nouvelle méthode de MM. Civiale et Leroy pour broyer et extraire les calculs vésicaux*, Paris, 1827. 1 vol. in-8° fig. 2 f. 50 c.

CIVIALE. De la Lithotritie, ou broiement de la pierre dans la vessie, un vol. in-8°. orné de cinq planches représentant divers instrumens nécessaire à l'opération. *Paris* 1827. 7 f.

CLOQUET (JULES). Manuel d'Anatomie descriptive du corps humain, représentée en planches lithographiées. *Paris*, 1826 et 1827. In-4°. Prix de chaque livraison, figures noires, 3 f. 75 c. Figures coloriées, 7 f. 50 c.

Les 23 premières livraisons sont en vente. (Il y en aura env. 40).

CLOQUET (Jules). Mémoire sur l'existence et la disposition des Voies lacrymales dans les serpens. *Paris*, 1821, in-4. fig. br. 2 f.

CLOQUET. (Jules) Mémoire sur les Fractures par contre-coup de la mâchoire supérieure. *Paris*, 1820, in-8. fig. br. 1 f. 50 c.

Le nom de M. Jules Cloquet devient si recommandable par ses travaux en anatomie, en physiologie, en chirurgie, et dans ce

moment même, par ses belles expériences sur l'acupuncture, qu'on ne saurait trop faire l'éloge des écrits qui sortent de sa plume.

CODEX MEDICAMENTARIUS, sive Pharmacopœa gallica, jussu regis optimi et ex mandato summi rerum internarum regni administrati editus à Facultate medicâ Parisiensi. 1 vol. in 4^o, 1818, 18 fr.

Le Gouvernement vient de rendre cet ouvrage au commerce, qui en était privé depuis long-temps.

Il est bon de rappeler ici que d'après une ordonnance du Roi, il est enjoint à tous les Pharmaciens de s'y conformer pour la préparation des médicamens et leur formule.

COOPER (Astley). OEuvres chirurgicales; trad. de l'anglais par G. Bertrand. Paris, 1822, 2 vol. in-8. fig. br. 14 f.

On ne peut réellement parler de chirurgie anglaise, sans prononcer le nom d'Astley Cooper; c'est donc un véritable service rendu à la science que de mettre à la portée de tout le monde les OEuvres d'un chirurgien Anglais qui n'a pas peu contribué aux progrès de cette partie de l'art de guérir, chez nos voisins.

D.

DELAVAUD. Physiologie d'Hipp., extraite de ses œuvres. Paris, 1802, in-8. 5 f.

DES-ALLEURS fils. Du génie d'Hippocrate et de son influence sur l'art de guérir, etc. Paris 1824, in-8. br. 4 fr.

L'auteur quoique jeune encore, généralement regardé comme un des plus habiles praticiens de Rouen, n'a pas tardé à reconnaître et à prouver que les principes hippocratiques sont quelquefois préférables aux systèmes dont on a trop souvent embarrassé la science.

DESBORDEAUX. Nouv. Orthopédie, ou Précis sur les difformités qu'on peut prévenir ou corriger dans les Enfans. Paris, 1805, in-18 br. 2 f.

Les législateurs d'Athènes, qui vouaient inhumainement à la mort tous les enfans qu'une mauvaise constitution semblait condamner à n'être jamais qu'un fardeau pour l'état, ont excité l'indignation de tous les peuples civilisés; mais nous, qui avons la prétention d'apporter dans nos mœurs, dans nos institutions, la philanthropie la plus éclairée, sommes-nous beaucoup moins cruels qu'eux, quand nous abandonnons à eux-mêmes ces êtres faibles et atteints de difformités, ces infortunés qui, hors d'état de remplir leurs devoirs sociaux, ne peuvent même pas pourvoir à leur propre conservation?

M. Desbordeaux a écrit sur les difformités, de manière à en faire sentir toute l'importance: il a victorieusement combattu cette opinion erronée des gens du monde, qui consiste à regarder comme incurables tous les défauts de conformation.

Il a donné des règles de traitement dont la pratique est moins

difficile qu'on pourrait le croire, et depuis la publication de son ouvrage, MM. Divernois et Brichteau ont formé à Paris un établissement où l'on voit tous les jours ces sortes de guérisons. On ne saurait mieux se convaincre de leur possibilité, que dans celui du docteur Maisonabe, agrégé en exercice à la Faculté. Il semble réunir en effet toutes les conditions favorables; une exposition des plus salubres de Paris, une distribution des mieux entendues, les longs et pénibles travaux du fondateur qui l'ont mis au rang des praticiens les plus habiles sur les difformités, tout dans cet établissement concourt à prouver la vérité des assertions émises par M. Desbordeaux.

DICTIONNAIRE HISTORIQUE DE LA MÉDECINE ANCIENNE ET MODERNE, ou Précis de l'Histoire générale, technologique et littéraire de la Médecine; suivi de la Bibliographie médicale du XIX.^e siècle, et d'un Répertoire bibliographique par ordre de matières; par MM. Dezeimeris, Ollivier et Raige-Delorme. 2 vol. in-8.^o d'environ 650 pages.

Le texte sera semblable à celui du Dictionnaire de médecine, et la Bibliographie imprimée sur deux colonnes et en plus petit caractère. Chaque volume sera divisé en deux parties: la première partie est sous presse, et paraîtra dans les premiers jours de novembre; les autres paraîtront de trois mois en trois mois. Le prix de chaque livraison est de 5 francs pour les souscripteurs et de 6 f. pour les non-souscripteurs.

DICTIONNAIRE DE MÉDECINE, par MM. Adelon, Béclard, Bielt, Breschet, Chomel, H. Cloquet, J. Cloquet, Coutanceau, Désormeaux, Ferrus, Georget, Guersent, Lagneau, Landré-Beauvais, Marc, Marjolin, Murat, Orfila, Pelletier, Raige-Delorme, Rayet, Richard, Rochoux, Rostan, Roux, et Rullier.

Tout le monde connaît le grand succès du Dictionnaire de médecine, que la liste des Savans collaborateurs garantissait sans doute, mais qu'on ne croyait point devoir passer dans les mains de tous les médecins. MM. les élèves ne trouvent aucun ouvrage plus classique, et MM. les praticiens applaudissent tous les jours à l'entreprise de l'ouvrage, qui leur donne l'état de la science dégagée de cette accablante érudition souvent mal entendue, dont on a chargé tant d'autres ouvrages en ce genre.

Tous les articles qui ont paru jusqu'à ce jour, ne portent point l'empreinte d'un esprit exclusif; chaque doctrine au contraire s'y trouve discutée avec impartialité, et y occupe la place qu'elle mérite à juste titre.

MM. les rédacteurs, continuellement occupés de rechercher la vérité des principes par l'examen des faits, se trouvent naturellement conduits à apprécier à leur juste valeur tous les principes de la nouvelle doctrine physiologique, sans condamner à un oubli éternel les précieux documens qui forment la base des anciennes théories.

Le prix pour les souscripteurs est fixé à 6 fr. 50 pour Paris, et 8 f. 50 c., franc de port, par la poste, pour les départemens. Les

non souscripteurs paieront chaque volume 8 fr., et par la poste 10 fr. *Les tomes 1 à 19 sont en vente.*

DICTIONNAIRE DES TERMES DE MÉDECINE, chirurgie, art vétérinaire, pharmacie, histoire naturelle, botanique, physique, chimie, etc. ; par MM. Bégin, Boisseau, Jourdan, Montgarny, Richard, docteurs en médecine; Sanson, docteur en chirurgie; et Dupuy, professeur à l'École vétérinaire d'Alfort. Un vol. in-8. ; Paris, 1823. 8 f.

Ce Dictionnaire vocabulaire, rédigé d'après les progrès actuels de la science médicale, devait être nouveau pour pouvoir servir à l'instruction des élèves. Cette raison était si forte et paraissait tellement évidente aux yeux des collaborateurs, qu'ils ont préféré en créer un nouveau au lieu de provoquer par leurs écrits une nouvelle édition des anciens vocabulaires. Ce que nous annonçons aujourd'hui est ce qu'il y a de plus complet en fait de Dictionnaire des termes de médecine, où l'on trouve tout ce qui a rapport aux sciences accessoires.

DUMAS (Ch. L.). Doctrine générale des maladies chroniques, pour servir de fondement à la connaissance théorique et pratique de ces maladies; par L. Rouzet. Deuxième édition. Paris, 1824. 2 vol. in-8. 14 f.

DUMAS (Ch. L.). Principes de Physiologie ou Introduction à la Science expérimentale, philosophique et médicale de l'Homme vivant. Deuxième édit. Paris, 1806. 4 vol. in-8. 21 fr.

Sous presse.

DUMAS. (S.), Traité de Chimie appliquée aux arts et à l'agriculture. 4 vol. in-8.° fig.

F.

FODERÉ. Physiologie positive. Avignon, 1806, 3 v. in-8. br. 12 f.

FODERÉ. Traité de Médecine légale et d'Hygiène publique, etc. 6 vol. in-8. 42 f.

FODERÉ. Recherches sur la nature des Fièvres à périodes. 1 vol. in-8. 3 f.

FOUQUET. Essai sur le pouls, nouv. édition. Montpellier, 1818, in-8. fig. br. 4 fr. 50 c.

FOUQUET. Essai sur les vésicatoires, nouv. édition. Montpellier, 1818 in-8. fig. br. 4 fr. 50 c.

FOX. Hist. naturelle et maladies des Dents de l'espèce humaine trad. de l'anglais par M. Le Maire, chirurgien dentiste. Paris, 1821, in-4. 20 f.

Cet ouvrage fut accueilli si favorablement par les chirurgiens Anglais, qu'en 1814, le public en demanda une seconde édition, à laquelle l'auteur fit quelques additions : elles ne firent qu'accroître l'estime que la première lui avait méritée. C'est d'après cette seconde

édition, que M. Le Maire a publié la traduction française. La réputation que s'est acquise le traducteur dans l'art du dentiste, est assez connue pour justifier le bon choix qu'il a fait du livre qu'il s'est efforcé de nous faire connaître, et sanctionner par là la plupart des opinions qui s'y trouvent émises.

FRANK (P.) De curandis hominum Morbis Epitome. *Mediolani*, 8 vol. in-8. 27 fr.

FRANK. De curandis hominum Morbis Epitome. Libri vi. De Retentionibus. *Viennæ*, 1820.

Ce volume est le complément de l'*Épitome* de Frank, édition d'Allemagne, et se vend séparément. 9 .

G.

GALIEN. Opera omnia medicorum græcorum, opera quæ extant. Editionem curavit D. Carolus Gottlob Kühn. *Lipsiæ*, 1821-1826, tomes 1 à 12. 240 fr.

GENDRIN. Rech. physiolog. sur la motilité. In-8. br. 1 f. 50 c.
— Recherches sur les tubercules du cerveau, de la moelle épinière. In-8. 1 f. 50 c.

GENDRIN. Recherches sur la nature et les causes prochaines des Fièvres, 2 vol. in-8.° Paris 1823. 12 fr.

GERDY. Recherches, discussions et propositions d'anatomie, de physiologie, de pathologie, etc., sur la langue, le cœur et l'anatomie des régions, etc. *Paris*, 1823, in-4.° fig., 3 fr. 50 c.

Offrir aux médecins, aux savans, aux philosophes, des remarques pleines d'intérêt sur des points extrêmement variés, qui attestent les connaissances multipliées de l'auteur; renfermer dans le cadre étroit d'une dissertation, un mémoire sur l'alphabet des différentes nations, considérées sous les rapports physiologiques et philosophiques; un tableau complet de toutes les connaissances humaines, rangées d'après une base nouvelle de classification; une description exacte de la structure du cœur, et de la langue de l'homme et des animaux; une esquisse de l'anatomie des régions; une nouvelle exposition de la circulation du sang; un système de nosologie fondé sur des vues nouvelles: tel est le but qui se trouve rempli dans cet ouvrage.

GIRARD. Notice sur la maladie qui règne épizootiquement sur les chevaux. 3^e édit. *Paris*, 1825; in-8. 1 f. 50 c.

GRIMAUD. Traité des Fièvres. *Montpellier*, 3 vol. in-8. 8 f.

H.

HANIN. Cours de botanique et de physiologie végétale, 1 vol. in-8° de 800 pages. *Paris*, 1811. 6 fr.

L'étude des plantes, cette partie de l'histoire naturelle qui a tant d'attraits, qui est si agréable, si curieuse, n'intéresse pas seulement

le médecin, elle est encore fort utile à l'agriculteur et à celui qui s'occupe d'économie publique. En effet si l'un doit avoir une connaissance exacte des végétaux considérés comme substances nutritives et médicamenteuses, les autres n'ont pas moins d'intérêt à les bien connaître, soit pour les cultiver avantageusement, soit pour faire prospérer les espèces ou apprécier les différens produits qu'elles peuvent fournir aux arts.

Si l'on ajoute que cette étude, si facile d'ailleurs, serait pour les gens du monde, pour les femmes surtout, une source intarissable de plaisirs toujours nouveaux, de jouissances inaltérables, on est surpris qu'elle ne soit pas plus généralement cultivée.

Le livre du docteur HANIN sur cette matière, est un des meilleurs ouvrages élémentaires que nous ayons; il est très-propre à guider nos premiers pas, à nous initier dans les secrets de la végétation-

HANIN. Vocabulaire médical, etc.; suivi d'un Dictionn. biographique des médecins célèbres. *Paris*, 1811, in-8. br. 6 f.

Trouver tant de choses en aussi peu de pages est, pour le moment qui court, une espèce de nouveauté. Sans doute les dictionnaires ne nous manquent pas; mais tous ne sont point également clairs, également précis. D'ailleurs, leur prix, qui est toujours en raison directe de leur prolixité, est souvent beaucoup trop élevé pour que tout le monde puisse ou veuille se les procurer.

Celui-ci réunit au premier degré la clarté et la précision, qualités qui font le principal mérite des ouvrages de ce genre; on y trouve, à côté des définitions exactes et rigoureuses de tous les termes employés en médecine, le nom de tous les médecins qui ont illustré leur art, et l'indication des principaux ouvrages qu'ils ont publiés; le cadre en est infiniment commode, et le bon marché le met à la portée de tous les lecteurs.

HODGSON. Sur les maladies des artères et des veines, trad. de l'Anglais et augmenté d'un grand nombre de notes par M. G. Breschet. *Paris*, 1819, 2 vol. in-8. br. 13 f.

Cet ouvrage est du nombre de ceux que l'on rencontre dans toutes les bibliothèques, tant son importance a frappé les médecins et les chirurgiens qui ont voué une éternelle reconnaissance à l'auteur, dont le zèle infatigable pour l'humanité et la science ne s'est jamais démenti.

Celui qui se trouve annoncé ici a été traduit de l'Anglais par M. le professeur Breschet, et mérite d'être lu et d'être médité. Ce chirurgien distingué ne s'est pas contenté de faire une simple traduction, il y a ajouté des notes et un long article sur l'inflammation des veines. Enfin, dans l'appendice, au lieu des observations qu'avait mises M. Hodgson et qui se trouvent maintenant placées dans les chapitres auxquels elles appartiennent naturellement, M. Breschet l'a composé de plusieurs histoires d'opérations importantes pratiquées en Angleterre ou en Amérique, et dont la publication toute récente ne lui avait pas permis de les insérer dans le corps de l'ouvrage.

HUFELAND. Art de prolonger la vie humaine, traduit sur la seconde et dernière édition Allemande, 1 vol in-8.° 4 f.

J.

JACOTOT. Elémens de physique expérimentale, de chimie et de minéralogie, suivis d'un abrégé d'astronomie, 2.^e édit. totalement refondue et augmentée de plus d'un tiers. *Paris*, 1805, 2 vol. in-8. 15 f.

Il est impossible de réunir et de présenter avec plus de clarté autant de connaissances indispensables mises à la portée de toutes les intelligences.

JOURNAL UNIVERSEL DES SCIENCES MÉDICALES, par MM. Boisseau, Broussais, Chaussier, Dupuytren, etc. Collection complète depuis l'origine du journal, en 1816, jusques et compris l'année 1821, 6 années formant 24 vol. in-8. plus la table analytique et alphabétique des matières. 80 f.

Chaque année séparée, composée de 12 cahiers ou 4 vol. in-8. 15 f.

Un cahier séparé. 2 f.

La table. 2 f.

Possesseur du petit nombre de collections complètes restantes de ce journal, nous nous empressons de l'offrir à un prix très-modéré, pour donner la faculté aux abonnés de se compléter à peu de frais, et qui sans doute déterminera un grand nombre de gens de l'art à se procurer un recueil qui doit être considéré comme offrant le tableau le plus complet des progrès de la médecine en France depuis sept ans.

JOURNAL GÉNÉRAL DE MÉDECINE FRANÇAISE ET ÉTRANGÈRE OU Recueil périodique de la Société de médecine de Paris; rédigé par G. Sédillot, et continué par C. et S. Gauthier-de-Claubry. *Paris* 1796 à 1823, 85 vol. Tables des tomes 1 à 63 par M. Bourges. 3 vol. in-8. Recueil de littérature étrangère. 2 vol. in-8. Collection complète; en tout 90 vol. In-8. br. 200 f.

JOURNAL DE MÉDECINE, CHIRURGIE, PHARMACIE, etc. depuis 1743 jusqu'à 1793. 94 vol. in-12. plus les tables. 120 f.

JULIA-FONTENELLE. Manuel de Chimie médicale; 1 vol. in-12 de 600 pages, *Paris*, 1824. 6 fr. 50 c.

Dans un volume de 600 pages, M. Julia a rassemblé tout ce qu'il importe à un médecin de connaître en Chimie. Il s'est surtout attaché à développer tout ce qui peut contribuer à faciliter l'étude de la chimie médicale: aussi les articles *calorique, électricité, eaux minérales, etc.*, y sont présentés avec beaucoup d'ordre et de développement.

Cet ouvrage est un de ceux qui sont le plus au courant des découvertes modernes, et dont ne peuvent se passer MM. les élèves qui se préparent aux 3.^e et 4.^e examens.

L.

LALLEMANT. Recherches anatomico-pathologiques sur l'encéphale et ses dépendances, etc.

Le nom de ce profond observateur se trouve déjà tellement illustré par ses recherches, qu'on ne saurait faire un pas dans les affections de l'encéphale sans l'invoquer.

Lettres 1.^e, 2.^e, 3.^e et 4.^e 13 f.

LAMBERT. Examen médical des sympathies ou explication physiologique sur la valeur de ce mot. 1 vol. in-12. 2 f.

LEMAIRE. Traité sur les dents, contenant la physiologie et la pathologie des dents. Paris, 1822 et 1824. 3 vol. in-8. 12 f.

LISFRANC. Des rétrécissemens de l'urètre. Paris 1824. 1 vol. in-8. fig. br. 3 f. 50c.

Les rétrécissemens de l'urètre, par le docteur Lisfranc, forment un ouvrage si pratique, si dégagé de vaines theories, et en même temps si concis, qu'il est peu de praticiens auxquels il n'ait fourni des vues nouvelles.

LISFRANC. PRÉCIS DE MÉDECINE OPÉRATOIRE, deux vol. in-8.^o, avec un atlas. *Sous presse.*

L'Auteur fait abstraction, dans cet ouvrage, de toute espèce d'érudition inutile au Praticien : il réunit, dans les deux volumes, les méthodes et les procédés opératoires nouveaux et usités, compare leurs avantages et leurs inconvéniens, et indique le choix qu'il croit que l'on en doit faire. M. Lisfranc, dont les mémoires ont montré une si grande exactitude dans la description du Manuel opératoire, a toujours eu soin de faire précéder la description des opérations par l'anatomie chirurgicale des parties. Les travaux d'Organogénésie de M. Serres ont fourni à l'Auteur des vues toutes nouvelles, dont on peut juger par les travaux que M. Lisfranc a déjà publiés. La chirurgie ministrante, ou petite chirurgie, est traitée dans l'ouvrage que nous annonçons, avec tous les soins minutieux qu'elle exigeait. Les Praticiens y trouveront aussi des vues pathologiques très-importantes. MM. Ziegler et Amblard, prosecteurs de M. Lisfranc, ont été chargés de la confection des dessins qui formeront un atlas volumineux : il serait inutile de parler de leur exactitude garantie par la connaissance exacte qu'ont des parties ces deux Aides distingués.

LOBSTEIN, Essai sur la nutrition du fœtus. *Strasbourg*, 1802. in-8. fig. br. 6 f.

LONDE. Gymnastique médicale, ou l'exercice appliqué aux organes de l'homme, d'après la loi de la physiologie, de l'hygiène et de la thérapeutique, etc. Paris 1821, in-8. 4 fr. 50 c.

M.

MARIE DE SAINT-URSIN. Manuel pop. de santé à l'usage des personnes qui vivent à la campagne, ou Instructions sommaires sur les maladies qui régissent le plus souvent et les moyens les plus simples de les traiter ; suivies de notions chirurgicales et pharmaceutiques. 1 vol. in 8. *Paris*, 1818. 5 f.

Cet ouvrage est suivi d'une *Synonymie* des anciennes mesures de capacité avec les nouvelles.

MASCAGNI. Prodromo della grande Anatomia, etc. *Milan*, 1822. 4 vol. in-8 avec 48 planches. 40 fr.

MAYGRIER. Nouvelles Démonstrations d'Accouchemens, avec des planches en taille-douce, accompagnées d'un texte raisonné, propre à en faciliter l'explication. 20 livraisons formant 1 fort volume in-f.° *Paris*, 1827, Fig. noires, 80 f.
— coloriées, 160

Le portrait de l'Auteur, qui est d'une parfaite ressemblance, se vend séparément, 2 fr.

Possesseur des nombreuses et utiles observations que peut fournir sur l'art des accouchemens une pratique aussi étendue qu'heureuse ; imbu des notions d'une saine théorie, que donne surtout la longue habitude du professorat ; instruit dans les diverses branches de l'art de guérir, et surtout en anatomie ; capable de rattacher la science, dont il pose ici les bases, à d'autres principes que ceux admis par le commun des accoucheurs, l'auteur de l'ouvrage que nous annonçons n'a point voulu, à l'exemple de la plupart de ceux qui ont beaucoup vu, devenir seulement un praticien habile : il a prétendu faire jouir des fruits de sa savante expérience, ses contemporains et la postérité, et le résultat de ses travaux est un véritable monument aussi utile que bien exécuté.

Les quatre-vingts planches qui décorent le livre de M. Maygrier, tout en faisant honneur au crayon léger et gracieux de M. Chazal, et au burin flexible et moëlleux de MM. Coutant, Forestier et Couché fils, artistes déjà renommés par leurs nombreuses et belles productions, frappent d'abord la vue, et, avant même qu'on ait eu le temps de parcourir le texte, décèlent, par leur parfaite exactitude, les soins que l'auteur a mis à les faire exécuter, les peines qu'il a dû se donner pour les placer à l'abri de la critique. La plupart d'entre elles peuvent passer pour des modèles dans leur genre, et il est difficile d'en citer quelques unes de préférence aux autres.

Quant au texte, il se recommande par sa clarté et par sa concision. Nous devons faire connaître avec quelque exactitude la marche que l'auteur a suivie pour sa rédaction ; l'importance du sujet et la manière dont il est traité nous en font un devoir.

Tout ce qui concerne l'histoire du bassin de la femme, considéré dans ses rapports avec la science pratique des accouchemens, la

description de cette cavité osseuse, ses divisions, ses dimensions, ses nombreuses et diverses articulations, ses difformités, les moyens de constater ses vices durant la vie, constituent, en tête du livre, une introduction obligée, que complètent l'examen des parties extérieures et intérieures de la génération chez la femme, du vagin, de l'utérus et de ses annexes, et des notions sur les usages de cet appareil organique.

Viennent ensuite des détails sur le fœtus et ses dépendances, sur le développement de ses membranes et sur sa propre évolution, sur le placenta et le cordon ombilical, sur l'histoire expérimentale et physiologique de la grossesse; des préceptes sur la manière de pratiquer le toucher et le ballottement; le tableau des phénomènes de l'accouchement naturel par la tête, par les pieds et par les fesses; celui des manœuvres simples à exécuter dans ces divers cas; des considérations sur la présentation du fœtus par le dos, le thorax, le ventre, les hanches, les épaules, le bras, etc; l'exposé des principes de la manœuvre, composée ou expérimentale; l'histoire de la symphyséotomie et de l'hystérotomie; des réflexions sur le procédé des anciens, sur celui de Baudelocque, sur celui de Laverjat; celle des opérations qui se pratiquent sur l'enfant mort; celle de l'allaitement, et la description des instrumens relatifs à la pratique des accouchemens.

(Extrait des Archives de Médecine. Septembre 1827).

MAYGRIER. Nouveaux élémens de la science de l'art des accouchemens; 2.^e édit. augmentée du Traité des maladies des femmes et des enfans. Paris, 1817, 2 vol. in-8. br. 12 f.

Des deux ouvrages que M. le docteur Maygrier a publiés sur l'art des accouchemens, le premier classé depuis longtemps parmi les livres élémentaires de médecine, sert journellement de guide à MM. les élèves dans l'étude de cette branche des sciences-médicales.

Le second a pour but de rendre plus claire et plus facile la pratique des accouchemens: science dont l'utilité généralement reconnue est incontestable, puisqu'elle a pour objet d'assister l'homme quand il vient au monde, et la femme quand elle le met au jour.

On ne pouvait douter que cette entreprise ne fût couronnée de succès et favorablement accueillie. Les diverses productions de l'auteur, qui sont très-avantageusement connues, sa longue et brillante pratique, sa grande habitude dans la carrière de l'enseignement, en sont les plus sûrs garans.

Nous terminerons cet aperçu bibliographique par les propres expressions dont s'est servi M. le professeur Capuron, dans un rapport qu'il a été chargé de faire, et dont l'extrait se trouve contenu dans la nouvelle Bibliothèque médicale, 1.^{re} année, n.^o 5, tome II, cahier du mois de mai 1823.

« L'ouvrage de M. le docteur Maygrier sera très-utile aux praticiens qui voudront se rappeler en peu de temps et sans fatigue les connaissances théoriques qu'ils ont peut-être négligées ou perdues de vue. On peut ajouter qu'il ne sera pas d'un médiocre secours pour les élèves, puisqu'il leur applanira beaucoup de dif-

» facultés, en leur mettant sous les yeux les élémens de la science
 » qui sera l'objet de leurs études et de leurs méditations. »

MECKEL. Archives de physiologie. *Berlin*, 1815 (1.^{re} année) à
 1823. inclus. 20 fr. l'année.

MECKEL. Anatomie-pathologique. *Leipzig*, 1812. 3 vol. in-8.^o
 (en allemand). 36 fr.

MEMOIRES et PRIX de l'Acad. Royale de chirurgie, nouv. édit.
 entièrement conforme à l'édition originale. Elle se distingue des
 précédentes par des notes qui indiquent les progrès de la science
 depuis la publication de l'ouvrage. On a donné à celle que nous
 annonçons tous les soins possibles pour qu'elle soit très-correcte ;
 et pour rendre les recherches plus faciles, on a placé à la fin du
 dernier volume une table alphabétique des noms des auteurs,
 ainsi qu'une table des matières qui sont traitées dans cette collec-
 tion justement renommée.

« L'histoire, si glorieuse pour la chirurgie, a dit M. le profes-
 seur Richerand, est renfermée toute entière dans le recueil des
 Mémoires et des Prix de l'Académie Royale de chirurgie, livre in-
 dispensable, et dont on ne saurait trop constamment méditer les
 diverses portions. »

Prix br. 45 fr. ; rel. en 10 vol. 58 f. ; cartonné à la Bradet 54 f. ;
 broché satiné 48 f.

MIQUEL. Lettres à un Médecin de Province, ou Exposition criti-
 que de la doctrine médicale de M. Broussais. 2.^e édition *Paris*,
 1826. in-8. br. 7 f. 50 c.

MIRBEL. Élémens de physiologie végétale et de botanique. *Paris*
 1815. 3 vol. in-8. fig. 24 fr.

MONFALCON. Hist. des Marais et des Maladies causées par les
 émanations des eaux stagnantes.

Ouvrage qui a obtenu le grand prix mis au concours par la
 Société Royale des Sciences, etc. 2.^e édition, revue, corrigée et
 considérablement augmentée, *Paris* 1826 in-8.^o 7 f. 50 c.

MORGAGNI. Recherches anatomiques sur le siège et les causes
 des maladies, précédées d'une notice sur la vie et les ouvrages de
 l'auteur, par Tissot ; trad. du latin sur les édit. de Padoue et
 d'Yverdun par MM. Desormeaux et Destouet. *Paris*, 1821 à 1824.
 10 vol. in-8.^o 60 fr.

Quoique cet ouvrage soit terminé, il est offert en souscription aux
 personnes qui désirent se le procurer ; elles auront la facilité de
 prendre un ou deux volumes par mois. La moitié du deuxième
 volume contient les tables de tout l'ouvrage.

Plus que jamais on est convaincu aujourd'hui que l'anatomie
 pathologique est non-seulement une science très-importante, mais
 encore d'une indispensable nécessité pour parvenir à la connais-
 sance exacte des maladies. L'ouvrage que nous annonçons ici est
 bien, sans contredit, le plus remarquable et le plus instructif,
 tant sous le rapport des nombreuses observations qu'il contient,
 qu'à cause de la sagacité du jugement de l'auteur, de son im-

mense érudition, et des grandes difficultés vaincues. Peut-on former une bibliothèque de médecine, sans y mettre Morgagni ?

MM. Desormeaux et Destouet ont rendu par conséquent un très-grand service à la science en le traduisant en français. C'était le seul moyen d'en rendre la lecture et plus générale et plus profitable, car le style quelquefois diffus de Morgagni ajoute encore à l'espèce de fatigue qu'il y a toujours à lire un livre écrit en latin, et en rend l'intelligence très-difficile.

N.

NOUVEAU MANUEL D'ANATOMIE DESCRIPTIVE, fait d'après les cours de MM. Bécлар, Blandin, Breschet, Cruveilhier, Hypp. et J. Cloquet, Gerdy, Lisfranc et Velpeau. Paris, 1828.
1 vol. in-18 br. 5 f. 50 c.

O.

ORFILA, professeur à la Faculté de médecine de Paris. Leçons de Médecine légale. 2^e édit. revue, corrigée et augmentée. Paris, 1828. 3 forts vol. in-8^o., br. (*Le 3^e vol. contient les poisons*) 21 f. Atlas pour le même ouvrage, composé de 26 planches, dont 7 coloriées, in-8^o. 3 f. 50 c.

Sans attacher beaucoup d'importance aux diverses classifications proposées jusqu'à ce jour pour décrire les objets dont se compose l'étude de la médecine légale, M. le professeur Orfila, dans l'ouvrage remarquable qu'il vient de publier, s'est contenté, sous le titre de Leçons, de nous donner une solution complète des diverses questions médico-légales dont le recueil forme en entier une science devenue si importante aujourd'hui.

Après avoir indiqué d'une manière générale les règles qui doivent servir de base à la rédaction des rapports, des certificats et des consultations médico-légales, ainsi que les parties qui composent chacun de ces actes, il traite successivement des âges dans les diverses périodes de la vie, de l'identité, de la défloration, du viol, du mariage, de la grossesse, de l'accouchement, des naissances tardives et précoces, de la superfétation, de l'infanticide, de l'avortement, de l'exposition, de la substitution, de la suppression et de la supposition de part, de la viabilité du fœtus, de la paternité et de la maternité, des maladies simulées, imputées, des qualités intellectuelles et morales, de la mort, de la survie, de l'asphyxie, des blessures et de l'empoisonnement.

ORFILA. Secours à donner aux personnes empoisonnées ou asphyxiées, 3^e édit., corrig. et aug. Paris 1825, in-12 br. 3 f. 50

L'ouvrage de M. le professeur Portal relatif à ce sujet, ne pouvait plus servir de guide pour le traitement des personnes empoisonnées ou asphyxiées. Il appartenait à M. Orfila de le reproduire en le

mettant au niveau des connaissances actuelles d'après les progrès de la chimie moderne. Le plus heureux succès en a couronné l'entreprise, et nous ne saurions trop en recommander l'usage à tous les médecins, chirurgiens, pharmaciens et autres personnes qui se trouvent appelées par leurs fonctions administratives à secourir les malades.

OUDET. Traité d'odontologie, comprenant l'anatomie et la physiologie des dents, la description de leurs maladies et des opérations qu'elles réclament, etc. un fort vol. in-8.° fig.

P.

PASTA. *Consulti medici.* in-4. br. f.

PELLETAN fils. Traité élément. de physique générale et médicale. *Paris* 1824. 2 vol. in-8., en 3 parties. 14 fr.

L'ouvrage de M. le professeur Pelletan, comme celui de M. Orfila, est du nombre de ceux que les élèves ne peuvent se dispenser de se procurer, pour suivre avec fruit les leçons de leur habile professeur.

PEYRILE. Dissert. académique sur le Cancer, qui a remporté le prix double de l'Académie des Sciences, etc. 1 vol. in-12. Prix, 1 fr. 50 c.

PEYRILHE. Hist. de la Chirurgie depuis son origine jusqu'à nos jours. *Paris*, 1780. in-4. br. 10 fr.

PETIT (Marc-Antoine). Collection d'Observations cliniques. *Lyon*, 1815. in-8. br. 6 f.

PORTAL. Hist. de l'anatomie et de la chirurgie, etc. 7 vol. petit in-8. br. 25 f.

PORTAL. Observations sur la nature et le traitement des maladies du foie. *Paris*, 1813, in-8. br. 8 f.

Parmi les nombreux et bons ouvrages dont le professeur Portal, le patriarche de la médecine française, a enrichi la science, il faut distinguer entre autres celui-ci. C'est là qu'on apprendra à bien connaître les maladies du foie, à ne plus les confondre avec d'autres affections dont les symptômes sont plus ou moins semblables, et à leur opposer un traitement, sinon toujours efficace, du moins constamment rationnel. Il n'est pas un praticien qui ne veuille avoir dans sa bibliothèque cet excellent traité et ne désire en posséder un du même genre sur toutes les maladies.

POUILLET. Éléments de Physique expérimentale et de météorologie.

Les *Éléments de Physique et de Météorologie* se composeront de deux volumes in-8°, ayant chacun quarante à quarante-cinq feuilles d'impression, et quinze planches en taille-douce.

Chaque volume aura deux parties, pour la facilité de la publication.

La première partie contient les Notions préliminaires, la Pesanteur et la Chaleur.

La deuxième : l'Attraction moléculaire, le Magnétisme, l'Électricité, le Galvanisme, l'Électro-Magnétisme et le Magnétisme en mouvement.

La troisième : l'Acoustique et tous les phénomènes de la lumière jusqu'à la Polarisation.

Enfin la quatrième partie contient la Polarisation de la Lumière et les Éléments de la Météorologie.

L'auteur a pensé qu'il était nécessaire de faire entrer la Météorologie dans un cours complet de Physique Élémentaire, et d'en traiter séparément. On y trouvera les résultats de ses recherches sur la Température de la Terre, sur la Chaleur Solaire et sur l'origine et la distribution de l'Électricité atmosphérique.

La première partie paraît.

La seconde paraîtra fin de novembre 1827 ;

La troisième fin de janvier 1828 ;

La quatrième. fin de mars 1828.

Prix de chaque partie 5 f.

PROUT (W). Traité de la gravelle, du calcul vés. et des autres maladies qui se rattachent à un dérangement des fonctions des organes urinaires; trad. de l'ang. par Mourgues. Paris, 1822, in-8. br. 5 f.

PRUS (Victor). De l'Irritation et de la Phlegmasie, ou Nouvelle Doctrine médicale, ouvrage qui a remporté le prix, au concours ouvert en 1821, par la Société de Médecine du Gard (Nîmes), sur la question suivante :

« Indiquer le sens précis et distinct que l'on doit attacher en » pathologie aux termes de *phlegmasie* et *d'irritation*; en tirer » des conséquences utiles pour la médecine pratique, propres à » faire cesser toute confusion à cet égard. »

Cet ouvrage obtient un succès marqué; le discours préliminaire où l'auteur prouve d'une manière lumineuse et péremptoire que la physiologie ne peut être la base de la médecine, a surtout produit une vive sensation. Une théorie complète des propriétés vitales, la découverte de l'expansibilité dans les vaisseaux capillaires, le mécanisme de l'absorption expliqué, ainsi que celui de l'afflux humoral dans l'irritation, la définition précise de cette dernière et de la phlegmasie, l'indication du véritable caractère des névroses, la distinction établie entre les hémorrhagies et les phlegmasies actives et passives, une nouvelle théorie du mode d'action des purgatifs, de l'asthme et de la coqueluche, tels sont quelques-uns des points éclairés par cette nouvelle doctrine, et qui font du travail de M. Prus, un ouvrage classique fondamental dans la science. 1 vol. in-8. 5 fr. 50 c.

PUJOL. OEuvres div. de médecine-pratique, avec des additions, par M. F. G. Boisseau. Paris, 1822, 4 vol. in-8. 15 f.

Cet ouvrage, quoique ancien, méritait de fixer l'attention des médecins modernes par rapport au rapprochement qui existe avec les principes de la nouvelle doctrine physiologique. M. le docteur Boisseau, en le faisant connaître de nouveau, n'a eu d'autre intention

que celle de faire mieux apprécier par les élèves et les praticiens les nouvelles découvertes du professeur Broussais, et de rendre à un ancien médecin toute la part de gloire qu'il mérite à nos yeux.

R.

RASORI. *Compendio della nuova doctrina medica, etc.* 2 vol. in-8. 5 f.

REMER. *Police judiciaire pharmaco-chimique.* Paris, 1816, in-8. br. 6 f. 50 c.

Non-seulement le médecin doit avoir une connaissance parfaite de la nature des alimens dont les hommes font un usage journalier, afin de pouvoir leur indiquer ceux qui conviennent à leurs dispositions, ou qui sont contraires à leur tempérament, mais encore il ne doit rien ignorer de ce qui a rapport à la sophistication, à l'altération dont ces substances sont susceptibles, afin d'être à même de prévenir ou de combattre les accidens auxquels leur ingestion dans l'estomac peut donner lieu.

Le docteur Remer a traité ce sujet avec beaucoup de talent, et son ouvrage a eu un très-grand succès en Allemagne. Ses traducteurs, MM. Bouillon-Lagrange et Vogel, en y ajoutant des notes, l'ont encore rendu plus utile aux médecins, et surtout aux pharmaciens, qui y puiseront de sages instructions sur la meilleure manière de préparer les remèdes et de les conserver.

RICHARD. *Nouv. élémens de botanique et de physiologie végétale*, 4.^e édit. revue, corrigée et augmentée des caractères des familles naturelles des plantes, avec huit planches gravées en taille douce, représentant les principales modifications des organes des végétaux, etc. Paris, 1828. 1 fort vol. in-8., fig. noires, 8 fr. — fig. coloriées, 10 f.

M. Richard s'est efforcé de simplifier les élémens de la botanique; il en a élagué les vaines hypothèses et les détails fastidieux. Comme cet ouvrage est principalement destiné à ceux qui veulent se livrer à l'art de guérir, l'auteur ne leur a présenté que les notions de cette science qui leur étaient à-peu-près indispensables. Son travail consiste - 1.^o dans la connaissance des organes des végétaux; 2.^o dans les modifications que peuvent éprouver ces organes; 3.^o dans le choix d'un système. Cette méthode simple et facile est la meilleure que l'on puisse suivre; elle est le fruit de l'observation: employée pendant cinq ans par M. Richard, à l'école pratique, elle attirait un nombre considérable d'élèves. C'est le plus bel éloge que l'on en puisse faire.

RICHARD. *Hist. naturelle et médicale des médicamens, des alimens et des poisons tirés du règne végétal*, Paris, 1823, 2 vol. in-8. 12 f.

Destinant cet ouvrage à ceux qui se livrent spécialement à l'étude théorique et pratique de la médecine, M. Richard s'est attaché à faire connaître les végétaux tant *indigènes* qu'*exotiques* qui sont employés à titre de médicamens, d'alimens ou de poisons; à énumérer leurs propriétés, à indiquer les circonstances

où on les emploie , les préparations qu'ils subissent, et les doses auxquelles on les fait prendre.

Cet ouvrage, dans son exécution, présentait de très-grandes difficultés; M. Richard, déjà connu par plusieurs ouvrages sur la botanique, en est venu facilement à bout et a offert aux élèves une *botanique vraiment médicale* qu'ils ne sauraient trop étudier.

RICHARD. Formulaire de poche, 4.^e édit. augmentée d'un grand nombre de formules nouvelles et des substances alcalines végétales, telles que la quinine, la morphine, l'émétine, la strychnine, l'iode, etc., et d'un tableau de tous les contre-poisons en général des préparations et de l'emploi de plusieurs nouveaux médicamens. *Paris*, 1826. 1 vol. in 32. Imprimé sur papier vélin. 2 f. 50 c.

D'après toutes les réformes introduites depuis plusieurs années dans l'administration des médicamens, nous ne devons plus attacher autant d'importance aux formulaires qui se distinguent par le nombre des recettes. Le petit ouvrage de M. Richard, à l'abri de ce reproche, n'offre réellement au médecin qu'un tableau bien coordonné des formules les plus accréditées par l'expérience, et dont l'usage est presque devenu spécifique.

RICHARD. Histoire naturelle et médicale des différentes espèces d'ipécacuanha du commerce. 1 vol. in-4., fig. Prix. 3 f. 50 c.

RICHERAND. Des Erreurs populaires relatives à la médecine. 2.^e édit. *Paris*, 1812, in-8. br. 6 f.

Quoique l'on ne croie pas aujourd'hui ni aux sorciers, ni à la vertu des amulettes, il est encore un très-grand nombre d'erreurs, de préjugés dont les gens du monde, et peut-être aussi quelques médecins, ont de la peine à se défaire, et qui ne sont pas seulement ridicules, mais presque toujours plus ou moins dangereux.

Il appartenait à un médecin éclairé, à un véritable philosophe, et surtout à un écrivain aussi sévère qu'élégant, de combattre ces hypothèses absurdes, qui, reçues et transmises d'âge en âge, finissent par acquérir un certain degré d'autorité, et deviennent funestes à l'humanité.

RICHERAND. Nouv. élémens de physiologie; 9.^e édition; *Paris*, 1825, 2 vol. in-8.^o 13 fr.

L'on attendait avec impatience une nouvelle édition des *Nouveaux Élémens de Physiologie*, édition dans laquelle M. le professeur Richerand, profitant des découvertes les plus récentes, mit, sous ce rapport, son excellent ouvrage au niveau des physiologies les plus modernes. Nous osons prédire que la juste attente du public sera pleinement satisfaite, si même elle n'est point dépassée, M. Richerand n'a rien changé au plan général de son ouvrage. devenu classique; on y trouvera la même classification des phénomènes de la vie, leur division si connue, et en quelque sorte consacrée, en fonctions de nutrition, de relation et de reproduction; la même méthode, le même style et le talent non contesté de l'auteur dans l'exposition des faits et des principes de la science.

Parmi les additions dont cette neuvième édition est enrichie, nous nous contenterons d'indiquer un article sur l'organisation

spontanée de la matière , sur sa structure d'abord *aréolaire* , puis vasculaire ; celui sur l'influence des nerfs de la huitième paire dans la digestion stomacale , morceau dans lequel se trouvent rapportées avec détail les expériences de Wilson Philips , sur la possibilité de remplacer l'action nerveuse par un courant galvanique ; l'exposé des expériences de MM. Prévost de Genève et Dumas , concernant l'existence de l'urée dans le sang , le mécanisme de la contraction musculaire , la génération ; les preuves qui établissent d'une manière également certaine l'absorption veineuse et l'absorption lymphatique ; les travaux de MM. Charles Bell , Shaw , Serres , Flourens et autres anatomistes , sur les fonctions différentes des nerfs et des parties centrales du système nerveux ; le résumé des découvertes de Rolando , Meckel , Serres , etc. , etc. , touchant l'organogénésie , ou la manière dont la machine animale s'organise par la formation successive de ses diverses parties ; la théorie des monstruosité , déduite de l'étude plus attentive des lois qui président à la composition de l'individu ; telle est l'indication sommaire et bien incomplète du perfectionnement qu'a reçu un ouvrage auquel depuis long-temps les suffrages du public ont assigné le premier rang parmi les traités de physiologie publiés depuis le commencement du dix-neuvième siècle.

RICHERAND. Nosographie et thérapeutique chirurg. , 5. e édit.
Paris , 1821 , 4 vol. in-8 fig. br. 28 f.

On vendra *séparément* les figures pour les personnes qui ont les précédentes éditions de la Nosographie , ou tout autre ouvrage du même genre. 5 f.

Cet ouvrage , qui jouit d'une si grande renommée , est en effet un des meilleurs livres classiques que nous ayons. L'auteur y a rassemblé un grand nombre d'idées nouvelles , qui sont exposées avec une rare sagacité , développées et soutenues avec une excellente dialectique. Il a prouvé , jusqu'à l'évidence , qu'il est absurde de vouloir distinguer les maladies qui affectent le corps humain , en internes et externes , et que la chirurgie est le complément de l'art de guérir , plutôt qu'une science à part , étrangère au médecin proprement dit.

Sa classification des affections pathologiques en lésions physiques , organiques et vitales , est tout-à-fait lumineuse et basée à la fois sur la nature , l'expérience et la raison , c'est-à-dire qu'elle sera toujours vraie , toujours neuve.

Ses descriptions sont faites avec autant de clarté que de méthode , ses préceptes thérapeutiques basés non pas sur de vaines théories , mais sur la connaissance exacte des lois de l'organisme , et ses procédés opératoires tracés avec un talent éminemment pratique.

Les gravures qui sont jointes à cette cinquième édition , et à l'aide desquelles on peut facilement juger de quelle manière il faut s'y prendre pour procéder à telle ou telle opération , du lieu où elle doit être pratiquée de préférence , et enfin la route que parcourt l'instrument , ajoutent encore à l'utilité d'un ouvrage aussi important , et qui a placé son auteur au premier rang parmi les maîtres de l'art.

RICHERAND Histoire d'une résection des côtes et de la plèvre.
Paris, 1818, in-8. 1 fr. 50 c.

Cette opération, la plus hardie peut-être qui ait jamais été pratiquée, dont les fastes de l'art n'offrent aucun exemple, et qui a été suivie d'un succès complet, est un beau témoignage en faveur de la supériorité de la chirurgie française, et fait preuve non-seulement de l'habileté, mais encore du génie de celui qui l'a conçue et exécutée.

On lira donc avec le plus grand intérêt cette petite brochure, où l'auteur a émis quelques idées nouvelles sur le traitement de l'hydropisie du péricarde.

RICHERAND. Histoire des progrès récents de la Chirurgie. *Paris*, 1825. in 8. br. 6 fr.

RIGOT. Traité des Articulations du cheval; *Paris*, 1827, in-8. 2 fr. 50 c.

ROBERT. Art de prévenir le cancer au sein chez les femmes qui touchent à leur époque critique ou qui peuvent craindre cette funeste maladie, à la suite d'un dépôt laiteux ou d'une contusion, etc. in-8.^o br. 7 f.

ROCHOUX. Recherches sur les différentes maladies qu'on appelle fièvre jaune. *Paris*, 1828. 1 fort vol. in-8.^o. 8 f.

ROCHOUX. Recherches sur la Fièvre jaune, et preuves de sa non-contagion dans les Antilles. *Paris*, 1822, in-8. 6 fr.

Pour pouvoir se former une idée exacte de l'ouvrage de M. le docteur Rochoux sur la fièvre jaune, les lecteurs doivent satisfaire complètement leur curiosité en lisant le rapport de MM. Duméril et Guersent fait à l'Académie royale de médecine.

La maladie dont il est traité dans cet ouvrage n'étant pas encore suffisamment éclairée, nous pouvons, en nous étayant de l'opinion de MM. les rapporteurs, avouer à juste titre que M. Rochoux est un des Médecins qui ont le plus approché du but. Les faits nombreux et bien observés qu'il contient, contribueront en second lieu à mieux faire connaître l'une des épidémies désignées aux Antilles, sous le nom de fièvre jaune.

ROLANDO. Inductions physiologiques et pathologiques sur les différentes espèces d'excitabilité et d'excitement, etc., trad. de l'angl. par MM. Jourdan et Boisseau. *Paris*, 1822, in-8. br. 4 f.

Afin de faire mieux sentir au lecteur l'importance du traité du grand physiologiste, M. Rolando, les traducteurs présentent dans leur introduction un exposé rapide des idées fondamentales de *Brown*, de *Bordeu*, de *Bichat* et de M. *Broussais*, et indiquent d'une manière claire et concise, l'état actuel de la théorie et de la pratique médicales en France. A la suite de l'ouvrage se trouvent quatre tableaux, dont le premier indique les différentes espèces d'excitabilité et d'excitement, et les trois suivans, les tableaux physiologiques et pathologiques, 1.^o du système nerveux; 2.^o de l'appareil alimentaire; 3.^o du système vasculaire.

ROSTAN. Cours élément. d'hygiène. *Paris*, 1821-22, 2 v. in-8. 13 f.
La lecture de cet ouvrage peut être regardée comme une intro-

duction nécessaire à l'étude de la pathologie. Elle peut aussi se recommander aux personnes qui, étrangères à la médecine, cherchent sagement dans les livres sur cette science, plutôt des préceptes propres à les préserver des maladies, que des moyens pour s'en guérir; aux personnes avides d'instruction qui veulent connaître l'influence des divers corps de la nature sur l'homme.

L'ouvrage de M. Rostan se distingue autant par la profondeur et la justesse des pensées que par la grace et l'élégance du style, de tous ceux qui ont été publiés sur le même sujet, et qui laissaient depuis long-temps désirer qu'un médecin physiologiste et praticien à la fois s'en emparât de nouveau. Une nouvelle division, fondée sur la division même des fonctions de l'économie animale, présente sous le jour le plus naturel et le plus lumineux, les diverses modifications qu'éprouve l'exercice de chacune de ces fonctions, et les causes nombreuses de ces modifications.

L'auteur a su mettre à profit dans son ouvrage les savantes leçons de M. le professeur Hallé, et diminue par là les regrets de ne pas posséder un ouvrage sur l'hygiène, que cet homme célèbre avait professée avec tant d'éclat.

ROSTAN. Recherches sur une maladie encore peu connue, qui a reçu le nom de ramollissement du cerveau. Paris, 1823, 2.^e édit. in-8. br. 7 f.

ROSTAN. Traité élémentaire de diagnostic, de pronostic, d'indications thérapeutiques, ou Cours de Médecine clinique. 3 vol. in-8° 21 fr.

Les tomes 2 et 3 se vendent séparément aux personnes qui possèdent le premier.

ROUSSEL. Système phys. et moral de la femme, suivi du système physique et moral de l'homme, et d'un fragment sur la sensibilité, etc., par Alibert. 6.^e édit. Paris, 1820, in-8. fig. br. 7 f.

Rien ne prouve mieux tout l'intérêt de cet ouvrage que la rapidité avec laquelle ses nombreuses éditions se sont épuisées.

En effet, ce sujet, déjà si attrayant par lui-même, a été traité par le docteur Roussel avec toute la finesse d'esprit, toute la pénétration et toute la sensibilité qu'il exigeait; et si les goûts, les passions, les mœurs et les habitudes de la femme y sont tracés avec une grâce infinie, la peinture physique et morale de l'homme ne laisse non plus rien à désirer sous le double rapport de la profondeur des pensées et de l'élégance du style. Qui ne lira avec le plus grand intérêt l'éloge de l'auteur, par le professeur Alibert son élève et son ami, qui, saisissant les traits caractéristiques de Roussel, nous en a donné le vrai portrait moral.

ROYER-COLLARD et BRICHETEAU. Précis analytique du Croup, de l'Angine couenneuse, et du traitement qui convient à ces deux maladies; précédé du rapport sur les Mémoires envoyés au concours sur le Croup, établi par le Gouvernement en 1807, par Royer-Collard. Deuxième édition, avec des notes extraites de Mémoires inédits, accompagnées d'une figure, etc. 1 vol. in-8. Prix, 5 f.

S.

SABATIER. Médecine opératoire, nouvelle édition faite sous les yeux de M. le professeur Dupuytren, chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu, président de l'Académie Royale de médecine, etc. ; par MM. les docteurs Bégin et Sanson. *Paris*, 1822 et 1824, 4 vol. in-8. 28 f.

La médecine opératoire de Sabatier, ouvrage extrêmement recommandable, laissait, sous quelques points de vue, beaucoup à désirer. MM. Bégin et Sanson, sous la direction de M. le Baron Dupuytren, en en donnant une nouvelle édition, ont pensé que des généralités sur les opérations et les pansemens seraient d'une grande utilité, non-seulement pour les élèves, mais encore pour les praticiens ; en indiquant les nouveaux procédés, et l'emploi de ces procédés, ils ont placé cet ouvrage au niveau de la science, et l'ont rendu indispensable aux élèves, et en général à toutes les personnes qui s'occupent de l'art de guérir.

SANSON. Des moyens de parvenir à la vessie par le rectum, suivis d'un Mémoire sur la méthode d'extraire la pierre de la vessie urinaire, etc. *Paris*, 1821, in-8. fig. br. 3 f. 50 c.

SCARPA. Memoria sulla legatura delle principali arterie degli arti con una appendice all'opera sull'aneurisma *Pavia*, 1817. in-4. 9 f.

SCARPA. Memoria sull'ernia del perineo. *Pavia*, 1821, in-f.° con cinque tavole, br. 15 f.

SCARPA. Sull'ernie, adizione secunda. *Pavia*, 1819, gr. in f.° 60 f.

SCARPA. Additions au traité de l'anévrysme ; trad. de l'italien par Ollivier, D.-M. *Paris*, 1821, in-8. br. 1 f. 60 c.

SCARPA. Tabulæ nevrológicae. gr.in-fol., fig. 120 fr.

SCUDAMORE. Traité sur la nature et le traitement de la goutte et du rhumatisme, traduit de l'Anglais sur la dernière édition. augmenté d'un long mémoire sur l'emploi des bains de vapeurs dans les maladies gouteuses et rhumatismales, avec des planches représentant tous les appareils de l'Hôpital St-Louis, etc. *Paris*, 1823, 2 vol. in-8. 10 f.

« La médecine, a dit Sydenham, ne fera des progrès qu'en recueillant l'histoire ou la description exacte et complète de toutes les maladies, en basant dessus une méthode fixe du traitement. » C'est en suivant ce précepte que Ch. Scudamore est parvenu à nous donner un Traité complet sur la nature et le traitement de la goutte et du rhumatisme, renfermant des considérations générales sur l'état morbide des organes digestifs, des remarques sur le régime et des observations pratiques sur la gravelle. M. le docteur Goupil l'a augmenté d'une addition contenant les principes de la nouvelle doctrine médicale de M. le professeur Broussais sur la goutte. Tels sont les détails instructifs et utiles que contient l'ouvrage que nous annonçons et qui occupe le premier rang parmi les ouvrages en ce genre.

SOEMMERING. Dei sensi trattato in supplem. all'anatomia compilato sulle altre opere dello stesso e di parimenti celebri autore dal Cav. D. V. Mantovani. 8 vol. 8.^o Firenze, 1823. 35 f.

SPRENGEL. Institutiones Medicæ, *Mediolani*, 1816, 12 vol. in-8. br. 35 f.

SPRENGEL. Hist. de la Médecine depuis son origine jusqu'au 19^e siècle; trad. par Jourdan. Paris, 1815 et 1820, 9 vol. in-8. br. 40 f.

Il est de ces ouvrages, dans les sciences, qui réunissent tant d'opinions diverses, qui enlèvent tant de suffrages, qu'on ne saurait rien dire de nouveau pour en faire l'éloge. Tout le monde ne sait-il pas en effet, que l'auteur, le plus savant bibliographe médical qui ait paru, nous a donné l'histoire la plus complète de la médecine, enrichie des beautés du style et des faits les plus curieux? Vouloir connaître la médecine depuis son origine jusqu'à nos jours, sans suivre pas à pas *Sprengel*, c'est vouloir étudier les maladies de la peau sans Alibert; la médecine sans Pinel; la chirurgie sans Boyer et Richerand; les poisons sans Orfila.

SURUN. Nouveaux Éléments de physiologie pathologique et exposé des vices de l'expérience et de l'observation en physiologie et en médecine. Paris, 1824. 1 vol. in-8. 5 f.

T.

TABLE analytique et raisonnée du Traité des Maladies chirurgicales de M. le baron Boyer, par le Dr Trousseau, agrégé à la Fac. de Médecine. Paris, 1828. in-8^o br.

TAXIL. Règles générales sur la ligature des artères. Paris, 1822, in-4., fig. br. 2 fr.

TISSOT. L'Onanisme, dissertation sur les maladies produites par la masturbation, nouvelle édition considérablement augmentée. Paris 1826, in-12 br. 1 f. 50 c.

TOMMASINI. Exposition précise de la nouv. doctrine médicale italienne, ou considérations pathologico-pratiques sur l'inflammation et la fièvre continue; traduit de l'italien par J. T. L. Paris, 1821, 1 vol in-8.^o 5 fr.

L'importance de la question qui occupe aujourd'hui le monde médical sur la nature de l'inflammation et l'essentialité des fièvres, rend cet ouvrage utile aux médecins qui suivent de bonne foi les progrès de la science médicale et qui s'efforcent d'en reculer les bornes par leurs recherches pratiques basées sur l'observation la plus rigoureuse et éclairées par les notices de l'anatomie pathologique.

TROUSSEL. Des premiers secours à administrer dans les maladies et accidens qui menacent promptement la vie.

Ouvrage contenant l'indication précise des soins à donner dans les cas d'empoisonnement, de mort apparente, d'asphyxie, de coup de sang et d'apoplexie, de blessures, de plaies envenimées, d'hémorragies, de brûlures et de corps étrangers introduits dans les ouvertures naturelles; terminé par l'énumération des secours à donner dans quelques affections graves des femmes en-

ceintes et des enfans nouveau-nés, et par l'indication de la conduite que doit tenir le médecin, quand il est appelé pour un cas de médecine légale. 1 vol. in-12. 3 f. 50 c.

V.

VELPEAU. Exposition d'un cas remarquable de maladie cancéreuse avec oblitération de l'aorte et réflexions en réponses aux explications données à ce sujet par M. Broussais. *Paris*, 1825, in-8° br. 2 fr.

VITET. Traité de la sangsue médicale. *Paris*, 1809 in-8.° 6 f.

VIRAMOND. Essai sur la fièvre bilioso-adyynamique des grands animaux. *Paris*, 1824, in-8. 1 fr.

VITET. Médecine expectante. contenant les maladies fébriles, les maladies inflammatoires et la matière médicale. *Lyon*, 1803. 6 vol. in-8. 36 f.

WENZEL (DE). Manuel de l'oculiste ou Dictionnaire ophthalmologique, *Paris* 1818. 2 vol. in-8.°, avec 24 planches en taille-douce. 12 f.

WEST, des maladies inflammat. des femmes en couches. *Paris*, 1825, in-8° 2 fr.

Z.

ZIMMERMANN. La solitude considérée relativement à l'esprit et au cœur; ouvrage trad. de l'allemand par Mercier; 3.° édition. *Paris*, 1817, 2 vol. in-12 br. 4 f.

Cet ouvrage a été analysé de tous temps avec les plus grands éloges : en l'annonçant de nouveau c'est rappeler au nouveau souvenir des lecteurs le nom d'un médecin illustre qui par l'élégance de son style, la solidité de ses pensées jointe à la pureté de ses intentions, a fait passer des momens bien salutaires à ceux qui ont eu occasion de le méditer.

EXAMEN MÉDICAL des procès criminels des nommés Léger, Feldtmann, Lecouffe, Jean-Pierre et Papavoine, dans lesquels l'aliénation mentale a été alléguée comme moyen de défense ; suivi de quelques considérations médico-légales sur la liberté morale ; par le docteur Georget, membre de l'Académie royale de médecine, etc. 1 vol. in-8. ; br. 3 fr. 50 c.

DEMOURS. Traité des Maladies des yeux avec des planches coloriées d'après nature. *Paris*, 1818. 3 vol. in-8. et 1 vol. in-4. de planches. Prix, 60 f.

DEMOURS. Précis théorique et pratique sur les Maladies des yeux. 1 vol. in-8. Prix, 7 f. 50 c.

DEMOURS. Description figurée de l'œil humain, traduite de l'ouvrage de Samuel-Thomas Sœmmering, intitulé : *Icones oculi humani*. 1 vol. in-4. orné de 13 planches en noir et coloriées. Prix, 25 f.

SOUSCRIPTIONS.

TRAITÉ DE CHIMIE

Appliquée aux Arts et à l'Agriculture, par J. DUMAS,

Professeur de Chimie à l'Athénée, Répétiteur de Chimie à l'École Polytechnique, Associé de l'Académie de Médecine, Membre de la Société Philomatique, de la Société d'Encouragement, et de la Société d'Histoire naturelle de Paris, Associé de l'Académie royale de Médecine, Membre de la Société de Physique et d'Histoire naturelle de Genève, de la Société Helvétique des Sciences naturelles, etc.

CET Ouvrage est destiné à présenter sous un cadre resserré, l'ensemble des faits nécessaires à l'intelligence des phénomènes chimiques qui se passent dans les travaux de l'Industrie. L'Auteur a pris toutes les précautions nécessaires pour réunir dans chaque branche les procédés les plus répandus et les plus sûrs ; sa marche consiste toujours à les comparer entre eux, et à faire ressortir de cette manière les idées générales qui en découlent, les avantages et les inconvéniens que chacun d'eux présente. L'Ouvrage se compose donc de deux parties. Les résultats, les faits de la pratique, qui ont tous été puisés dans les ateliers les plus renommés ; les discussions théoriques, pour lesquelles on a mis à profit toutes les recherches de la Chimie la plus moderne. L'Auteur s'est fait une loi de ne parler que de ce qu'il a vu lui-même, ou de ce qui lui avait été communiqué par un petit nombre d'amis placés à la tête de grandes manufactures. Quant à ses idées théoriques, il ne les donne que comme des moyens d'arriver plus vite à des perfectionnement dans la fabrication, et de diriger les tentatives vers un but déterminé.

Voici le plan de l'Ouvrage :

Le premier volume renferme un Cours de Chimie où l'on expose tous les phénomènes généraux de cette science, en choisissant les exemples dans les matières qui sont connues des manufacturiers, dans les procédés qui leur sont familiers. L'Auteur a pris soin d'en bannir tout ce qui concerne des corps jusqu'à présent sans emploi ; il a mis au contraire, un soin scrupuleux à faire connaître les moindres propriétés des matières usuelles. Il contient en outre un Cours d'analyse chimique, restreint également à ce qui concerne les corps les plus fréquemment employés.

Le second volume se compose des travaux de l'industrie qui sont relatifs aux matières minérales. La production de la chaleur par les divers combustibles, l'éclairage dans toutes ses modifications servent d'introduction aux chapitres suivans, qui comprennent l'extraction et l'emploi des métaux, leurs alliages, la fabrication du verre et des émaux, celle des mortiers, des poteries et de la porcelaine, du salpêtre et de la poudre à canon. La fabrication

des pièces d'artifice, celle des poudres détonnantes, ainsi qu'un grand nombre d'arts que nous ne pouvons même indiquer ici, s'y trouvent examinés dans le plus grand détail.

Le troisième volume comprend tous les arts qui sont principalement fondés sur l'emploi des matières organiques, le blanchiment, la teinture, l'impression sur toile, les procédés de la gravure en noir et en couleur, de la lithographie, de l'imprimerie, ceux de la peinture à l'huile, la fabrication des huiles, des savons et des vernis, celle de l'amidon, du sucre, du vinaigre et de l'alcool, celle des vins, du cidre et de la bière, la conservation des substances animales ou végétales; en un mot tous les arts fondés sur la préparation, l'extraction, ou la modification des matières organisées.

Le quatrième volume se trouve consacré à l'agriculture. L'Auteur s'estime heureux de rencontrer une occasion d'appliquer à une science noble et utile, les connaissances physiologiques qu'il doit à des études longues et opiniâtres, dont les résultats, en ce qui concerne la vie animale, ont été couronnés par l'Académie des Sciences. Cette partie de son ouvrage se compose d'un Traité de Physiologie végétale, conçu de manière à réunir les idées théoriques de cette science et les résultats pratiques de l'agriculture. On y a joint sur tous les produits agricoles importants les détails convenables lorsqu'ils n'avaient pas trouvé place dans les volumes précédents.

Chargé par l'École royale Polytechnique du soin de former une collection complète de tous les produits des industries chimiques, et de recueillir les procédés qui sont en usage, l'Auteur a trouvé dans cette circonstance un moyen d'étendre ses relations et de visiter en détail les principales manufactures du Gouvernement, ainsi qu'un grand nombre de manufactures particulières. Il se réserve d'en témoigner sa reconnaissance à toutes les personnes qui ont bien voulu faciliter ses travaux, lorsqu'il aura l'occasion de parler de chaque art en particulier.

Conditions de la Souscription.

Le premier volume paraîtra . . le 15 décembre 1827.

Le second le 15 mars 1828.

Le troisième le 15 mai 1828.

Le quatrième. le 15 juillet 1828.

Prix : 8 fr. le volume pour les souscripteurs, et 8 fr. 50 cent. pour les non souscripteurs. Chaque volume aura de 500 à 600 pages, et sera accompagné de planches détaillées.

DICTIONNAIRE

Des Drogues simples et composées, ou Dictionnaire d'Histoire naturelle médicale, de Pharmacologie et de Chimie pharmaceutique ; par M. CHEVALLIER, pharmacien-chimiste, membre-adjoint de l'Académie royale de Médecine, et des Sociétés de Pharmacie médicale de Paris, etc. et par M. A. RICHARD, professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Paris, membre-adjoint de l'Académie royale de Médecine, etc.

LE public demandait depuis long-temps un ouvrage sur les Drogues simples et composées, et sur les Produits chimiques et pharmaceutiques; MM. Chevallier et Richard viennent de se réunir pour publier un Dictionnaire des Drogues simples, augmenté de la description des Drogues composées et des Produits pharmaceutiques, usités en médecine et dans les manufactures. Ce Dictionnaire contiendra les détails les plus exacts sur les corps simples et composés qui, pris dans les trois règnes, sont employés comme médicaments ou comme produits des arts.

Les recherches les plus minutieuses ont été faites par les Auteurs, dans les Ouvrages scientifiques qui ont paru et paraissent journellement, afin de porter ce Dictionnaire au niveau de la science. Et cet ouvrage, qu'ils regardent comme une nouvelle édition du Dictionnaire de Morelot, deviendra tout-à-fait neuf, non-seulement par les nombreuses additions qui y seront faites, mais parce que tous les articles anciens ont été entièrement refaits, pour les porter au niveau des découvertes modernes, ou pour en faire disparaître quelques erreurs qui s'y étaient glissées.

Cet Ouvrage sera utile non-seulement aux Médecins, aux Pharmaciens, aux Droguistes, aux Herboristes, mais encore aux Négocians et aux Manufacturiers.

Le Dictionnaire des Drogues simples et composées formera 4 forts volumes in 8. de plus de 600 pages chacun, avec des figures qui paraîtront avec le dernier volume. Prix 7 fr. 50 c. pour les souscripteurs, et 8 fr. pour les non-souscripteurs.

Les tomes 1 et 2 ont paru.

Le 3^e paraîtra fin novembre; le 4^e et dernier paraîtra fin mars 1828, avec l'Atlas.

ON SOUSCRIT POUR CES DEUX OUVRAGES A PARIS, CHEZ BÉCHET JEUNE, Libraire de l'Académie royale de Médecine, Place de l'École de Médecine, n.º 4; à Bruxelles, au Dépôt général de la Librairie médicale française.

JOURNAUX DE MEDECINE.

ARCHIVES GÉNÉRALES DE MÉDECINE,

Journal publié par une Société de Médecins, composée de Membres de l'Académie royale de Médecine, de Professeurs, de Médecins et de Chirurgiens des Hôpitaux civils et militaires, etc.

Lors de la publication des ARCHIVES GÉNÉRALES DE MÉDECINE, les Éditeurs se sont abstenus de placer en tête de leur Journal une liste de noms plus ou moins célèbres; ils n'auraient fait que reproduire celle que l'on voit, composée des mêmes noms, sur la couverture de chaque Journal de médecine. Ils avaient en vue de publier un Recueil purement scientifique, ouvert à tous les travaux utiles, à tous les faits intéressans, à toutes les opinions raisonnables, indépendant de toute espèce d'influence étrangère à l'intérêt de la science; ils voulaient, d'ailleurs, que les médecins jugeassent cette entreprise d'après ses propres résultats: tels furent les motifs qui engagèrent les Rédacteurs des Archives à faire paraître ce Journal sans indiquer les personnes qui devaient y insérer leurs travaux. Mais aujourd'hui nous pouvons le faire si ce moyen doit inspirer plus de confiance aux lecteurs.

Les Auteurs qui jusqu'ici ont fourni des travaux aux ARCHIVES, sont MM.: ANDRAL fils, membre de l'Acad. Roy. de Méd.: BABINET, prof. de phys: BÉCLARD, prof. à la Fac.: BLANDIN, chir. du Bureau cent. des hôpit.: BOUILLAUD, D.-M.: BOUSQUET, memb. de l'Acad.: BRESCHET, chir. ordinaire de l'Hôtel-Dieu: BRICHETEAU, memb. de l'Acad.: J. CLOQUET, chir. de l'hôp. St.-Louis: H. CLOQUET; memb. de l'Ac.: COSTER, D.-M.: CRUVEILHIER, professeur à la Fac.: CULLERIER, chir. de l'hôp. des Vénér.: DEFERMON, D.-M.: DESMOULINS, D.-M.: DESORMEAUX, prof. à la Fac.: P. DUBOIS, chir. de la Maison de Santé: DUDAN, D.-M. de la Fac. de Wurtzbourg: DUMERIL, memb. de l'Inst.; DUPUYTREN, chirurg. en chef de l'Hôtel-Dieu; EDWARDS, D.-M.: ESQUIROL, méd. en chef de la maison d'Aliénés de Charenton: FERRUS, méd. de Bicêtre: FLOURENS, D.-M.: FODERA, D.-M.: FOUQUIER, prof. à la Fac.: GÉOFFROY-SAINT HILAIRE, membre de l'Institut: GEORGET, memb. de l'Acad.: GERDY, chirurg. du Bureau central des hôp.: GOUPIL, D.-M. attaché à l'hôp. milit. de Strasbourg: GUERSENT, méd. de l'hôp. des Enfans: DE HUMBOLDT, membre de l'Institut: ITARD, méd. de l'Institution des sourds-muets: JULIA FONTENELLE, prof. de chimie: LAENNEC, prof. à la Fac.: LAGNEAU, memb. de l'Acad.: LALLEMAND, prof. à la Faculté de Montpellier; LEBIDOIS, D.-M.: LISFRANC, chirurg. en chef de l'hôpital de la Pitié: LONDE, memb. de l'Acad.: LOUIS, memb. de l'Acad.: MARTINI, D.-M.: MIRAULT, D.-M.: OLLIVIER, memb. de l'Acad.: ORFILA, prof. à la Fac.; OUBET, D.-M.-Dentiste, memb. de l'Acad.: PINEL, membre de l'Institut: PINEL fils, D.-M.: RAIGE-DELORME,

D.-M. : RATIER , D.-M. : RAYER , méd. du Bureau central des hôpitaux : RICHARD , prof. de botanique : RICHERAND , prof. à la Fac. : RICHOND , D.-M., aide-major à l'hôpital milit. de Strasbourg : ROCHE , memb. de l'Acad. : ROCHOUX , memb. de l'Ac. : RULLIER , méd. de Bicêtre : SANSON , chir. en second de l'Hôtel-Dieu : SCOUTETTEN , D.-M. attaché à l'hôpit. milit. de Metz : SÉGALAS , memb. de l'Acad. : SERRES , chef des travaux anatomiques des hôpitaux civils de Paris : TROUSSEAU , agrégé à la Faculté : VAVASSEUR , D.-M. : VELPEAU , agrégé à la Faculté.

Parmi les médecins dont les noms n'ont point encore paru dans le Journal , mais qui se sont engagés à fournir des travaux , nous citerons ceux de MM. ADELON , memb. de l'Acad. : BIETT , méd. de l'hôp. Saint-Louis : CHOMEL , méd. attaché à la Charité : COUTANCEAU , méd. du Val-de-Grâce : HUSSON , méd. de l'Hôtel-Dieu : LANDRÉ-BEAUVAIS , prof. : MARC , memb. de l'Acad. : MARJOLIN , prof. : MURAT , chirurg. en chef de Bicêtre : ROSTAN , méd. de la Salpêtrière : ROUX , prof. à la Faculté.

Nous donnerons une idée de l'importance et de l'utilité des Archives, en rapportant ici le titre de quelques-uns des Mémoires contenus dans les deux derniers volumes : Empoisonnement par la noix vomique ; par MM. Orfila , Barruel , Ollivier.—Recherches cliniques propres à démontrer que la perte de la parole tient à une lésion des lobules antérieurs du cerveau ; par M. Bouillaud. = Considérations sur quelques anomalies de la vision ; par M. Pravaz.— Examen médical des procès criminels des nommés Léger , Lecouffe , Papavoine , etc. , par M. Georget. — Méth. ectrotique de la variole , par M. Serres. — Mémoire sur la thridace ou extrait de laitue ; par M. François. — Mémoire sur quelques fonctions involontaires des appareils de la locomotion , de la préhension et de la voix ; par M. Itard.—Sur l'emploi des caustiques comme moyen d'arrêter l'éruption varioleuse ; par M. Velpeau. Observation sur l'extirpation des ovaires ; par Lizars.— Observations sur l'induration générale de la substance du cerveau , considérée comme un des effets de l'encéphalite ; par M. Bouillaud. — Sur un étranglement interne congénital de l'intestin grêle et du gros intestin ; par M. Gendron.—De la courbure de la colonne vertébrale ; par M. Lachaise.—De l'emploi du galvanisme en médecine ; par MM. Bally et Meyranx. — Observations sur le cancer ; par J.-A. Puel. — Observations sur la rage ; par le docteur Marochetti. — Observations de deux maladies qui ont offert tous les caractères de la fièvre jaune ; par M. Rennes.—Observations sur les fièvres intermittentes ; par M. Brachet.—Observations de rupture de l'utérus ; par MM. Moulin et Guibert.—Mémoire sur un empoisonnement par le sublimé corrosif ; par M. Devergie.—De l'épilepsie considérée dans ses rapports avec l'aliénation mentale.—Observations sur la transfusion pratiquée avec succès dans deux cas d'hémorrhagie utérine.

Outre ces Mémoires , le journal contient un grand nombre de travaux de Médecine étrangère , et un exposé très-exact et très-complet des travaux et séances de l'Académie royale de Médecine.

ARCHIVES GÉNÉRALES DE MÉDECINE ; elles paraissent régulièrement le premier de chaque mois.

Le prix de l'abonnement est fixé à 26 francs par an pour Paris , et 31 francs , par la poste , pour les départemens.

Ce journal paraît depuis janvier 1823.

ANNALES de l'Industrie nationale et étrangère , ou Mercure technologique (2.^{me} série) ; par L. Séb. Le Normand , 12 cahiers par année. Pour Paris et les départemens. 25 fr.

ANNALES de chimie et de physique , par MM. Gay-Lussac et Arago , douze cahiers par année. Pour Paris. 30 f.
— Les départemens. 34 f.

ANNALES de la Médecine physiologique , par F.-J.-V. Broussais (cinquième année). Pour Paris. 27 f.
— Les départemens. 31 f.

ANNALES des Sciences Naturelles. Paris. 36 f.
Les Départemens. 40 f.

BIBLIOTHÈQUE (nouvelle) MÉDICALE. Pour Paris. 25 f.
— les départemens. 30 f.

Paraît depuis 1824.

JOURNAL clinique sur les difformités dont le corps humain est susceptible à toutes les époques de la vie ; par C.-A. Maisonabe , quatre N.^{os} par année. Pour Paris. 12 fr.
Pour les départemens 13 fr. 50 c.

JOURNAL complémentaire du Dictionnaire des Sciences médicales (paraît depuis juillet 1818). Pour Paris et les départemens , l'année. 30 f.
le trimestre. 8 f.

JOURNAL de Chimie médicale , de Pharmacie et de Toxicologie , etc. Pour Paris. 12 f.
— Les départemens. 14 f.

Paraît depuis Janvier 1825.

JOURNAL de Médecine Vétérinaire et comparée. Paris. 13 f.
Les Départemens. 14 f. 50 c.

Paraît depuis 1824.

JOURNAL de Pharmacie et des Sciences accessoires. L'année. 15 f.

JOURNAL de Physiologie expérimentale , par F. Magendie , 4 numéros par an. Pour Paris. 12 f.
— Les départemens. 13 f. 50 c.

- JOURNAL GÉNÉRAL de la Société de Médecine de Paris, par
M. Gaultier de Claubry. Pour Paris. 23 f.
— Les départemens. 28 f.
- JOURNAL pratique de Médecine Vétérinaire, (2.^e année).
Pour Paris 12 fr.
Pour les départemens. 13 fr. 50 c.
- JOURNAL UNIVERSEL des Sciences médicales, par M. Re-
gnault. Pour Paris et les départemens, 36 f.
- REPERTOIRE général d'anatomie et de physiologie patholo-
giques et de clinique chirurgicale, ou recueil de mémoires
et observations sur la Chirurgie et sur l'Anatomie, et la
physiologie considérée dans les tissus sains et les tissus
malades ; (2.^e année.) 4 N.^{os} par an ; d'environ 12 à
15 feuilles de texte in-8. ou in-4. avec planches.
Pour Paris. 24 fr.
Pour les départemens. 27 fr.
- REVUE médicale, française et étrangère (paraît depuis jan-
vier 1820). Pour Paris. 27 f.
Pour les départemens. 32 fr.

Le port pour l'étranger est le double de celui fixé pour les départemens.

Avis. J'accorderai toujours une remise sur les prix portés dans ce Catalogue ; elle sera d'autant plus forte, suivant le nombre et l'importance des demandes.

FIN.



